



Giugno 2006 - N. 31

Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



Elisa Moretti

1°



Anna Maria Alessi

3°



Tommaso Morecone

2°

PRIMO CONCORSO
FOTOGRAFICO:

**"L'immagine
dell'infermiere:
ieri e oggi..."**

Sistema sanitario, welfare e professioni

di Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

L'Italia ha un nuovo governo. La sanità ha un nuovo Ministro, Livia Turco; la Regione Lombardia si appresta ad approvare il nuovo Piano Socio Sanitario per il triennio 2006-2008. Tutto ciò riapre il dibattito sulla sanità, come sempre al centro della politica dei governi ai diversi livelli.

I problemi e i temi aperti in sanità sono noti a tutti:

- **i problemi economici** legati all'incremento dei costi (tra il 5 e l'8% annui) e alla relativa scarsità delle risorse disponibili;
- **i problemi organizzativo-gestionali** legati alla difficoltà a rendere sempre più efficiente il sistema riducendo gli sprechi e ottimizzando le risorse disponibili;
- **il problema della domanda crescente di salute** legata all'andamento epidemiologico della popolazione ma strettamente correlata al sistema dell'offerta sanitaria;
- **la sfida dell'appropriatezza delle prestazioni** che coinvolge direttamente anche la valutazione delle prestazioni effettivamente rimborsabili o comunque sostenibili dal sistema;
- **il ruolo delle diverse professioni nel Servizio Sanitario** dove occorre passare ad un vero sistema multidisciplinare e d'equipe;
- **il tema della regionalizzazione della sanità** (devolution) e del ruolo dei privati (sistema statale, sistema privato, sistema misto?).

Questi sono alcuni tra i temi più scottanti (ma l'elenco potrebbe continuare) su ciascuno dei quali vi sono opinioni distinte, a volte contrastanti sia nell'analisi che nelle possibili soluzioni.

È evidente che essendo noi tutti professionisti impegnati nella sanità, non possiamo esimerci da un giudizio sulla "politica sanitaria" nazionale o regionale che sia.

Editoriale
Sistema sanitario,
welfare e professioni

2

Professione e responsabilità
Errori professionali e profili
di responsabilità degli infermieri
1° parte

4

Infermieristica e Cure complementari
La medicina ayurvedica

7

È evidente che...
Le misure di isolamento in ospedale:
precauzioni standard e aggiuntive

9

News from the web
Elenco siti utili

17

Il mondo dei folli e dei profeti

18

Notizie in pillole

19

Incontro fra gli infermieri lombardi
e l'Assessore Cè: aperto il Tavolo
di confronto permanente

22

Bilancio Preventivo 2006

23

Commissione Libera Professione:
A proposito di volontariato infermieristico
Libera professione e privacy

26

Commissione Formazione

27

Commissione Immagine:
Concorso fotografico
"L'immagine dell'infermiere:
ieri e oggi..."

30

Bacheca

34



Certamente ciascuno di noi ha un punto di vista privilegiato e ha maturato giudizi ed opinioni che, se messi in comune, potrebbero accrescere la nostra "cultura professionale" oltre che rappresentare un aiuto alla soluzione di queste difficili tematiche.

Tra vecchi e nuovi problemi è necessario che anche il nostro gruppo professionale si ponga nel dibattito con una **posizione realistica e ragionevole**.

Una posizione realistica e ragionevole è una posizione che prima di esprimere un giudizio o una valutazione tiene conto della realtà attuale, dell'insieme dei fattori che determinano il contesto di oggi, e soprattutto del positivo che c'è senza facili entusiasmi ma anche senza censure sulle difficoltà esistenti.

Tutti i principali indicatori di salute (speranza di vita, qualità della vita, incidenza di alcune patologie, livelli di mortalità nelle diverse fasce d'età...) segnalano che il livello complessivo della salute dei cittadini migliora sempre di più. Questo può e deve certamente essere considerato un buon risultato per l'organizzazione del sistema sanitario e per il contributo di ciascuna professione coinvolta. Certamente è possibile fare meglio e tutto ciò non può essere una giustificazione a tralasciare le situazioni più delicate o che non hanno ancora risposte efficaci.

Senza partire da queste considerazioni di fondo risulta molto complesso costruire qualcosa, attivare un cambiamento che porti qualche reale beneficio al sistema. Per questi motivi non è possibile discutere sulla sanità partendo dal presupposto che tutto va male, che tutto il sistema non funziona e che bisogna rifare tutto.

La sfida è quella di partire, con lealtà, dal positivo che ciascuno di noi ha contribuito a realizzare nei tanti o pochi anni di attività professionale.

Il fattore decisivo su cui è necessario scommettere se si vuole migliorare qualche cosa è proprio il fattore umano. Cioè, l'insieme della professionalità, della dedizione, della competenza e delle motivazioni che ciascun operatore sanitario mette nell'esercizio della propria professione.

Il compito faticoso ed affascinante dell'infermiere è stare in rapporto con uomini che vivono una situazione di bisogno, che chiede insieme capacità tecnica di risposta e condivisione del cammino. Per questo motivo va riconosciuta la natura professionale del nostro lavoro e

quindi va costruito un contesto normativo e contrattuale che premi competenza e merito (in questo senso va considerata positiva la recente legge n.43/2006).

Noi tutti dobbiamo decidere se tutelare la professione o l'impiego. Se decidiamo per la professione, diventa ragionevole chiedere ed affidare responsabilità e autonomia crescenti agli infermieri all'interno delle diverse organizzazioni sanitarie. Non diventa solo "rivendicazione di categoria" volere una retribuzione che sia confacente al livello di formazione, responsabilità ed autonomia necessari per esercitare la professione.

Tutto questo per ribadire il significativo slogan della Giornata Internazionale dell'infermiere: **"più infermieri = più salute"**, che ben sintetizza il senso di quanto va fatto proprio dal piano socio sanitario regionale ma anche dalle politiche del Governo centrale.

Ciò significa che riteniamo, senza accezioni rivendicative, che sia strategico per l'intero sistema Socio-Sanitario Nazionale e Regionale investire sulla Professione Infermieristica. La nostra è una professione che può rivestire un ruolo decisivo nella gestione diretta delle strutture intermedie (vedi Ospedali di Comunità) e nella ottimizzazione/semplificazione dei processi assistenziali e trasversali a tutti i livelli (ospedale, territorio, rete dei servizi socio-sanitari).

Dare più spazio agli infermieri sostenendo, ad esempio, l'infermiere di famiglia, significa garantire una risposta più vicina al cittadino, ridurre i reingressi nelle strutture di ricovero, diminuire l'incidenza di complicanze, insomma, alla lunga, dare risposte più efficaci e meno costose e garantire il governo dei processi e prestazioni migliori.

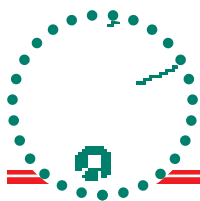
Questo, però, richiede un "passaggio culturale", da impiego a professione, interno alla professione.

Solo così è possibile che questo venga riscontrato dai diversi livelli politici (nazionali e regionali). L'impegno di ciascuno di noi è quello di renderlo esplicito tutti i giorni nel nostro carico lavorativo quotidiano.

Segnale confrontante è che nell'ultimo Consiglio Nazionale a Roma, vi è stata da parte del neoinediato Comitato Centrale una proposta estremamente significativa in questa direzione. L'impegno del Collegio di Como è di contribuire attivamente alla realizzazione del programma enunciato.

Buona professione (e vacanze) a tutti...





Professione e responsabilità

Errori professionali e profili di responsabilità degli infermieri

1° parte

4

di Dott.ssa Barbara Mangiacavalli*

1. Profili di responsabilità degli infermieri

La legge 42/99, come è noto, ha profondamente modificato i parametri di riferimento della responsabilità delle professioni sanitarie non mediche.

Da un ruolo di "ausiliario" si è passati ad un ruolo di professionista a pieno titolo e quindi non più coperto dalla presenza del medico, ma soggetto a specifiche responsabilità in relazione alle attività che si è chiamati a svolgere secondo i ruoli istituzionali.

Focus sugli errori professionali

"Evitare l'errore è un ideale meschino: se non osiamo affrontare problemi che siano così difficili da rendere l'errore quasi inevitabile, non vi sarà, allora, sviluppo della conoscenza.

In effetti è dalle nostre teorie più ardite - incluse quelle che sono più erronee - che noi impariamo di più. Nessuno può evitare di fare errori: cosa grande è imparare da essi" (Popper, 1972).

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

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

Decisamente le cifre contenute nel documento sono allarmanti: 320.000 persone ogni anno su 8 milioni di ricoverati sono vittime di errori legati a terapie sbagliate o disservizi strutturali; circa

35000 i decessi in seguito a manovre sbagliate, diagnosi scorrette e ritardi negli interventi; 12000 le cause pendenti davanti ai tribunali contro professionisti e strutture sanitarie; 10 miliardi di euro l'anno vengono sborsati a titolo di risarcimento danni. Ma, il problema degli errori, degli incidenti e degli avventi avversi è davvero nuovo nella sanità?

Se definiamo l'errore come "azione inopportuna e svantaggiosa" oppure come "infrazione nei confronti di una regola o di una consuetudine", capiamo come l'errore ha una valenza pedagogica.

Augusto Murri nel 1902 sosteneva che una cattedra degli errori medici sarebbe di un incalcolabile beneficio e l'esame critico di questi errori costituirebbe il più utile insegnamento di logica medica.

Nel XVI e XVII secolo due medici italiani, Niccolò Leonicensi e Giovan Battista Morgagni sono stati i primi a raccogliere gli errori medici storici. Dopo di loro, Buerger e Millis, vissuti in questo secolo, continuarono una raccolta di errori in modo **casistico**, una sorta di collezione di itinerari diagnostici errati. E questo rappresenta un modo per raccogliere gli errori, l'altro è quello di interpretare gli errori in modo **sistemico**, cioè descriverli in modo critico, cercare di capire quale è il passaggio che è stato fuorviante. L'importanza dell'analisi sistematica degli errori e del loro ruolo pedagogico viene ripresa nel 1911 da Byron Bramwell che in un editoriale asserisce che "è necessario dire che non è una questione di chi fa o non fa errori; è soltanto questione di chi fa più errori e di chi fa errori più grandi. Ognuno impara dai propri errori e quando si commette un errore si dovrebbe tentare di analizzarlo e di trovarne la causa".

Nel 1914 Eugene Codman venne definito eccentrico perché in pubblico sosteneva che: "...gli ospedali se vogliono migliorare devono dichiarare quali sono i loro risultati, devono analizzare i loro risultati per trovare i loro punti forti e i loro punti deboli, devono confrontare i loro risultati con quelli degli



altri ospedali, devono dedicarsi all'assistenza di quei casi per i quali sono riconosciuti dare un buon risultato, evitando di tentare di assistere quei pazienti che presentano patologie per le quali non sono qualificati, devono assegnare i casi agli operatori per ragioni migliori che l'anzianità, il calendario o le convenienze di tempo...¹.

Scorrendo ancora le pagine di storia della medicina Ettore Debenedetti nel 1947, sulla scia di H. Wiemer opera una distinzione dicotomica tra **errore della medicina**, ascrivibile esclusivamente alla ignoranza storica di fatti essenziali per l'esatta comprensione clinica del fenomeno (esempio il salasso), e **sbaglio del medico**, riferito alla incapacità del medico di giungere ad una diagnosi giusta sulla scorta di nozioni all'epoca note (imperizia, imprudenza, trascuratezza, suggestione, presunzione, ignoranza di regole convalidate). Allora, confermato che non è un problema nuovo, forse conviene modificare la modalità per affrontarlo. Storicamente ci si è approcciati all'errore ricercando la responsabilità individuale: il focus è il **comportamento umano**; il filo conduttore era un comportamento basato su negligenza, superficialità dell'operatore, inosservanza di regole o protocolli, dimenticanze o disattenzione, demotivazione fino all'incompetenza professionale. Questo tipo di approccio da sicurezza perché individua il responsabile e lo punisce, è evidente a tutti e i livelli organizzativi di responsabilità hanno un ruolo sanzionatorio: la sicurezza che ne deriva però, nel tempo è stata riconosciuta insufficiente e solo apparente perché non permetteva di analizzare ed agire sulle cause alla base dei comportamenti che hanno determinato l'errore. Spostare invece l'attenzione dalla ricerca dell'errore attivo alla ricerca ed individuazione dell'errore latente, ovvero delle carenze del sistema in cui si svolge l'attività degli operatori, significa spostare anche il livello di responsabilità verso il gestore del sistema che costruisce l'ambiente operativo attraverso l'architettura organizzativa (linee guida e protocolli assistenziali, procedure e istruzioni operative): il focus è rappresentato dalle **condizioni nelle quali accade l'errore**. A quest'ultimo approccio dovrebbe tendere un sistema che voglia ridurre l'incidenza degli eventi avversi. Generalmente l'operatore è la causa più prossima all'even-

to accidentale, ma la cosiddetta root cause (causa generatrice) è da ricondurre a decisioni manageriali e scelte organizzative sbagliate. Fino ad oggi la maggior parte degli sforzi compiuti per ridurre l'errore si sono concentrati sull'individuazione di **errori attivi**, ovvero gli errori materiali compiuti dagli operatori. Ultimamente si è posto in evidenza che hanno un ruolo importante anche gli errori di origine organizzativa, i cosiddetti **errori latenti**². Tale approccio è stato definito **approccio sistemico allo studio degli errori, la teoria degli errori latenti** (Reason, 2000, 2001). Il presupposto di base di questo approccio, che si è sviluppato dopo i primi anni '70, risiede nella convinzione che gli incidenti siano solo la punta dell'iceberg, che per un incidente che ha avuto luogo ce ne siano stati molti altri che non sono avvenuti solo perché l'operatore, un controllo, hanno impedito che accadesse, i cosiddetti **near miss events** (Nashef, 2003).

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

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

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

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

² Cfr. "Risk management in sanità. Il problema degli errori"; pp. 1-10.



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

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

È evidente che questa analisi ci richiama ad un nostro preciso ambito di competenza, responsabilità ed autonomia.

La competenza, la perfetta conoscenza del proprio campo e delle leggi proprie di ciascuna disciplina, costituisce il primo indiscutibile obbligo morale. In

ambito sanitario l'errore dovuto a incompetenza può recare grave danno alla salute. Esercitare la professione infermieristica oggi richiede la necessità di dominare un ampio orizzonte di conoscenze, di competenze e di abilità. Il livello di competenza raggiunto richiama alla responsabilità che l'infermiere deve/può assumere. Il termine responsabilità include il concetto deontologico di impegno: è responsabile chi risponde delle proprie azioni, ossia colui che possiede la capacità, raggiungibile da parte di ogni essere umano, di prendere coscienza delle proprie azioni e di non rinnezarle. Nessuna persona nasce già in possesso di quel bagaglio di conoscenze teoriche e pratiche che lo renderanno un individuo maturo e quindi responsabile anche di riconoscere i propri limiti e quindi richiedere l'intervento di esperti. Dal punto di vista giuridico, il richiamo al livello di competenza raggiunto fa propria una tendenza irreversibile nell'attuale analisi della responsabilità professionale: la "critica al mansionismo"; il parametro prevalente cui è rapportata l'azione professionale nelle aule di giustizia è l'efficacia dell'azione verso il raggiungimento del risultato più che un giardino operativo definito da un preciso ed omogeneo ambito di competenze e mansioni. Dentro tale approccio, la conoscenza dei propri limiti risulta indispensabile per l'infermiere che deve sviluppare capacità di autovalutazione.

REFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Armitage G. et al, Adverse event in drug administration: a literature review, *Journal of Nursing Management* 2003; 11: 130-140.
2. Benner P., Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing, *Jona*, 2002, 32:509-523.
3. Gamba D.V., Rischio professionale: "malpractice" e responsabilità, *Foglio Notizie* 1999; 3: pp. 11-14.
4. Karch A., The naked decimal point, *American Journal Nursing* 2001; 101(12): 22.
5. Keating D., Versatility and flexibility: Attributes of the Critical Incident Technique in nursing research, *Nursing and Health Sciences* 2002; 4:33-39.
6. Leape L., Error in medicine, *Jama* 1994; 272:1851-1868.
7. Leape L. et al, System analysis of adverse drug events, *Jama* 1995; 274(1): 35-43.
8. Linda H. Aiken et al, Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *JAMA* 2002; 288(16): 1987-1993.
9. Marelli G., L'evoluzione della responsabilità medica, in *Il medico e l'infermiere* a
10. Ministero della Salute, Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, *Risk Management in sanità; il problema degli errori*, Roma, marzo 2004.
11. Phillips J. et al, Retrospective analysis of mortalities associated with medications errors, *Am J Health-Syst Pharm* 2001; 58: 1835-1840.
12. Plevani L., Limitare l'errore di terapia attraverso la revisione del processo terapeutico, *Scenario* 2004; 21(2): 12-17.
13. Tartaglia R. et al, L'approccio sistemico e cognitivo all'errore umano in medicina, *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie* 2002; 5(1): 4-13.
14. Tilleul P. et al, Intravenous drug preparation practices: a survey in a French university hospital, *Pharm World Sci* 2003; 25(6): 276-279.
15. Vanzetta M., Valicella F., Errori e assistenza infermieristica, in *Management Infermieristico* 2003; 3: 28-35.





Infermieristica e Cure complementari

La medicina ayurvedica

di IPAFD Valentina Iacchia*

L'ayurveda è il più antico sistema di medicina conosciuto, ha origine nell'India vedica molte migliaia di anni or sono ed è tuttora estensivamente applicato nel paese d'origine. In occidente è da non molto che si stanno cercando di utilizzarne i metodi di diagnosi e cura dei malati.

Il termine Ayurveda significa letteralmente la "scienza della vita". Il nome stesso del sistema esprime i suoi propositi, che sono il prendersi cura della vita umana in tutti i

suoi differenti aspetti (ritorna quindi la visione olistica caratteristica della professione infermieristica). L'estensiva conoscenza delle leggi naturali contenuta nell'Ayurveda è alla base della sua applicabilità nei più diversi contesti, storici, sociali e geografici. L'OMS ha riconosciuto la validità universale dell'Ayurveda raccomandandone lo studio e l'applicazione nell'ambito dei suoi progetti internazionali.

Molto interessante è notare come millenni di anni or sono veniva già data, da questo tipo di medicina, una definizione di salute molto attuale: *"La salute è quella condizione nella quale i principi fisiologici del corpo sono in equilibrio, la digestione è efficiente, i tessuti sono in condizioni normali, le funzioni escretorie sono regolari e mente, sensi e spirito sono pienamente appagati"* (traduzione dal sanscrito dei libri Veda), la salute, quindi viene considerata una condizione di equilibrio dinamico e di pieno benessere e non di semplice assenza di disordini evidenti. Secondo la dottrina Ayurvedica i principali fattori fisiologici che occorre mantenere in equilibrio per conservare la salute sono i tre Dosha; nella loro condizione di equilibrio essi mantengono la salute, mentre in quella di squilibrio causano delle malattie.

I tre Dosha sono: Vata, Pitta e Kapha (si pronuncia Kafa)

Vata: rappresenta il principio del movimento e dell'attivazione; esso presiede alle funzioni nervose, circolatorie, respiratorie, escretorie e di locomozione

Pitta: rappresenta il principio della trasformazione e della termogenesi; esso presiede alle funzioni digestive, metaboliche ed endocrine.

Kapha: rappresenta il principio della coesione e della struttura; esso governa i fluidi, promuove la crescita e la forza, è responsabile della lubrificazione delle articolazioni e dell'immunità.

Naturalmente tutte queste funzioni sono estremamente complesse e i tre Dosha operano in sinergia per governarle e consentire che si svolgano in modo normale. È interessante notare che esiste una corrispondenza tra la dottrina Ayurvedica dei tre Dosha e la teoria moderna della psiconeuroimmunoendocrinologia. Le caratteristiche dei tre dosha infatti corrispondono a quelle del sistema nervoso, endocrino e immunitario.

L'Ayurveda è tutt'oggi un sistema vivo, insegnato nelle università praticato da decine di migliaia di operatori sanitari e a cui fanno ricorso centinaia di milioni di individui in tutto il mondo e in particolare nel continente indiano, anche se negli ultimi anni si sta diffondendo questo sistema di cura in paesi più ricchi come gli Stati Uniti e le nazioni europee.

Principali campi di applicazione, di diagnosi e risoluzione dei problemi di salute.

Per comprendere appieno i metodi utilizzati dall'Ayurveda bisogna entrare nella logica del sistema. La malattia costituisce solo uno degli aspetti, forse nemmeno il più importante. Nella medicina Ayurvedica si cerca invece di conoscere a fondo il paziente, in modo da andare alle radici del problema, senza limitarsi ad un approccio sintomatico o parziale. Inizialmente si effettua un'anamnesi molto accurata, durante la quale si



osserva attentamente il paziente e si cerca di iniziare a definire quale Doshā è principalmente in disequilibrio. Si passa quindi all'esame del **polso** pratica necessaria per capire lo stato dei doshā e degli altri aspetti della fisiologia. La diagnosi del polso consente di comprendere il processo della malattia prima che qualunque segno evidente di essa si sia manifestato (tecnica, quindi, anche di grande efficacia preventiva). Il sistema terapeutico dell'Ayurveda è molto complesso e si avvale di una serie di strumenti sofisticati. In primo luogo va menzionato l'impiego di **pianze medicinali** preparate secondo ricette che risalgono ad oltre 2000 anni fa (la farmacopea ayurvedica conta più di 9000 piante; a essa ha attinto anche la farmacopea occidentale). La peculiarità delle preparazioni ayurvediche sta nel fatto che esse contengono principi in grado di stimolare le difese interne dell'organismo per portarlo verso l'autoguarigione. Vi sono inoltre **terapie nutrizionali** e comportamentali oltre che tecniche basate sull'utilizzo dei **suoni terapeutici** che coadiuvano le terapie. **La terapia fisica, il massaggio** completano l'intervento assistenziale. Altro capitolo importante è quello relativo al neutralizzare gli effetti negativi dello stress e rispetto a ciò la **meditazione trascendentale** è una delle tecniche più efficaci per i più comuni disturbi

nervosi: insonnia, ansia, ipertensione essenziale, asma (disturbi psicosomatici in genere).

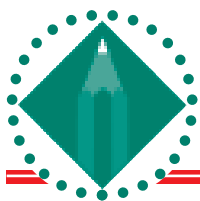
Come si può notare è molto ampio il raggio d'azione della medicina ayurvedica e la **ricerca scientifica** sulla stessa si è andata particolarmente sviluppando negli ultimi decenni. La maggior parte degli studi viene compiuta in India, ma non mancano i ricercatori occidentali, anche ad alto livello che si sono interessati negli ultimi anni a questa disciplina. Attualmente la banca dati PubMed della National Library of Medicine recensisce 709 pubblicazioni sulla medicina ayurvedica e 277 pubblicazioni sugli effetti terapeutici della meditazione trascendentale.

L'argomento è assai vasto ed estremamente interessante, personalmente trovo che questa disciplina sia un'ulteriore possibilità di arricchimento della competenza di chi, come noi, deve rispondere a dei bisogni di assistenza. L'ayurveda, nei testi classici, approfondisce, inoltre, alcuni specifici settori: le problematiche legate agli anziani, alla gravidanza e alla cura dei bambini, ai pazienti morenti, ecc. Credo quindi che possa rispondere all'interesse di molti colleghi; per cui, chi vuole approfondire, si prepari ad entrare in un mondo molto particolare e a dedicarvi tanto tempo e dedizione nello studio.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Iannacone E.: "Ayurveda Maharishi". Tecniche Nuove Milano.1997.
2. Lad V.: "Ayurveda, la scienza dell'autoguarigione". Il punto d'incontro. Vicenza 1993.
3. Organizzazione Mondiale della Sanità: Il ruolo delle medicine tradizionali nel sistema sanitario. Valutazioni scientifiche e antropologiche. Red. Como 1984.
4. Roth R.: "Meditazione Trascendentale". Tecniche Nuove. Milano 1998.
5. Bellavite P. e vari: "Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili". UTET 2000.
6. Chopra D.: "Benessere totale". Sperling & Kupfer.
7. J.K. Morrison: "IL grande libro dell' Ayurveda". Ed Corbaccio
8. Svoboda: "Ayurvada" ed Armenia.





È evidente che...

Le misure di isolamento in ospedale: precauzioni standard e aggiuntive

MD Adriana Capalbio*,
MD Luigia Caldera**

...l'isolamento dei malati infettivi è una pratica antica: ve ne è traccia nella Bibbia e, più recentemente, nella letteratura di Manzoni e Camus, che narrano le vicissitudini di persone coinvolte in un'epidemia, nonché in Mann, con "La montagna incantata"...

Se da sempre si è riservato un trattamento particolare alle persone infette solo a partire dall'Ottocento, le scoperte scientifiche hanno permesso di giustificare comportamenti che prima erano solo empirici, rendendo l'assistenza sanitaria dignitosa per la persona malata e garantendo sicurezza per gli operatori e la comunità in cui si vive.

Le prime raccomandazioni scientifiche prodotte dai Centres of Diseases Control (CDC) di Atlanta su come prevenire la trasmissione di agenti infettivi in ambito ospedaliero risalgono al 1970. In tale documento si proponeva un sistema di isolamento per categorie¹ all'interno delle quali venivano classificati i pazienti considerati infetti. A seconda della categoria venivano raccomandate alcune precauzioni da mettere in atto per prevenire la trasmissione dell'infezione.

Nel 1983 questo approccio viene modificato seppur non in maniera sostanziale; le precauzioni da adottare vengono comunque scelte sulla base della malattia infettiva diagnosticata. La categoria "Precauzioni per sangue" viene estesa ad altri liquidi organici, l'isolamento protettivo viene cancellato a fronte di studi che ne dimostravano una limitata utilità, viene introdotto l'isolamento tuberculare.

Nel 1985 le misure di isolamento vengono integrate dalle cosiddette Precauzioni Universali che, in risposta allo sviluppo dell'epidemia da virus HIV

ed alle conseguenti preoccupazioni per la tutela degli operatori, introducono per la prima volta il concetto di misure protettive da applicarsi non per pazienti specifici ma verso tutti i soggetti, indipendentemente dall'accertamento del loro stato infettivo.

Queste precauzioni, riprese poi dalla legislazione italiana degli anni '90, non si applicavano però a tutti i liquidi organici. Rimanevano esclusi urine, feci, vomito, escreato, sudore, secrezioni nasali, lacrime, a meno che fossero visibilmente contaminati da sangue. Questo costituiva il principale limite di questa sistematizzazione; si lasciava aperta la possibilità, seppur non sostenuta da evidenze scientifiche, che i liquidi organici esclusi potessero essere mezzo di trasmissione di virus epatitici o HIV o altre malattie.

Negli anni successivi vennero proposte altre misure fra le quali il Body Substance Isolation che prevedeva l'isolamento nei confronti di tutti i liquidi organici indipendentemente dallo status del paziente, infettivo o meno.

Pur garantendo una maggior copertura queste misure erano insufficienti nel prevenire la trasmissione di malattie trasmesse per via aerea o per goccioline.

Si arriva così al 1996 quando i CDC rivedono le raccomandazioni producendo il documento di cui trattiamo in questo numero di Agorà e che ad oggi è considerato il principale, se non unico, riferimento scientifico relativamente alle misure di isolamento in ambito ospedaliero; anche una revisione più ampia della letteratura ha evidenziato che i documenti prodotti successivamente, sia a livello nazionale che internazionale, fanno riferimento alle linee-guida americane cercando di contestualizzarne i contenuti.

¹ Isolamento stretto, isolamento respiratorio, isolamento da contatto, isolamento enterico, isolamento protettivo, precauzioni per sangue, precauzioni per ferite e cute, precauzioni per drenaggi



Questa linea-guida costituisce un tentativo di sintesi dei sistemi di classificazione precedenti con l'obiettivo di superarne i limiti ed integrarne gli aspetti positivi in un sistema semplice e facile da attuare.

Oggi, per prevenire la trasmissione delle infezioni in ambito ospedaliero, si propone di adottare:

- precauzioni standard - nell'assistenza a tutti i pazienti;
- precauzioni aggiuntive - per alcuni pazienti con infezioni (sospette o documentate) altamente trasmissibili o sostenute da patogeni di rilevanza epidemiologica. Queste ultime vengono classificate in tre categorie a seconda della via di trasmissione (via aerea, tramite goccioline, per contatto). Possono essere associate per quelle patologie che prevedono vie multiple di trasmissione; sono comunque sempre in aggiunta alle precauzioni standard.

Di seguito, dopo alcune definizioni introduttive, vengono riportate le raccomandazioni dei CDC, integrate da ulteriori contributi professionali e da alcune personali riflessioni (in corsivo). La forza di tutte le raccomandazioni è di **Categoria IB** vale a dire che le indicazioni fornite sono "Fortemente raccomandate per tutti gli ospedali e riconosciute efficaci da esperti nel campo e con il consenso dell'HICPAC², sulla base di saldi presupposti razionali e forti evidenze, anche se non sono disponibili studi scientifici conclusivi".

Definizioni

La trasmissione delle infezioni in ospedale richiede "il contributo" di tre elementi: una fonte di microrganismi infettivi, un ospite suscettibile ed un mezzo di trasmissione per il microrganismo.

Analizziamo ciascun elemento.

LA FONTE: le fonti dei microrganismi infettivi in ospedale possono essere i pazienti, il personale sanitario o i parenti e possono includere persone con malattie acute, persone durante il periodo di incubazione di una malattia, persone colonizzate da un agente infettivo, ma che non manifestano malattia apparente o persone che sono portatrici croniche di un agente infettivo.

Altre fonti di microrganismi infettivi possono essere la flora batterica endogena del paziente stesso,

gli oggetti inanimati che sono stati contaminati e che comprendono gli strumenti e materiali per l'assistenza.

L'OSPITE: la capacità di resistenza ai microrganismi patogeni da parte delle persone è molto variabile. Alcune persone possono essere immuni all'infezione o sono in grado di resistere alla colonizzazione di agenti infettivi; altre, esposte al medesimo agente, possono stabilire un rapporto commensalistico con il microrganismo infettivo e diventare portatrici asintomatiche, altre ancora possono sviluppare la malattia.

Alcuni fattori possono rendere i pazienti più suscettibili alle infezioni: l'età, le malattie concomitanti, i trattamenti con antibiotici, cortisonici, immunosoppressori, le terapie radianti e la violazione dei meccanismi di difesa causati da interventi chirurgici, anestesia, cateterismi.

LA VIA DI TRASMISSIONE: i microrganismi vengono trasmessi in ospedale attraverso varie modalità ed i medesimi microrganismi possono essere trasmessi per più vie. I CDC hanno stabilito cinque principali vie di trasmissione: contatto, goccioline, aerea, veicoli comuni e vettori.

1. La **TRASMISSIONE PER CONTATTO** è il più importante e frequente modo di trasmissione delle infezioni ospedaliere e si divide in due sottogruppi:

- a. **contatto diretto:** comporta un contatto da superficie corporea a superficie corporea e un trasferimento fisico di microrganismi fra una persona infetta o colonizzata ed un ospite suscettibile, come avviene nel corso di alcune procedure assistenziali (igiene al letto, mobilitazione, ecc.). La trasmissione per contatto diretto può avvenire anche fra due pazienti uno dei quali fonte di microrganismi infettivi e l'altro ospite suscettibile;
- b. **contatto indiretto:** comporta il contatto fra un ospite suscettibile ed un oggetto contaminato che fa da intermediario (es. strumenti contaminati, indumenti, guanti che non sono stati cambiati fra un paziente e l'altro).

2. La **TRASMISSIONE ATTRAVERSO GOCCIOLINE** implica la deposizione sulle congiuntive, muco-

² HICPAC: Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Il Comitato fu fondato negli USA nel 1991 quale organo di consultazione dei CDC circa le politiche di sorveglianza e controllo delle infezioni nosocomiali negli ospedali statunitensi



sa nasale e orale di goccioline contenenti il microrganismo espulse dal soggetto infettante durante il parlare, la tosse, gli starnuti o l'esecuzione di procedure quali la broncoscopia o la broncoaspirazione. In questo caso le goccioline sono di dimensioni superiori ai 5 micron il che ne impedisce la sospensione nell'aria, favorendone la deposizione a breve distanza (circa un metro) dal soggetto infetto. La trasmissione si può quindi verificare solo attraverso uno stretto contatto fra soggetto infettante ed ospite suscettibile.

3. La **TRASMISSIONE PER VIA AEREA** avviene attraverso la disseminazione sia di nuclei di goccioline (di dimensioni uguali o inferiori a 5 micron che possono rimanere sospese nell'aria per lunghi periodi di tempo) che di particelle di polvere contenenti l'agente infettivo. I microrganismi così trasportati vengono disseminati dalle correnti d'aria e possono essere inalati da un ospite che sia suscettibile entro la stessa stanza o in una più lontana dal paziente infetto; questo tipo di trasmissione, essendo fortemente influenzata dai fattori ambientali, rende necessari, ai fini della prevenzione, particolari trattamenti dell'aria e della ventilazione.
4. La **TRASMISSIONE TRAMITE VEICOLI COMUNI** riguarda i microrganismi trasmessi da elementi quali cibo, acqua, farmaci, dispositivi e strumenti.
5. La **TRASMISSIONE TRAMITE VETTORI**, poco significativa in ospedale, avviene per l'intervento di zanzare, mosche, ratti ed altri parassiti che trasmettono microrganismi.

Precauzioni standard

Le **PRECAUZIONI STANDARD** devono essere applicate indistintamente nell'assistenza a tutti i pazienti.

Esaminiamo di seguito ogni elemento.

A. LAVAGGIO DELLE MANI: va effettuato accuratamente ed immediatamente dopo essere entrati in contatto con sangue, fluidi corporei, secrezioni, escrezioni ed oggetti contaminati anche se l'operatore indossa i guanti. Lavare immediatamente le mani dopo la rimozione dei guanti, tra il contatto con un paziente e l'altro e tutte le volte che è indicato per evitare la contaminazione di altri pazienti o dell'ambiente. Potrebbe essere neces-

sario lavare le mani anche dopo alcune procedure effettuate al medesimo paziente, per prevenire infezioni crociate in sedi diverse del suo corpo.

Usare un semplice detergente per il lavaggio sociale delle mani

Usare un agente antimicrobico per specifiche procedure (es. procedure invasive, epidemie).



B. GUANTI: indossare i guanti (puliti e non sterili) quando si toccano sangue, fluidi biologici, secrezioni, escrezioni ed oggetti contaminati. Indossare guanti puliti dopo aver toccato mucose e cute non integra. Cambiarli dopo aver effettuato procedure allo stesso paziente, dopo il contatto con materiale che potrebbe essere altamente contaminato. Rimuovere immediatamente i guanti dopo l'uso, prima di toccare oggetti non contaminati e superfici ambientali, prima di assistere un altro paziente e lavare immediatamente le mani per evitare la contaminazione di altri pazienti o dell'ambiente.

I guanti debbono essere disponibili, nelle taglie necessarie, affinché gli operatori che effettuano i prelievi possano farne il giusto uso.

È stata segnalata sia in Italia che in altri Paesi la difficoltà da parte degli operatori di eseguire i prelievi con i guanti. Pertanto, pur rimanendo valida l'indicazione di utilizzare i guanti per i prelievi, la decisione delle condizioni in cui impiegarli può essere delegata alla responsabilità degli operatori stessi. L'uso dei guanti per effettuare i prelievi è però obbligatorio quando gli operatori presentano tagli o abrasioni, o altre soluzioni di continuità della cute, nelle situazioni in cui un operatore preparato giudica che può verificarsi la contaminazione delle mani con il sangue, per esempio quando si effettua un prelievo ad un paziente non collaborante, per effettuare prelievi da dita o lobi auricolari di neonati o bambini, durante l'istruzione del personale all'esecuzione dei prelievi.

Se un guanto si rompe, o si verifica una puntura o un altro incidente, il guanto deve essere rimosso e



sostituito con un guanto nuovo appena possibile in rapporto alle condizioni del paziente; l'ago o lo strumento causa dell'incidente debbono essere rimossi dal campo sterile.

C. MASCHERA, PROTEZIONE PER OCCHI, SCHERMO FACCIALE: indossare maschera e protezione per gli occhi per proteggere le mucose di occhi, naso e bocca durante le procedure e le attività assistenziali che possono facilmente generare schizzi o spruzzi di sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni.

D. CAMICE: indossare il camice (pulito e non sterile) per proteggere la cute e per evitare di sporcarsi gli abiti durante le procedure e le attività assistenziali che possono facilmente generare schizzi o spruzzi di sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni. Scegliere un camice appropriato secondo l'attività e la sostanza che sarà trattata. Rimuovere il camice sporco quanto prima possibile e lavare le mani per evitare la contaminazione di pazienti o dell'ambiente.

E. STRUMENTI PER L'ASSISTENZA: utilizzare gli strumenti sporchi di sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni in modo da prevenire l'esposizione di cute e mucose, la contaminazione di abiti e la contaminazione di altri pazienti e dell'ambiente. Assicurarsi che gli strumenti non riutilizzabili non siano usati per altri pazienti prima di averli opportunamente puliti e trattati. Assicurarsi di smaltire correttamente gli strumenti monouso.

Le procedure standard di sterilizzazione, disinfezione e decontaminazione, normalmente raccomandate in ambiente ospedaliero, sono idonee alla decontaminazione ed alla sterilizzazione di apparecchiature, presidi, superfici e materiali contaminati da sangue ed altre liquidi biologici dai microrganismi veicolati attraverso il sangue.

È imperativo che il materiale e gli strumenti, che debbono essere sterilizzati o disinfettati ad alto livello, vengano accuratamente puliti prima della procedura.

Prima della pulizia è però necessario porre gli strumenti per 30 minuti in un disinfettante chimico.

F. CONTROLLO DELL'AMBIENTE: assicurarsi che

l'ospedale abbia adeguate procedure per l'assistenza di base, la pulizia e la disinfezione di superfici, letti ed accessori, barelle ed altre superfici che si toccano frequentemente ed assicurarsi che le procedure siano effettivamente osservate.

G. BIANCHERIA: maneggiare, trasportare e gestire la biancheria sporca di sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni così da evitare l'esposizione e la contaminazione di cute, mucose ed abiti e la contaminazione di altri pazienti o dell'ambiente.

H. TUTELA DELLA SALUTE degli operatori e patologie trasmissibili col sangue: per prevenire lesioni, fare attenzione quando si usano aghi, bisturi ed altri strumenti taglienti; quando si maneggiano strumenti dopo le procedure, quando si puliscono gli strumenti usati e quando si smaltiscono.

- Non reincappucciare gli aghi usati, né manipolarli utilizzando entrambe le mani, né usare ogni altra tecnica che indirizzi la punta dell'ago verso parti del corpo; piuttosto usare una tecnica "ad una mano" o meglio eliminare l'ago negli appositi contenitori.
- Non rimuovere l'ago usato dalla siringa monouso con le mani, non piegarlo, romperlo o manipolarlo in altro modo.
- Riporre siringhe e aghi monouso utilizzati, bisturi e gli altri oggetti taglienti in contenitori appropriati, collocati nella zona dove gli strumenti vengono usati e riporre le siringhe e gli aghi riutilizzabili in un contenitore resistente, per essere trasportate presso la sede dove devono essere trattati.

Negli ambiti dove è previsto il materiale necessario per la rianimazione, usare boccagli, AMBU ed altri presidi per la ventilazione in alternativa ai metodi di rianimazione bocca a bocca.

I. COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE: collocare il paziente che contamina l'ambiente o che non collabora (o che si presume non collabori) nel mantenimento dell'igiene appropriata o nel controllo ambientale, in una stanza singola. Se questa non è disponibile, consultarsi con gli addetti al controllo delle infezioni per valutare soluzioni alternative.



PRECAUZIONI AGGIUNTIVE

Trasmissione per via aerea		Trasmissione attraverso goccioline	Trasmissione per contatto
Collocazione del paziente	➤ camera singola, possibilmente con servizi igienici ➤ pressione negativa dell'aria con 6-12 ricambi all'ora ➤ scarico esterno dell'aria o filtrazione monitorata dell'aria della stanza prima dell'immissione in altre zone dell'ospedale ➤ tenere la porta della stanza chiusa e mantenere il paziente in camera ➤ qualora non fosse disponibile una camera singola, sistemare il paziente in una camera con un paziente che presenti la medesima infezione, salvo diversa raccomandazione clinica.	➤ camera singola ➤ non sono necessari particolari trattamenti dell'aria ➤ la porta della stanza può rimanere aperta ➤ qualora non fosse disponibile una camera singola, sistemare il paziente in una camera con un paziente che presenti la medesima infezione; qualora non fosse possibile, garantire una distanza di almeno 1 metro fra il paziente infetto e gli altri pazienti presenti in camera (oltre che dai visitatori).	➤ camera singola con servizi igienici ➤ qualora non fosse disponibile una camera singola, sistemare il paziente in una camera con un paziente che presenti la medesima infezione; qualora non fosse possibile individuare la collocazione più idonea possibile a contenere il rischio di trasmissione considerando la tipologia dell'agente infettante. <i>Potrebbe essere utile ridurre al minimo il numero degli operatori che si occupano del paziente e fare in modo che le procedure assistenziali vengano svolte dopo l'assistenza ai restanti pazienti.</i>
	Come per le precauzioni standard		➤ Guanti e lavaggio delle mani come per le precauzioni standard ➤ Indossare sempre i guanti quando si entra nella stanza del paziente (puliti, non necessariamente sterili) ➤ Cambiare i guanti ogni qualvolta si viene in contatto con materiale infetto (es. feci) che può contenere alte concentrazioni del microrganismo ➤ Rimuovere i guanti prima di lasciare la stanza ed effettuare lavaggio antisettico delle mani quindi evitare di toccare superfici o oggetti all'interno della camera di degenza.
	Camicie	Come per le precauzioni standard	➤ Indossare un camice prima di entrare nella stanza se si prevede il contatto con il paziente e/o i suoi liquidi biologici o se il paziente è incontinenza, presenta diarrea, ha un ileo/colostomia o un drenaggio non coperto da medicazione ➤ Rimuovere il camice prima di uscire dalla stanza e prima della rimozione dei guanti e del lavaggio delle mani.
		Come per le precauzioni standard	➤ Quando è possibile assegnare il materiale assistenziale di base (sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro, laccio emostatico, ecc.) ad un singolo paziente o a gruppi di pazienti che presentano la medesima patologia ➤ Se non è possibile, trattare adeguatamente il materiale prima del loro riutilizzo.

È evidente che...





PRECAUZIONI AGGIUNTIVE

PRECAUZIONI AGGIUNTIVE		Trasmissione per contatto
Trasmissione per via aerea	Trasmissione attraverso goccioline	
Indossare protezione respiratoria quando si entra in una stanza di un paziente con: ▣ tubercolosi polmonare attiva, sospettata o certa ▣ varicella o morbillo, solo per gli operatori non immuni. Per gli operatori immuni essa non è necessaria Se sono disponibili operatori immuni, si raccomanda di evitare l'ingresso nella stanza di un paziente con accertata o sospetta varicella o morbillo di operatori suscettibili a tali infezioni. In caso di paziente con TBC polmonare attiva il tipo di mascherina da utilizzare deve avere un elevato potere filtrante. Di norma si utilizzano le seguenti tipologie di mascherine (conformi alla norma europea EN 149): ▣ FFP2S - potere filtrante >94% - per attività di assistenza diretta ▣ FFP3S1 - potere filtrante >98% - durante procedure che determinano una più elevata dispersione di micobatteri (es. broncoscopia, induzione espettorato, ecc.).	▣ Indossare una mascherina chirurgica se si lavora a meno di un metro di distanza dal paziente	Come per le precauzioni standard
Protezione Respiratoria		
Trasporto del paziente	▣ Limitare gli spostamenti del paziente dalla camera di degenza ▣ Qualora fosse indispensabile trasferire il paziente fargli indossare una mascherina chirurgica per minimizzare la dispersione dei microrganismi	▣ Limitare gli spostamenti del paziente dalla camera di degenza ▣ Qualora fosse indispensabile trasferire il paziente assicurarsi che vengano messe in atto delle precauzioni (lavaggio mani, sanificazione superfici contaminate, trattamento attrezzature, uso DPI) per minimizzare il rischio di trasmissione ad altri pazienti o la contaminazione di superfici ambientali e dispositivi medici.
Trasporto del personale	Sarà altresì necessario informare il personale addetto al trasporto e la struttura presso la quale il paziente viene trasferito affinché possano essere applicate le misure di isolamento idonee	
Esempi di patogeni	Infezioni virali (rosolia, influenza, adenovirus, parotite epidemica) Polmonite da micoplasma Infezioni da Neisseria Meningitidis (meningite, polmonite e sepsi) Infezioni da Haemophilus influenzae (meningite, polmonite e sepsi)	Infezioni enteriche sostenute da Clostridium Difficile, Virus Epatite A, Rotavirus, Shigella Infezioni cutanee come difterite cutanea, herpes simplex virus, impetigine Ascessi di grandi dimensioni aperti Pediculosi Scabbia

*Per maggiori approfondimenti sulle misure di isolamento da adottare in caso di TBC si veda la linea guida prodotta dai CDC dal titolo "Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium Tu-berculosis in health care setting" (ultima revisione anno 2005), disponibile su www.cdc.gov

Oltre alle precauzioni standard ed aggiuntive le linee guida dei CDC elencano specifiche sindromi cliniche o condizioni che destano forte sospetto di infezione ed identificano appropriate precauzioni basate sul tipo di trasmissione, da usare su base empirica, temporanea sino a che sia stata effettuata una diagnosi. Anche queste precauzioni empiriche, riportare nella tabella 1, devono essere usate in aggiunta alle precauzioni standard.

Considerazioni conclusive

L'argomento trattato nell'articolo permette di sollevare numerosi spunti di riflessione e approfondimenti legati al problema delle infezioni ospedaliere, tematica che da sempre assilla il personale sanitario, per i suoi risvolti professionali e deontologici, gli amministratori, per l'incremento dei costi che queste determinano, ma soprattutto le persone ricoverate, danneggiate da una sanità che, anziché guarire, provoca nuove malattie...

Dall'articolo esposto è possibile evincere le responsabilità assistenziali degli infermieri nel controllo della diffusione delle infezioni. Queste responsabilità incominciano col SAPERE, cioè con la conoscenza

approfondita del problema; poi col SAPER FARE, cioè con la competenza tecnica nell'adottare le precauzioni idonee, giustificando scelte e azioni secondo norme e standard aggiornati. Ed inoltre col SAPER ESSERE, per i risvolti legati al comportamento prudente, discreto ed uniforme a cui gli infermieri devono attenersi nel rispettare, ad esempio, la riservatezza dei dati di una persona con patologia infettiva che richiede l'isolamento (AIDS, tubercolosi...), per gestire le informazioni da fornire a parenti e visitatori, al personale di supporto, a quello che svolge le pulizie... Vi sono inoltre attenzioni particolari da dedicare alla persona isolata, per l'impatto sociale negativo che può avere, perché non sia segregata ma abbia la garanzia di assoluto rispetto senza pregiudizio e le siano forniti i mezzi per condurre una degenza dignitosa (si pensi alle esigenze dei bambini e degli anziani).

Nel campo organizzativo, la tematica delle misure di isolamento in ospedale riporta all'importanza dell'infermiera addetta al controllo delle infezioni ospedaliere (ICI) che, nella maggior parte dei casi, svolge la sua attività con il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere.

Tabella 1

SINDROME O CONDIZIONE CLINICA	POTENZIALI PATOGENI	PRECAUZIONI EMPIRICHE
DIARREA		
diarrea acuta di probabile origine infettiva in pazienti incontinenti o con pannolone	patogeni enterici	contatto
diarrea in adulti recentemente trattati con antibiotici	Clostridium difficile	contatto
ERUZIONI CUTANEE O ESANTEMI GENERALIZZATI DI EZIOLOGIA SCONOSCIUTA		
petecchie/ecchimosi con febbre	Neisseria meningitidis	goccioline
vescicole cutanee Varicella		aerea e per contatto
lesione maculopapulosa con rinite e febbre	Morbillo	aerea
INFEZIONI DELLA CUTE O DELLE FERITE		
ascessi o ferite con drenaggio che non può essere protetto	Stafilococco aureo Streptococco di gruppo A	contatto
INFEZIONI RESPIRATORIE		
tosse, febbre, infiltrato nel lobo polmonare superiore, in paziente HIV negativo o in paziente a basso rischio di infezione da HIV	Mycobacterium tuberculosis	aerea
tosse, febbre, infiltrato nel lobo polmonare superiore, in paziente HIV infetto o in paziente ad alto rischio HIV	Mycobacterium tuberculosis	aerea
tosse parossistica o persistente durante il periodo di maggiore incidenza della pertosse	Bordetella pertussis	goccioline
infezioni respiratorie in particolare bronchioliti e croup, in neonati e bambini	Virus respiratorio sinciziale o virus parainfluenzale	contatto
MENINGITE	Neisseria meningitidis	goccioline
RISCHIO DA MICRORGANISMI MULTIRESISTENTI AI FARMACI		
storia di infezione o colonizzazione con microrganismi multiresistenti ai farmaci	batteri resistenti	contatto
infezioni della cute, delle ferite o del tratto urinario in pazienti recentemente ospedalizzati o assistiti a domicilio ove erano frequenti microrganismi multiresistenti ai farmaci	batteri resistenti	contatto



Secondo una recente indagine svolta dall'Istituto Superiore di Sanità, risulta che le ICI sono presenti solo in un terzo degli ospedali sottoposti ad indagine (oltre 500 presidi), dedicando però solo una parte del loro tempo lavoro a questa attività (prevalentemente sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere e stesura di protocolli). Conforta pensare che quasi il 70% delle ICI ha seguito una specifica formazione ma fa pensare che, la durata, è stata molto variegata (18% circa un anno di corso, 24% meno di un mese). Questi dati permettono di interrogarsi sulla rilevanza delle politiche sanitarie, sulle scelte economiche e sulla gestione delle risorse umane da parte dei gestori della salute...

Un altro aspetto rilevante, infine, è l'obbligo da parte dei responsabili di strutture, organizzazioni ecc. di rendere edotti i propri operatori sui rischi legati all'esposizione e di assicurare la disponibilità dei mezzi di protezione per la loro tutela. D'altro canto, anche gli operatori, e dunque anche gli infermieri, devono osservare le norme previste per controllare le infezioni, utilizzando i dispositivi di protezione e comunicando l'eventuale esposizione per le opportune procedure conseguenti. È evidente che c'è da fare molta strada, anche se, dai tempi di Nightingale e Semmelweis, molto si è compiuto, senza comunque dimenticare che siamo nani sulle spalle di giganti.

Il lebbroso colpito dalla lebbra porterà vesti strappate e il capo scoperto, si coprirà la barba e andrà gridando: "Immondo! Immondo!". Sarà immondo finché avrà la piaga; è immondo, se ne starà solo, abiterà fuori dell'accampamento.

(Levitico 13, 45-46)

⁴ Rapporti ISTISAN 01/4 (2001) Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. CDC - Centres for Diseases Control and Prevention - (1996) Guideline for Isolation Precautions in Hospitals- At-lanta, disponibili su www.cdc.gov.
2. Commissione per la lotta contro l'HIV 6 settembre 1989 Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo delle infezioni da HIV.
3. Decreto Ministro della Sanità 28 settembre 1990 Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private.
4. Delibera Regione Lombardia VII/19767 del 10/12/2004 Prevenzione, sorveglianza e controllo della malattia tuber-colare.

* 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





News from the web

Elenco siti utili

di IPAFD Paola Pozzi*

<http://angeliassistenza.interfree.it> - Angeli assistenza - Servizi assistenza infermieristica domiciliare e ospedaliera, ausiliaria, sostegno per persone non autosufficienti, anziani, bambini, disabili, malati di alzheimer, flebo, iniezioni, prelievi a domicilio.

<http://www.angelfire.com/md/ItalianMaverick/nurses.html> - L'angolo degli infermieri - Sito curato da un gruppo di infermieri della Rianimazione di Conegliano. Contiene documenti di aggiornamento sull'assistenza del paziente in rianimazione, tratti dalle riunioni di aggiornamento svolte in reparto.

<http://freeweb.supereva.com/eis.freeweb/> - Emergency - Informa sul trattamento da attuare nelle situazioni urgenti e fornisce i link ad organizzazioni e riviste che si occupano dell'emergenza extraospedaliera. Chat a disposizione.

<http://www.angelfire.com/mt/iper/> - Infermieri per l'emergenza - Tratta le tematiche legate all'emergenza ed offre un archivio interno contenente gli articoli prodotti per l'informazione e l'aggiornamento degli infermieri che si occupano del primo soccorso.

<http://www.infermieristica.com/> - Nursing Universitario - Creato da studenti, si propone come aiuto per lo studio infermieristico universitario, con forum e risorse.

<http://digilander.libero.it/lospiraglio/> - Lo Spiraglio - Offre notizie per infermieri e operatori del settore. Propone novità su tecniche, nuove conoscenze, esperienze di vita e di lavoro

http://www.cybermed.it/cgi-bin/tseekdir.cgi?location=Root-Assistenza_infermieristica - Cybermed - Il portale della Medicina e della Salute. Area Assistenza Infermieristica. Portale della medicina e della salute. Offre rubriche di informazione, forum, news, chat e mailing list.

Nursing.Medical-Central.org - Everything you need to know about Nurses and Nursing.

Nursing.MedicalHelpers.com - Nursing Information. What you need to know.

17



"Il mondo dei folli e dei profeti"

Ci sono al mondo pazzi e profeti
artisti, geni, Santi e poeti,
e poi ci sono le persone "normali"
i loro giorni son tutti uguali;
vivono seguendo un loro percorso
come il fiume segue il suo corso,
svirgolando tra i campi e i monti,
tra uguali albe e uguali tramonti,
fino a lasciarsi scivolare
in fondo alla foce e gettarsi nel mare.

I pazzi e i poeti io li conosco;
il loro fiume ha un altro corso;
si perde spesso in terreni aspri,
dividendosi in rigagnoli sparsi,
ricomponendosi, poi, e con veemenza,
sfociare in cascata di forte potenza,
e poi continuare il lungo cammino
alla ricerca, come un pellegrino,

di nuovi orizzonti, di nuove scoperte,
lontano dagli argini in aree più aperte.

Gli artisti e i poeti, i geni, i Santi
son sempre oltre, sempre troppo avanti,
e da tutto il mondo sono apprezzati
quando ormai se ne sono andati,
perché questa è la loro sorte:
esser capiti dopo la morte.

Sogno ogni giorno di esser poeta,
volando, correre verso la meta
e poi magari, giù lungo il colle,
correre libera come un folle:
sogno una vita sempre diversa
e tra i normali mi sento persa.
Amo gli artisti, i profeti e i Santi
e solo per loro so andare avanti.

(LOSCA, maggio 2006)

La segreteria del Collegio IPASVI
resterà **chiusa** per la pausa estiva
da lunedì 7 agosto
a domenica 27 agosto 2006.

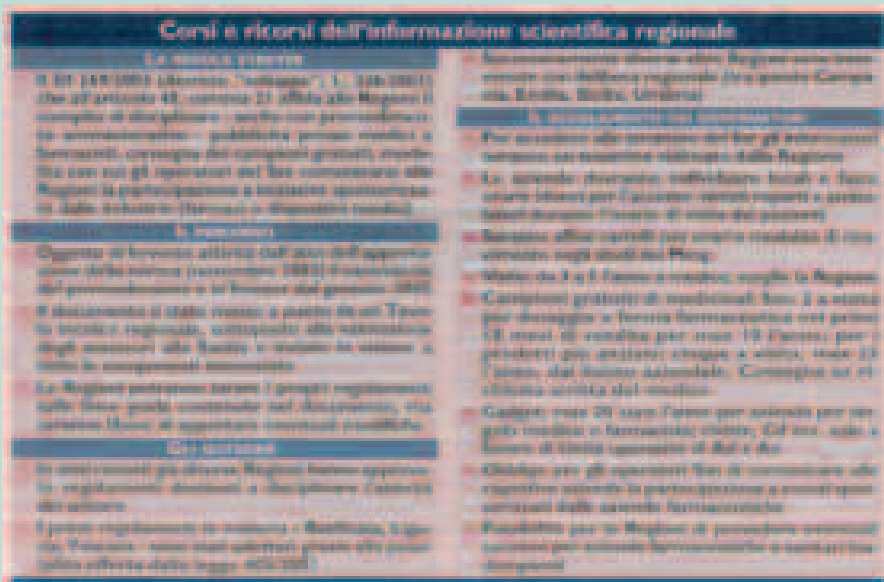
Da lunedì 28 agosto a venerdì 1 settembre la
Segreteria sarà aperta solo la mattina, dalle
9,00 alle 12,00.

**Il giorno giovedì 31 agosto resterà
chiusa per la festa del Santo Patrono.**



Approvato il nuovo regolamento regionale sull'informazione scientifica sul farmaco

I governatori delle Regioni hanno approvato il nuovo codice sull'informazione scientifica sul farmaco in discussione già dal gennaio del 2005, che pone diversi “paletti” all'informazione scientifica sul farmaco, tra i quali: l'obbligo di tesserino di riconoscimento per gli addetti, limite al numero delle visite annuali con giorni e orari prestabiliti, campioni gratuiti di farmaci e gadget dentro un valore ben definito...



(Fonte: Il Sole 24 ore sanità n. 16 - 25 aprile/1 maggio 2006 pag.8-9)

Crediti Ecm 2006: confermati i 30 crediti per tutti

La commissione Nazionale ECM, nella seduta del 16 marzo u.s., ha recepito l'accordo tra Ministero della salute e Conferenza Stato e Regioni che ha definito in 30 i crediti ECM da acquisire nel 2006 per tutti i professionisti della sanità. In questo modo alla fine del quinquennio di sperimentazione 2002-2006 gli operatori sanitari dovranno attestare di aver acquisito complessivamente 120 crediti formativi.

(<http://www.ministerosalute.it/ecm/dettaglio/pdcomunicato.jsp?id=46>)

Formazione a distanza gratuita per infermieri: partito il progetto Ecce

Dal 31/05/06 è disponibile on line all'indirizzo internet <http://aifa.progettoecce.it/> il progetto di formazione a distanza per gli infermieri ECCE-InFAD dell'Agenzia Italiana del Farmaco, realizzato in collaborazione con l'IPASVI. Il progetto, del tutto gratuito, è centrato sull'evidence based nursing e sul modello dei casi infermieristici: offre così la possibilità di una formazione non nozionistica, ma calata nell'attività della pratica professionale quotidiana. Non si tratta del classico questionario a domanda multipla, ma di casi di pratica quotidiana. Già oggi sono disponibili on line 10 percorsi per un totale di 12 crediti ECM, ma ogni settimana verrà pubblicato un nuovo percorso, per un totale di 40 casi formativi entro la fine del 2006.

(<http://www.ipasvi.it/chisiamo/archivioEventi/dettaglio.asp?IDFocus=12>)



“Carta di Trento” sulla valutazione delle tecnologie sanitarie

Il 28 marzo 2006 il Network italiano di Health technology assessment (Ni-Hta) (sorto nel 2003 su un progetto finanziato dal Ministero della Salute) ha approvato la “Carta di Trento sulla valutazione delle tecnologie sanitarie” i cui principi sono riassunti nella tabella successiva.

La valutazione delle tecnologie sanitarie è un elemento cruciale in tutti i sistemi sanitari. Il concetto di tecnologia sanitaria è più ampio di quello cui normalmente si fa riferimento comprendendo non solo le attrezzature sanitarie e i dispositivi medici, ma anche i farmaci, i sistemi diagnostici, le procedure mediche e chirurgiche, i percorsi assistenziali e gli assetti strutturali, organizzativi e manageriali nei quali viene erogata l’assistenza sanitaria.

Tradizionalmente la valutazione delle tecnologie sanitarie rappresenta il ponte tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori.

La carta vuole rappresentare una guida per tutte le parti interessate a rendere sempre più esplicito e trasparente il processo di valutazione delle tecnologie sanitarie in Italia dandogli fondamento scientifico.

Tab. 1 - Sintesi della Carta di Trento

Definizioni

Le tecnologie sanitarie comprendono tutte le applicazioni pratiche della conoscenza che vengono utilizzate per promuovere la salute e prevenire, diagnosticare e curare le malattie

La valutazione delle tecnologie sanitarie è di conseguenza la complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare (descrizione, esame e giudizio) delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto o indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione.

Principi

1. La valutazione delle tecnologie sanitarie deve coinvolgere tutte le parti interessate all’assistenza sanitaria (clienti, personale, proprietari/finanziatori, fornitori, società)
2. La valutazione delle tecnologie sanitarie deve riguardare tutti gli elementi che concorrono all’assistenza sanitaria (strutture edilizie, grandi e piccole attrezzature, dispositivi medici, farmaci, sostanze chimiche, modelli organizzativi, documenti di indirizzo clinico e i sistemi regolatori)
3. La valutazione delle tecnologie sanitarie deve riguardare tutti i livelli gestionali dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte (livello legislativo, manageriale e professionale/clinico)
4. La valutazione delle tecnologie sanitarie deve essere un’attività continua che va condotta prima della loro introduzione e durante l’intero ciclo di vita
5. La valutazione delle tecnologie sanitarie è una necessità e una opportunità per la governance integrata dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte
6. La valutazione delle tecnologie sanitarie è un processo multidisciplinare che deve svolgersi in modo coerente con gli altri processi assistenziali e tecnico-amministrativi dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte.

(Fonte: *Il Sole 24 ore sanità* n. 19 - 16/22 maggio 2006)



Sistema Ecm lombardo: approvata la nuova delibera

Il 12 aprile, la Giunta Formigoni, ha approvato la **delibera n. VIII/2372** di revisione del proprio sistema di Formazione Continua, l'ECM-CPD (educazione continua in medicina e sviluppo professionale continuo), attuando diverse semplificazioni. Il documento in sei allegati riporta tutte le novità sui piani formativi, sulla formazione a distanza, sul sistema dei controlli, sulla formazione individuale. In particolare spicca la novità dei controlli affidati all'IREF. Per maggiori informazioni consultare il documento: http://www.sanita.regione.lombardia.it/script/downloadpdf.asp?id1=/delibere/&id2=DGR2006_2372.pdf&id3=PDF.

Le sfide di Livia Turco, neoministro della Salute

Alla Salute torna una donna, Livia Turco, che dopo aver nominato i tre sottosegretari che l'affiancheranno (tutti e tre medici, di cui due ex sindacalisti di CGIL e Anaa) ha tracciato le priorità sulle quali intende lavorare per i prossimi 5 anni di governo.

In particolare l'attenzione sarà rivolta a Governance e agli Anziani realizzando i seguenti punti tracciati dal neo-ministro alla prima conferenza nazionale dei DS sulla salute e politiche sociali:

1. **Costruire un vero federalismo**, fermando il progetto della devolution, armonizzando i ruoli delle diverse istituzioni e rendendo più protagonisti i comuni.
2. Una "terapia d'urto" **per costruire la medicina del territorio** per assistere i cittadini 24 ore su 24. Ruolo centrale devono averlo i Medici di famiglia.
3. Costruire la medicina del territorio significa **costruire la rete integrata dei servizi sociali** per costruire una solidarietà fra le generazioni. Dunque un fondo per gli anziani non autosufficienti.
4. **Ruolo dell'Università** per costruire un collegamento virtuoso tra ricerca, formazione universitaria e le strutture del SSN.
5. **Finanziare in modo adeguato i LEA** sociali e sanitari. Ma occorre definire anche forme di compartecipazione al costo dei servizi. Si pensa ad un fondo per le cure odontoiatriche.
6. C'è bisogno di una politica pulita e di una buona politica per una **sanità trasparente, efficiente**, non lottizzata, in cui non ci sia l'ingerenza della politica nella gestione in cui siano valorizzati il merito, le competenze e la professionalità ...

A margine del EXPO sanità a Bologna, dello scorso maggio, il Ministro si è impegnato pubblicamente per realizzare nei tempi previsti i decreti attuativi della Legge 43/2006 (entro settembre) e del relativo accordo Stato-Regioni relativo alla funzione di Coordinamento.

(Fonte *Il Sole 24 ore sanità* n. 20 del 23-29 maggio 2006, pag. 1-2)



Incontro fra gli infermieri lombardi e l'assessore Cé: aperto il Tavolo di confronto permanente

22

Si è tenuto il 31 maggio 2006 presso la sede della Regione Lombardia di via Pola l'incontro tra il neo-insediato Coordinamento Regionale Lombardo dei Collegi IPASVI e l'assessore alla Sanità, Alessandro Cé.

Svariati i temi del confronto, primo fra tutti la proposta, recepita dall'assessore, di attivare un Tavolo di confronto permanente volto a garantire una continuità collaborativa fra le Istituzioni e l'Ordine professionale degli infermieri. «Il Tavolo non rappresenta - illustra il presidente del Coordinamento, Giovanni Muttillo - una rivendicazione di categoria, ma una modalità di collaborazione per un adeguato sviluppo di un sistema di welfare lombardo in linea con le esigenze dei cittadini, delle istituzioni e dei professionisti».

Una prima ipotesi di intervento consisterebbe nel garantire la piena applicazione della Legge 43, che riconferma l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo anche per i dipendenti pubblici. «In proposito - continua Muttillo - auspicheremmo la diffusione di una circolare che vada a ribadire la necessità dell'iscrizione, la quale si pone come uno strumento atto a promuovere lo sviluppo delle competenze e garantire l'osservanza delle norme deontologiche, a tutto beneficio dei pazienti».

E per l'emergenza infermieristica che sta travolgendo tutta l'Italia e la Lombardia in particolare, il Coordinamento punta a favorire, secondo quanto disposto dalla Legge Bossi-Fini e dal regolamento attuativo, l'ingresso per i cittadini non comunitari, con la possibilità di rapporti di lavoro a tempo indeterminato anche nel settore pubblico. Qui un ruolo preponderante spetterebbe ai Collegi, attivi nel garantire l'inserimento, la formazione e l'integrazione degli infermieri stranieri nel territorio.

Perché è anche sul campo, non solo nelle organizzazioni, che l'infermiere può rappresentare un elemento chiave: «L'infermiere di famiglia - illustra Muttillo - dovrebbe infatti avere un ruolo strategi-

co come quello del medico di medicina generale. Per questo, sarebbe necessario prevedere a livello regionale una regolamentazione specifica, che vada a riconoscere il nostro Nomenclatore tariffario». «Un gruppo di cure primarie - continua Angela Salomoni, presidente del Collegio di Lecco - non può prescindere dalla figura dell'infermiere, il quale si inserisce in un percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale dal valore aggiunto. Le cure primarie passano infatti necessariamente attraverso la presenza del medico e dell'infermiere. Si tratta quindi di distinguere la diagnosi e la cura dall'assistenza, che è prettamente infermieristica. In tal modo, consistenti sarebbero i risparmi in termini di ricoveri, complicanze e code al pronto soccorso, come il caso dei pazienti diabetici dimostra».

Altrettanto rilevante il tema della dirigenza infermieristica, una realtà prevista dalla normativa, ma che non ha ancora trovato adeguati riscontri nelle organizzazioni. «Bisogna garantire - sostiene Stefano Citterio, presidente del Collegio di Como - la piena applicazione della Legge 251, considerando che anche nella bozza del Piano Socio Sanitario in fase di discussione vi sono degli spunti di valorizzazione di tutte le professioni sanitarie. Di conseguenza è necessario sviluppare un progetto complessivo ed organico relativo alla dirigenza infermieristica considerando i diversi ruoli e livelli di responsabilità. È il caso, ad esempio, dei Coordinatori di Sezione dei Corsi di laurea in Infermieristica. Ciò rappresenterebbe un reale vantaggio sia per la Regione sia per tutte le organizzazioni sanitarie in generale».

Sì, perché la figura del professionista infermiere sta prendendo una nuova fisionomia: dalla formazione a livello accademico a nuove prospettive di carriera il passo è stato breve. «Per questo - afferma Ercole Piani, presidente del Collegio di Sondrio - è necessario promuovere il ruolo degli infermieri attraverso specifiche campagne di



comunicazione, che il Coordinamento vorrebbe attivare in collaborazione con la Regione. Un dato è certo: in Lombardia abbiamo bisogno di infermieri. Attingiamo forza lavoro dall'estero, questo è vero, ma ciò non basta: gli extracomunitari non sono sempre in possesso dei requisiti culturali e di appartenenza necessari per operare in strutture (si pensi alle RSA) in cui i pazienti presentano caratteristiche specifiche quali, ad esempio, l'uso del dialetto come unica modalità di comunicazione. Oggi, finalmente, possiamo affermare che la professione infermieristica garantisce, oltre a una risposta occupazionale, anche significative prospettive in termini di carriera. È pertanto importan-

te che i giovani ne siano al corrente, affinché possano prendere consapevolmente le decisioni che riguardano il loro futuro professionale».

Significativa la risposta dell'assessore Cè, pronto a riconoscere, in linea con quelli che saranno i risvolti economici, le richieste del Coordinamento; la cui prossima tappa consiste nel «presentare - conclude Muttillio - gli emendamenti al Piano socio-sanitario regionale 2006-2008 e promuovere l'attivazione di un Tavolo tecnico permanente con tutti i rappresentanti degli Ordini e delle professioni sanitarie, a garanzia di un'assistenza che risponda appieno alle esigenze del cittadino, il nostro principale interlocutore e punto di riferimento».

BILANCIO PREVENTIVO 2006

A cura del Tesoriere IPAFD Adelaide Pina

Preventivo finanziario gestionale entrate ed uscite per competenza e cassa

Entrate di competenza	€ 290.220,00	di cassa	€ 288.640,00
Uscite di competenza	€ 340.531,40	di cassa	€ 346.127,86

Il disavanzo di gestione trova copertura nell'utilizzo dell'avanzo di amministrazione per € 50.311,40 e dell'avanzo di cassa € 57.487,86 come previsto dall'art. 10 del regolamento di amministrazione e contabilità.

Il preventivo economico evidenzia un disavanzo pari a € 46.228,42 ampiamente coperto dagli avanzi di gestione realizzati negli anni precedenti.

Il conto consuntivo relativo all'esercizio 2005 ed il bilancio di previsione per l'anno 2006 sono stati approvati

- dal Consiglio Direttivo in data 04/04/2006 con delibera n. 23 e 24
- dal Collegio dei Revisori dei Conti in data 13/04/2006
- dall'Assemblea degli iscritti in data 04/05/2006.



A proposito di Volontariato Infermieristico

24

La professione infermieristica è regolamentata dalle leggi dello stato, che danno agli ordini professionali la responsabilità di vigilare, contro ogni tipo di abuso ed esercizio improprio della professione, al fine di garantire un servizio competente e la miglior salute del cittadino.

Per questo motivo anche l'Ordine degli Infermieri, fin dal 1960 si è dotato di un codice deontologico che impegna il professionista ad avere un comportamento eticamente corretto nei confronti del paziente, dei colleghi o di altri professionisti.

L'articolo n° 3.5 recita: "...L'infermiere può svolgere forme di volontariato con modalità conformi alla normativa vigente: è libero di prestare gratuitamente la sua opera, sempre che questa avvenga occasionalmente". Ora, che significa occasionalmente? Significa in modo non programmato, senza che nessuno, ne chi esercita, ne chi usufruisce delle prestazioni professionali, abbia programmato l'eventualità dell'intervento, ma semplicemente perché, chi si è trovato nella condizione di bisogno e chi, professionista, aveva del tempo libero da dedicargli, in modo del tutto occasionale si sono incontrati, quindi l'occasione e non la programmazione hanno fatto sì che il rapporto cominciasse.

Ora, perché la gratuità del rapporto può nascere solo da un rapporto occasionale?

La professione infermieristica, come le altre professioni sanitarie, medica compresa, rientrano in un settore che è quello che riguarda la salute delle persone. Un aspetto, questo, che la costituzione considera fondamentale per la persona, tanto da inserirlo tra le garanzie che il cittadino deve avere. Questo fa sì che lo stato, attraverso i suoi rappresentanti, si debba impegnare per garantire un servizio sanitario a cui tutti i cittadini possano accedere senza differenza alcuna. Ora si potrà discutere se la forma adottata dal nostro stato sia la migliore possibile, se effettivamente tale diritto venga garantito a tutti, ma resta il fatto che il dettato costituzionale non lascia dubbi: la salute è un bene che va garantito a tutti i cittadini.

In questa logica, anche il servizio infermieristico, universalmente ritenuto fondamentale, per garantire la salute della popolazione, è un servizio che va garantito a tutti, indistintamente. Ciò porta a considerare che, vista l'importanza che gli viene data, anche questo servizio deve essere garantito al di là

dell'occasionalità, della casualità dettata dalla buona volontà del singolo professionista, ma debba essere inserito in una seria programmazione che preveda spazi ben definiti ed accessibili, che gli amministratori, ai vari livelli di responsabilità, devono individuare per dare esecuzione al dettato costituzionale. È proprio in questa logica che si inserisce l'articolo 3 comma 5 del codice deontologico. Infatti sarebbe impensabile un servizio di pronto soccorso basato sul volontariato infermieristico, come non è pensabile che il medico di medicina generale prescrivere cure che poi il cittadino non riesce ad avere perché mancano infermieri volontari. Proprio per evitare confusioni e disparità l'ordine degli infermieri ha voluto tutelare i cittadini, chiarendo che il sistema non può reggersi sul volontariato programmato, ma ciò che viene programmato deve essere remunerato, deve trovare professionisti che se ne assumano il compito e le relative responsabilità, per garantire servizi erogati con continuità. Non è nemmeno pensabile che lo strumento del volontariato venga visto come la possibilità di erogare servizi considerati indispensabili per la popolazione, ma visti i problemi di bilancio, non programmabili ed erogabili. Non è quindi il tentativo di rendere la sanità un mercato redditizio, che ha spinto l'ordine degli infermieri a creare dei paletti così chiari rispetto al problema del volontariato, quanto l'aver colto l'importanza che lo stato italiano, attraverso la sua costituzione, dà al diritto alla salute per tutti i cittadini.

In questo modo nessuno mette in dubbio l'importanza, anche e soprattutto a livello culturale, del volontariato.

Siamo professionisti responsabili, tanto sul piano morale, quanto sul piano legale e dobbiamo e vogliamo rispondere nel modo migliore possibile ai bisogni di salute che la popolazione manifesta, ma non possiamo essere lasciati soli in questa impresa. La costituzione ha indicato la strada, noi siamo pronti a fare la nostra parte, abbiamo già da tempo proposto e chiesto ambulatori infermieristici convenzionati con il sistema sanitario nazionale e l'istituzione dell'infermiere di famiglia.

Queste crediamo siano le strade serie e valide da percorrere per garantire il diritto alla salute a tutti.

*Per la Commissione Esercizio Professionale
Oreste Ronchetti VicePresidente*



Pubblichiamo un estratto del Parere del Consulente Legale Avv. Mario Lavatelli in merito al problema del Volontariato Infermieristico:

Ai sensi dell'art. 35 del Codice Deontologico degli infermieri "l'infermiere può svolgere forme di volontariato con modalità conformi alla normativa vigente: è libero di prestare gratuitamente la sua opera, sempre che questa avvenga occasionalmente".

Le condizioni per l'esercizio dell'attività di volontariato, pertanto, sono due: 1) conformità dell'attività alla normativa vigente; 2) occasionalità della prestazione dell'infermiere.

Secondo quanto riferito, i servizi attivati presso alcuni Comuni della Provincia avrebbero carattere continuativo e non saltuario.

Ovviamente, la continuità della prestazione deve essere valutata con riferimento non all'attività nel suo complesso, ma alla prestazione dell'iscritto.

Ove sia prevista una vera e propria turnazione degli infermieri, a periodicità costante, la condotta di questi si porrebbe in violazione del codice deontologico.

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Deontologico, infatti, "le norme deontologiche del presente codice

sono vincolanti: la loro inosservanza è punibile con sanzioni da parte del Collegio professionale". Si aggiunga che, se gli infermieri eseguissero le loro prestazioni presso tali strutture in modo continuativo, secondo la turnazione stabilita dall'ente, potrebbe dubitarsi se sia configurabile o meno un rapporto di lavoro subordinato.

Deve escludersi invece che i servizi attivati dai Comuni, se conformi alla normativa sul volontariato, si pongano in concorrenza sleale con gli esercenti la libera professione.

La costituzione promuove (e la normativa in materia ne costituisce attuazione) la mutualità come scopo "senza fini di speculazione privata" (art. 45 Cost.) e tutela i diritti dell'uomo "sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità" (art. 2 Cost.).

Secondo la giurisprudenza amministrativa "...le Associazioni di volontariato hanno particolare posizione nell'ordinamento, che ne favorisce l'apporto ausiliario della P.A. ma senza alcuna loro assimilazione alla logica di mercato".

25

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
- ▷ LA QUOTA NON È RIMBORSABILE

Collegio IPASVI Como - Scheda di iscrizione per eventi formativi

Titolo evento Data

Cognome Nome

Indirizzo

Recapito telefonico

Data e luogo di nascita

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**.



Libera professione e privacy

A cura della Commissione Libera Professione

26

Il Codice sulla Privacy approvato nel 2003 (D. Lgs. 196/03) riunisce in un testo unico la vecchia norma¹ e tutta una serie di modifiche normative, pronunciamenti e circolari accumulate negli anni successivi oltre ad accogliere le nuove esigenze connesse all'evoluzione delle tecnologie.

Lo scopo però è comunque sempre lo stesso: garantire i diritti e le libertà fondamentali, la dignità della persona interessata e la protezione dei dati personali².

Deve adempiere ai nuovi obblighi chiunque tratti dati personali cioè aziende, **professionisti** e ordini professionali, cooperative e associazioni, enti pubblici (comuni, scuole ...), ospedali.

Per **dati personali** si intendono informazioni relative a persona fisica, persona giuridica, ente, associazione che siano identificate o identificabili.

I **dati identificativi** invece consentono l'identificazione diretta dell'interessato.

I **dati giudiziari** sono informazioni che rivelano la qualità di indagato o di imputato o comunque informazioni contenute nel Casellario Giudiziale riferite al titolare.

I **dati sensibili** infine sono elementi che rivelano origine razziale, credo religioso, vita sessuale, adesione a partiti o associazioni, lo stato di salute.

Questi dati devono essere

- Trattati in modo lecito e secondo correttezza
- Raccolti e registrati per scopi espliciti (da dichiarare all'interessato)
- Esatti e aggiornati
- Pertinenti, completi e non eccedenti rispetto allo scopo
- Conservati per un periodo non superiore a quello necessario agli scopi.

Il titolare dei dati, ossia chi li acquisisce e li conserva, ha il dovere di individuare i soggetti che tratteranno i suoi dati (altri colleghi, commercialista, consulente del lavoro, banca dati esterna ...) e deve elaborare un documento (il Documento Programmatico sulla Sicurezza - DPS) in cui dichiara chi tratta i dati, come vengono trattati, quali sono i sistemi

di difesa dal rischio di diffusione o asportazione dei dati e altro ancora. Il tutto allo scopo di mettere a conoscenza gli interessati sul percorso che faranno le informazioni che li riguardano.

Per questo ogni libero professionista deve redigere il DPS ma anche fornire all'interessato una informativa sintetica (art. 13 D. Lgs. 196/03) e deve acquisire il consenso di quest'ultimo al trattamento dei propri dati personali (art. 24). Per i lavoratori dipendenti infatti il problema non si pone in quanto è l'azienda a produrre il DPS e ad acquisire il consenso del paziente (magari attraverso lo stesso professionista dipendente). I professionisti della Sanità sono esentati dalla comunicazione al Garante ma devono comunque dichiarare nel DPS e nell'informativa gli elementi sinteticamente elencati sopra così che chiunque, se interessato, possa sapere se e come vengono trattati i suoi dati. Si tratta ovviamente di un evento raro che il paziente chieda di leggere il DPS di un professionista ma ciò non esime nessuno - singoli, studi associati, imprese, ordini professionali - dal dare una risposta positiva a tale richiesta poiché si tratta dell'esercizio di un diritto.

Perché allora un libero professionista dovrebbe adeguarsi al nuovo Codice della Privacy? Lo dovrebbe fare almeno per evitare le sanzioni amministrative (da 30.000 a 60.000 euro) o le pene (fino a tre anni di reclusione più le sanzioni decise dal Collegio IPASVI di appartenenza). Tutto sommato però vale la pena di allargare lo sguardo e di pensare che adeguandosi alla norma si valorizzano i propri servizi, si tutela maggiormente la riservatezza dei propri pazienti e quindi si aumenta la fiducia dei propri clienti.

In realtà rispettare i diritti del paziente, compreso quello alla riservatezza e alla tutela dei dati personali stabilito dal D. Lgs. 196/03, non è tanto solo una strategia aziendale o un elemento di prudenza per mettersi al sicuro da pesanti sanzioni o pene, ma soprattutto un dovere deontologico³ preciso e normativamente ben definito che tutela il professionista e il paziente che a lui si affida.

¹ Legge 675 del 1996

² D. Lgs. 196/03 art 2

³ Codice Deontologico dell'Infermiere, art. 4 c. 6 "L'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati si limita a ciò che è pertinente all'assistenza." e comma 8 "L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui".



COMMISSIONE FORMAZIONE

Attività del primo semestre 2006

Nel mese di aprile è stato effettuato il corso "Stress, burnout e mobbing", con un buon ritorno di partecipanti e gradimento; il corso di informatica di base, con anch'esso buon numero di partecipanti e gradimento; il corso informativo relativo alla Legge 1 febbraio 2006 n.43 in concomitanza all'assemblea degli iscritti.

In progetto altri corsi per il secondo semestre, che troverete elencati in questo numero, più altri che verranno comunicati nel numero di settembre di Agorà.

Ad ogni corso viene regalato, a un partecipante, l'abbonamento annuale ad una rivista specialistica infermieristica.

Cogliamo l'occasione per ricordare di compilare sempre la scheda dei dati relativa all'iscrizione e ad effettuare il pagamento entro 5 giorni dalla conferma, inviando fax della ricevuta del bollettino da conferma dell'avvenuto pagamento.

Auguriamo a tutti buone vacanze e buon rientro a settembre con i nostri corsi.

La Commissione Formazione

27

Costo:

€ 100,00 per iscritti al Collegio IPASVI di Como

€ 200,00 per iscritti ad altri Collegi IPASVI

Destinatari:

Infermieri, Infermieri Pediatrici/Vigilatrici D'Infanzia, Assistenti Sanitari

Posti a disposizione:

n. 13 IPASVI Como

n. 2 IPASVI iscritti ad altri Collegi Ipasvi

Data apertura

iscrizioni:

mercoledì 6

settembre 2006 e

fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Corso di informatica

in collaborazione con ENAIP Lombardia

Como, Enaip via Dante, 127

Word avanzato, PowerPoint, Internet - e-mail

8 incontri

Ottobre: martedì 3 - venerdì 6 - martedì 10

venerdì 13 - martedì 17 - venerdì 20 - martedì 24 - venerdì 27

15:30-18:30

Prerequisiti:

competenze informatiche di base relative al sistema operativo Windows e all'applicativo Word

Obiettivi:

utilizzare le funzioni avanzate di Word e il web a fini professionali; acquisire competenze per produrre lucidi per lavagna luminosa e presentazioni multimediali per videoproiettore



Costo:

€ 90,00 per iscritti al
Collegio IPASVI di
Como
€ 180,00 per iscritti
ad altri Collegi IPASVI

Destinatari:

Infermieri, Infermieri
Pediatrici/Vigilatrici
D'Infanzia, Assistenti
Sanitari

Posti a disposizione:

n. 18 IPASVI Como
n. 2 IPASVI iscritti ad
altri Collegi Ipasvi

Data aperturaiscrizioni:

**mercoledì 19 luglio
2006** e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Corsi di lingua inglese - Elementary level

Como, Enaip via Dante, 127

Elementary level

12 incontri settimanali

Settembre: giovedì 14 - giovedì 21 - giovedì 28

Ottobre: giovedì 5 - giovedì 12 - giovedì 19 - giovedì 26

Novembre: giovedì 2 - giovedì 9 - giovedì 16 - giovedì 23 - giovedì 30

16:00-19:00

Costo:

€ 120,00 per iscritti
al Collegio IPASVI di
Como
€ 240,00 per iscritti
ad altri Collegi IPASVI

Destinatari:

Infermieri, Infermieri
Pediatrici / Vigilatrici
D'Infanzia, Assistenti
Sanitari

Posti a disposizione:

n. 18 IPASVI Como
n. 2 IPASVI iscritti ad
altri Collegio Ipasvi

Data aperturaiscrizioni:

**mercoledì 19 luglio
2006** e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Corso di lingua inglese - Intermediate level

Como, Enaip via Dante, 127

Intermediate level

12 incontri settimanali

Settembre: lunedì 18 - lunedì 25

Ottobre: lunedì 2 - lunedì 9 - lunedì 16 - lunedì 23 - lunedì 30

Novembre: lunedì 6 - lunedì 13 - lunedì 20 - lunedì 27

Dicembre: lunedì 4

16:00-19:00

Prerequisiti: aver frequentato il corso elementary level oppure avere una sicura conoscenza di base della lingua inglese



Costo:

€ 20,00 IPASVI

Como

€ 40,00 IPASVI iscritti
ad altri Collegi

Destinatari:

Infermieri, Infermieri
Pediatrici/Vigilatrici
D'Infanzia, Assistenti
Sanitari

Posti a disposizione:

n. 27 IPASVI Como

n. 3 IPASVI iscritti ad
altri Collegi

Data apertura

iscrizioni:

giovedì 20 luglio

2006 e fino ad
esaurimento posti
(vedi modalità iscri-
zioni eventi formativi)

Crediti ECM n. 8

Privacy per infermieri e personale Sanitario: Il D. Lgs. 196/2003

In collaborazione con Associazione Farmacisti
non Titolari di Como e Lecco
Como - Centro Cardinal Ferrari, viale C. Battisti 8

28/29 settembre 2006

Docente: dott. Giovanni Casiraghi
Tutor d'aula: Dott.ssa Giuliana Marini

28 settembre 2006

14.45 - 15.00

▷ Registrazione dei corsisti e apertura del corso

Pre test

15.00 - 16.00

▷ Cominciamo dal Codice (della privacy)

16.00 - 17.00

▷ Le regole generali e specifiche

17.00 - 18.00

▷ Per continuare: il consenso (informato) e i dati

18.00 - 18.30

▷ Discussione d'aula

18.30 - 18.45

▷ "PosTest" e chiusura prima giornata

29 settembre 2006

14.30 - 15.30

▷ La forma del consenso e dell'informazione

15.30 - 16.30

▷ Per concludere: tra privacy e tecnologia cosa rimane

16.30 - 18.00

▷ L'information technology

18.00 - 18.30

▷ Discussione d'aula

18.30 - 18.45

▷ "PosTest" - Test gradimento corso



"L'immagine dell'infermiere: ieri e oggi..."

Il progetto del concorso fotografico è nato per promuovere la giornata internazionale dell'infermiere (12 maggio 1820 è nata Florence Nightingale). Dal 1992 la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha voluto sostenere quest'iniziativa con la diffusione di manifesti che rilevano l'impegno degli infermieri italiani sui temi della solidarietà e dell'alleanza con i pazienti e le loro famiglie. Tutti gli slogan affermano il senso della scelta di una professione al servizio del cittadino. Nel 1996 la giornata dell'infermiere lancia il PATTO INFERMIERE-CITTADINO, che sarà in seguito recepito come premessa del nuovo codice deontologico del 1999. Lo scopo del concorso fotografico è di illustrare il sentimento di rinnovamento e di cambiamento di una professione:

"chi si misura con il percorso di sviluppo della propria professione, deve, periodicamente, voltarsi indietro per non smarrire il senso delle proprie scelte e la memoria della storia.

Il percorso a ritroso è la base culturale di quello in prospettiva ed è la valorizzazione del nostro vissuto. Il prima, dunque è sempre necessaria premessa del dopo.

G. Marmo"

Con la fotografia si può documentare il cambiamento della nostra professione: le immagini raccontano il lungo percorso seguito e vogliono essere una traccia della nostra storia... Si è potuto ottenere grazie al vostro contributo per questo motivo ringraziamo tutti gli autori per le opere inviate.

La premiazione si è svolta il 21 maggio alle ore 12.00 in Piazza Grimaldi, presso il gazebo di Como Cuore:

1° premio: Elisa Moretti una telecamera digitale.

2° premio: Tommaso Mercone un lettore DVD recorder.

3° premio: Anna Maria Alessi un lettore DVD portatile.

VERBALE DELLA COMMISSIONE ESAMINATRICE DEL 1° CONCORSO DI FOTOGRAFIA IPASVI COMO: "L'immagine dell'infermiere: ieri e oggi..."

La giuria del primo Concorso di fotografia IPASVI COMO "L'immagine dell'infermiere: ieri e oggi..." composta da:

- equipe di fotografi del Fotolaboratorio RM70 di Montorfano R. e D.
- equipe del Comitato di redazione di Agorà.

riunitasi in data 20 maggio 2006, presso la sede del Collegio IPASVI COMO, in via C. Battisti 8 Como, allo scopo di esaminare le 23 opere pervenute da parte di 7 autori e dopo un attento, scrupoloso e ripetuto esame dei lavori partecipanti, ha deciso di assegnare i premi in palio come segue:





- Primo classificato: **Elisa Moretti** autore per l'opera **"L'ultimo controllo per le camere e poi buona notte!"**, con la seguente motivazione: la foto suscita in noi una sensazione di inquietante ambiguità con le tonalità dei suoi colori che avvolgono il tutto in un alone di insondabile mistero. "Starti vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano".



- Secondo classificato: **Tommaso Mercone** autore per l'opera **"nessun titolo presentato"** con la seguente motivazione: la foto colpisce per l'evidente distinzione che esisteva fra il medico e l'infermiere, non vi era una vera e propria collaborazione. La spontaneità della foto le attribuisce un valore degno di nota.





- Terzo classificato: **Anna Maria Alessi** autore per l'opera **"La comunicazione e lo scambio interculturale sono alla base per un'assistenza infermieristica ottimale in una società multietnica"**, con la seguente motivazione, la foto fa vivere in noi una sensazione di una relazione che s'intreccia con persone di diverse culture. "Individuare i tuoi bisogni d'assistenza, condividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi".

La giuria desidera fare una menzione speciale a **Lucia Ostinelli**. Per la particolare dedizione che emerge dalla relazione ricercata tra le foto e gli estratti del Codice Deontologico posti come didascalia.



"L'immagine dell'infermiere di oggi..."

«Io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a... INSEGNARTI quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel rispetto delle tue scelte e stile di vita»

L'infermiere mostra alla persona assistita e al familiare come eseguire il test di autocontrollo della glicemia e spiega quali comportamenti e condotte alimentari favoriscono il miglior controllo del diabete per prevenire le complicanze.

*Le foto sono esposte
nella Biblioteca
del Collegio IPASVI di Como.*



Direttore Responsabile: Citterio Stefano

Responsabile Comitato di Redazione:

Citterio Stefano

Componenti: Belluschi Valeria, Pozzi Paola, Silvia Villa

Segreteria di Redazione:

Sereni Daniela, Zanini Daniela

Sede, Redazione, Amministrazione:

Collegio IPASVI - Viale C. Battisti, 8 - 22100 Como

Proprietario: Collegio IPASVI - Como

Impaginazione e stampa:

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

Numero chiuso il 29 giugno 2006

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) e 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.

Informativa e richiesta consenso per trattamento di dati personali

Documento informativo ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13, D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 In osservanza al D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Testo unico Privacy), siamo a fornirle le dovute informazioni in ordine alle finalità e modalità del trattamento dei Suoi dati personali, nonché l'ambito di comunicazione e diffusione degli stessi, alla natura dei dati in nostro possesso e del loro conferimento.

Finalità del trattamento per le quali si concede consenso laddove richiesto (art. 23 D. Lgs. 196/03)

- attività strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti
- attività formative e/o altre iniziative connesse alla finalità istituzionali del Collegio
- attività contabile (emissione di fatture, predisposizione di pagamenti) ed eventuale trasferimenti dati all'estero anche in paesi non U.E.

Modalità del trattamento

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, con modalità e strumenti volti a garantire la massima sicurezza e riservatezza, ad opera di soggetti di ciò appositamente incaricati in ottemperanza a quanto previsto dagli artt. 31 e segg. D.Lgs 196/03

Ambito di comunicazione e diffusione

I Suoi dati, oggetto del trattamento, non saranno diffusi, potranno essere invece comunicati a società collegate al Collegio IPASVI, all'estero e nei limiti di legge al fine di ottemperare ai contratti o finalità connesse a terzi appartenenti alle seguenti categorie:

- soggetti che forniscono servizi per la gestione del sistema informativo del Collegio IPASVI e delle reti di telecomunicazioni (ivi compresa la posta elettronica);
- società di servizi per l'acquisizione, la registrazione ed il trattamento di dati provenienti da documenti, o supporti forniti ed originati dagli stessi clienti ed aventi ad oggetto lavorazioni massive relative a pagamenti, effetti, assegni ed altri titoli;
- soggetti che svolgono attività in convenzione con il Collegio (es. attività formative)
- studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza;
- soggetti che svolgono adempimenti di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere da Collegio IPASVI anche nell'interesse dell'iscritto.

I soggetti appartenenti alle categorie suddette svolgono la funzione di Responsabile del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti Titolari del trattamento. L'elenco di eventuali responsabili è costantemente aggiornato e disponibile presso la sede del Collegio IPASVI.

Ogni ulteriore comunicazione o diffusione avverrà solo previo Suo esplicito consenso.

Natura del conferimento

Il conferimento dei dati è per Lei facoltativo, in mancanza, il Collegio IPASVI, potrà tuttavia trovarsi nell'impossibilità di fornire i servizi stessi, necessari per l'assolvimento di obblighi di legge.

Il titolare rende noto, inoltre, che l'eventuale non comunicazione, o comunicazione errata, di una delle informazioni obbligatorie, ha come conseguenze emergenti:

- l'impossibilità del titolare di garantire la congruità del trattamento stesso ai patti contrattuali per cui esso sia eseguito;
- la possibile mancata corrispondenza dei risultati del trattamento stesso agli obblighi imposti dalla normativa fiscale, amministrativa o del lavoro cui esso è indirizzato.

Lei potrà far valere i propri diritti come espressi dall'art. 7, 8, 9 e 10 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, rivolgendosi al titolare (oppure al responsabile, se nominato) del trattamento.

Art. 7. Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Titolare del trattamento dei dati è il Presidente del Collegio IPASVI di Como. Per ogni comunicazione è possibile scrivere via email a info@ipasvicomo.it oppure a: Collegio Ipsavi di Como viale C. Battisti, 8 - 22100 Como, possibilmente a mezzo raccomandata.

Como, marzo 2006





BACHECA



34

AZ. OSPEDALIERA S. ANNA

- Corso di formazione BLS Esecutore IRC-ERC per categoria B
- Corso basic life support e defibrillazione precoce
Info: formazione.como@hsacom.org - tel. 031/5854169 /4161 - fax. 031/5854163

ANVER

- Corso di formazioni in bioetica - Dobbiaccio (Bz) 24 agosto - 3 settembre 2006
Info: anver@mclink.it - tel. 06/4070789 - fax 06/4076279

SERVIZIO ASSOCIATO RIZZI - TETTAMANTI E ASSOCIATI

- Triage pediatrico: competenze e responsabilità infermieristiche - Chivasso (To) 16 settembre 2006
Info: formazione@srt.it - tel./fax 0331/235181 - cell. 338/7143824

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA ROMAGNA

- La "normale" complessità del venire al mondo - 28/30 settembre 2006 Modena
Info: v.grotti@planning.it - tel. 051/300100 051/309477

VIDAS

- Alleanza terapeutica nella terminalità: quanto è utopia? È possibile un percorso? 22 settembre 2006
 - Idratare per "vivere" o per "annegare"? Quale scelta nella terminalità? 20 ottobre 2006
- Sede dei Corsi Milano*
Info: csf@vidas.it www.vidas.it - tel. 02/72511218 - fax 02/72551237

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA ROMAGNA

- Corso teorico pratico di assistenza infermieristica del paziente con arteriopatia agli arti inferiori - Bologna 12/13 ottobre 2006
Info: corsi.angiologia@ausl.bologna.it - tel. 051/396138 396133 - fax 051/396138 391623

GIMBE

- Corso avanzato Evidence-Based Nursing - ottobre/dicembre 2006
Info: ecm@gimbe.org - tel. 051/18899576 - fax 051/3371343

AISeC

- La detersione ed antisepsi nella gestione della cute, delle ulcere cutanee e delle problematiche associate - Pavia 28 ottobre 2006;
- L'infermieristica basata sulle evidenze: linee guida per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione - S. Giovanni Lupatoto (Vr) 12/13 ottobre 2006;
- Formatori per la prevenzione dei danni da movimentazione dei pazienti a rischio di lesioni da pressione - S. Giovanni Lupatoto (Vr) 26/27 ottobre 2006
Info: segreteria@aislec.it - www.aislec.it - tel. 340/1644020 - fax 0342/710375

SICIP

- Assistenza al malato terminale - cure palliative cure di fine vita Piediluco (Tr)
1° sessione 07-10 settembre 2006
2° sessione 21-24 settembre 2006
3° sessione 05-08 ottobre 2006
4° sessione 09-12 novembre 2006
Info: info@corsicurepalliative.com - tel. 334/8462373

LAURI FORMAZIONE

- Triage in pronto soccorso - corso base - 3 luglio 2006
- Preparazione e somministrazione dei farmaci antitumorali - 4 luglio 2006
- La gestione dei conflitti come fattore di qualità assistenziale - 4 luglio 2006
- Le funzioni manageriali dell'infermiere con responsabilità di coordinamento - 5 luglio 2006



- Il politraumatizzato: approccio e trattamento in pronto soccorso - 6 luglio 2006
- Linee guida, protocolli e procedure per la prassi assistenziale - 6 luglio 2006
- Pianificazione dell'assistenza infermieristica - 7 luglio 2006
- Il controllo delle emozioni come fattore di qualità assistenziale - 11 luglio 2006
- L'infermiere e il buon morire - 12 luglio 2006
- Le aree critiche nella comunicazione interpersonale - 12 luglio 2006

Info: info@lauriedizioni.com - www.lauriedizioni.com - tel. 02/531014-02/5398509 - fax 02/531067

FORMAZIONE IN AGORA

- Essere professionista: l'infermiere con funzioni di coordinamento - caposala - Padova 19/20 settembre 2006
- Management infermieristico: corso base analisi organizzativa - Padova 21/22 settembre 2006
- Cartella clinica infermieristica: progetti ed esperienze aziendali a confronto - Padova 5/6 ottobre 2006
- Infermiere e processo di assistenza: accertamento infermieristico - Padova 17/18 ottobre 2006
- Leggamolalegge: l'evoluzione normativa professionale infermieristica in Italia - Padova 19/20 ottobre 2006
- Management infermieristico: integrazione organizzativa della risorsa umana - Padova 24/25 ottobre 2006
- Linee guida, procedure e protocolli per l'assistenza infermieristica - Padova 26/27 ottobre 2006

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

FONDAZIONE MADDALENA GRASSI

- La cura al domicilio della persona con malattia di Alzheimer e demenza non Alzheimer - Milano 3 ottobre 2006; Milano 4 ottobre 2006
- Riabilitazione domiciliare di pazienti affetti da malattia ischemica cerebrale - Milano 20 ottobre 2006; Milano 21 ottobre 2006; Milano 22 ottobre 2006

Info: lucia.aicardi@fondazionemaddalenagrassi.it - tel. 02/29522002 - fax 02/20402169

CEREF - Centro Ricerca e Formazione Padova - Corsi per Infermieri 2006

CLINICA DEL NURSING

- La relazione di aiuto con persone in situazione di handicap - 5/6 ottobre 06
- Gestire l'incontinenza urinaria: tecniche infermieristiche - 10/11 ottobre 06
- Posizionamento, movimentazione e trasporto del neonato sano e critico - 11 ottobre 06
- Contenzione della contenzione - 17 ottobre 06
- Rapporti familiari e disabilità - 23/24 ottobre 06

NURSING SALUTE MENTALE

- Strumenti ed evidenze per il nursing psichiatrico - 28 settembre 06
- Depressione e rischio di suicidio: assistenza infermieristica mirata ed efficace - 29 settembre 06

GESTIONE E ORGANIZZAZIONE

- Lavorare con i gruppi. Programmazione realizzazione e conduzione - 21/22 settembre 06
- Management infermieristico III: gestire l'équipe di lavoro - 10/11 ottobre 06
- Risk management: come monitorare, gestire i processi critici ed analizzare le cause profonde degli eventi avversi nella clinica - 27 ottobre 06

NURSING PER L'ANZIANO

- L'assistenza all'anziano fragile e l'attività fisica terapeutica - 12 ottobre 06
- Gli ausili per l'anziano disabile: uso efficace - 13 ottobre 06
- Assistenza infermieristica per la corretta funzionalità intestinale dell'anziano - 18 ottobre 06

METODOLOGIA DEL NURSING

- Accertamento e valutazione dei bisogni di assistenza: modelli, metodi e strumenti - 5/6 ottobre 06
- Indicatori di unità operativa di interesse infermieristico - 20 ottobre 06

TERAPIE COMPLEMENTARI

- Nursing avanzato per l'assistenza al bambino con dolore - 10 ottobre 06
- Nursing avanzato al paziente anziano con dolore - 11 ottobre 06

Sede dei Corsi: Padova

Info: segreteria@ceref.it - www.ceref.it - tel. 049/8804827 - fax 049/8803646

UNIVERSITÀ CAMPUS BIO-MEDICO ROMA

- Master biennale in Management Infermieristico 2006/2008

Info: m.noro@unicampus.it - tel. 06/22541308 - fax 06/22541313



GIORNATA
INTERNAZIONALE
DELL'INFERMIERE
12 MAGGIO 2006



PIÙ INFERMIERI = PIÙ SALUTE