



Ottobre 2006 - N. 32

Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB - Como

La rivista è consultabile sul sito www.ipasvicomo.it



Legge 43/2006 in un vicolo cieco?

Il Governo non approva la delega prevista, rinviandola di un anno

di Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

«All'articolo 4, comma 1 della Legge 1 febbraio 2006, n. 43 le parole "sei mesi" sono sostituite dalle seguenti "diciotto mesi"». È questo il testo del DDL licenziato dal Consiglio dei Ministri del 31 agosto u.s. con il quale il Governo ha rinviato al settembre dell'anno prossimo il termine della delega per l'Istituzione degli Ordini per tutte le professioni sanitarie (22 profili - circa 500 mila operatori interessati) prevista appunto dalla legge 43/2006.

Le motivazioni ufficiali, dichiarano che il rinvio è "per non vanificare il lavoro già svolto e dare concreta risposta alle categorie interessate che attendono tale regolamentazione" e, soprattutto, per "ricollegare la regolamentazione del settore all'interno della annunciata più ampia riforma di tutti gli Ordini professionali".

Le giustificazioni del blocco "sono deboli e appaiono generiche e poco attente alla specificità delle professioni sanitarie", ha commentato Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, che evidenzia le divisioni emerse nel Consiglio dei Ministri: "Da una parte abbiamo i sostenitori delle liberalizzazioni, del mercato, e della necessità di superare l'anacronismo degli Ordini, dall'altra i sostenitori dell'innovazione degli Ordini cui riconoscere le funzioni di verifica dell'idoneità all'esercizio professionale, del mantenimento delle competenze e della deontologia nei comportamenti professionali, il tutto a tutela del Cittadino".

Secondo il Sole24Ore Sanità, a dire "no" a nuovi Ordini sarebbero stati, in particolare, il Vice-Presidente Rutelli sostenuto da Amato, Bonino, Lanzillotta e Bersani. Solo l'intervento di mediazione di Massimo D'Alema, a sostegno del Ministro Turco, avrebbe "strappato" la delega di un anno.

Tutto ciò a pochi mesi dall'approvazione condivisa della Legge 43 (votata da maggioranza e opposizione, con la sola astensione di Rifondazione Comunista) e dopo un'estate intensa di incontri e discussioni per limare, con-

Editoriale

Legge 43/2006 in un vicolo cieco?
Il Governo non approva la delega
prevista, rinviandola di un anno

2

Professione e Responsabilità

Errori professionali e profili
di responsabilità degli infermieri
2° parte

4

È evidente che...

La gestione degli accessi vascolari
centrali

7

Etica e deontologia

Infermieri e codice deontologico

15

Infermieristica e Cure Complementari

Cos'è la Reflexologia

18

Dal coordinamento regionale dei
Collegi IPASVI della Lombardia

21

Sintesi delle principali modifiche appor-
tate dalle nuove linee guida per la
Rianimazione Cardiopolmonare Base e
Defibrillazione eseguita in soggetti adulti

25

News from the web

31

Eventi formativi

34

Poesia: Tic tac-tic tac

41

Notizie in pillole

42

Bacheca

46



cordare e definire una "bozza" accettabile del Decreto di attuazione della Delega tra i rappresentanti delle 22 Professioni, capitanati da Silvestro, e il Ministero della Salute (vedi www.ipasvi.como.it per le diverse bozze e osservazioni), disattendendo quindi gli impegni presi.

Neppure l'appello pubblicato su "Repubblica" del 30 agosto, preceduto da una lettera/appello al Ministro della Salute, ha sortito l'effetto sperato. A questo punto la preoccupazione che tutto finisca in una bolla di sapone esiste.

Va evidenziato che in questa partita sia le posizioni di partenza che le aspettative erano differenti tra le diverse famiglie di professioni.

Infermieri, Assistenti Sanitari, Ostetriche e Tecnici di Radiologia hanno già una regolamentazione in Albi e Collegi (che si distinguono dagli Ordini solo per questioni terminologiche, avendo i medesimi riferimenti normativi), mentre per le altre professioni si tratta di ottenere una rappresentanza istituzionale.

A tutto ciò aggiungerei il fatto che nonostante vi sia una equiparazione in termini normativi fra tutte le 22 professioni interessate (vedi legge 42/99, legge 43/06, livello formativo richiesto, definizione del profilo...), in realtà vi è una differenza rilevante in termini di specificità professionale, di campo proprio di attività e responsabilità, di possibilità di autonomia, questo al di là della semplice considerazione relativa alla consistenza numerica delle diverse figure.

In questo senso è comprensibile la perplessità ad attribuire a tutte le figure Albi e relativi Ordini professionali. Forse però è troppo tardi, a meno che non si metta mano alla regolamentazione complessiva di tutte le professioni sanitarie: ipotesi alquanto improbabile.

A mio parere andrebbe comunque effettuata una differenziazione all'interno delle 22 professioni, cominciando, ad esempio, da chi già ha una rappresentanza istituzionale definita e chi invece non la possiede.

Ma quale è la partita in gioco? Che rilevanza hanno/possono assumere gli Ordini professionali?

Senza voler scomodare la sociologia delle professioni o l'epistemologia, partirei da una semplice considerazione: la particolarità della relazione esistente tra il professionista e l'utente che vi si rivolge, soprattutto nel campo della salute. Questa disparità di condizione mi pare già di per sé sufficiente a richiedere l'esistenza di un "ente terzo" che possa garantire il Cittadino (e la collettività) circa i requisiti, le competenze e la professionalità di chi gli fornisce la prestazione richiesta.

Questo "ente terzo" può e deve poter intervenire sul pro-

fessionista per contribuire a definire e valutare il curriculum formativo, i percorsi di aggiornamento e sviluppo, il mantenimento dei requisiti per l'esercizio, il rispetto della deontologia professionale. Il tutto finalizzato a garantire il migliore servizio ai cittadini beneficiari e a favorire la libera espressione della professionalità.

Questo "ente terzo" per poter svolgere queste funzioni deve necessariamente essere costituito dai professionisti stessi, i quali, in virtù della competenza specifica possono esercitare realmente queste attività, garantendo al contempo lo sviluppo delle conoscenze e la libera espressione del professionista.

Al momento, non vi sono altri soggetti in grado di svolgere queste funzioni, ciascuno (il Cittadino, lo Stato, il Sindacato, l'eventuale datore di lavoro, il singolo professionista) ha compiti e responsabilità differenti che possono/devono integrarsi con quelle in discussione, senza

l'esercizio delle quali mancherebbe un tassello importante nell'intero sistema professionale e dei servizi alla persona.

Ora, se questo ente lo vogliamo chiamare Ordine o chissà come, poco importa, quello che conta è che queste funzioni siano assolve da qualcuno. Questo qualcuno deve essere, ovviamente, dotato di tutti gli strumenti per poterle esercitare. Questo è il vero punto di discussione della delega in oggetto. È chiaro che un Ordine professionale senza strumenti utili per l'espressione delle proprie funzioni non serve a nessuno. Su questo punto, in verità, la discussione estiva sul pos-

sibile decreto ha glissato completamente ed è stato trascurato clamorosamente da tutti i soggetti in causa.

Mi pare di poter affermare che tutto questo poco c'entri con i problemi circa la concorrenza, con il problema delle tariffe blindate, della pubblicità sanitaria, della creazione di lobby, di barriere eccessive all'ingresso della professione, ecc.

Questi temi sono estremamente importanti ma costituiscono "deformazioni patologiche" del sistema Ordinario, che, in alcuni ambiti, ha perso di vista l'origine delle sue funzioni concentrandosi solo su interessi di parte. Ma questo problema non si può affrontare semplicemente eliminando gli Ordini professionali, semmai va compreso come evitare queste "storture".

Anche in questo caso registro l'assenza di un dibattito serio su questo tema.

Per questi motivi vorrei che all'interno del nostro gruppo professionale si aprisse il dibattito su come rendere l'ordine uno strumento efficace per garantire qualità ed efficienza alle prestazioni e su come ridurre il rischio della deformazione del sistema ordinistico stesso.

Il testo del Ddl di Proroga

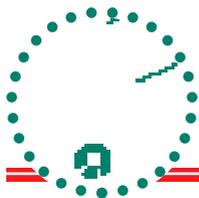
Articolo 1

All'articolo 4, comma 1 della Legge 1 febbraio 2006, n. 43 le parole "sei mesi" sono sostituite dalle seguenti "diciotto mesi".

Articolo 2

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.





Professione e responsabilità

Errori professionali e profili di responsabilità degli infermieri

2° parte

4

di Dott.ssa Barbara Mangiacavalli*

Questa affermazione sui limiti delle conoscenze non deve costituire, però, un principio di astensione ma rappresenta una tutela per la persona assistita cui spetta un'assistenza infermieristica fatta con la massima competenza. In questo senso, declinare la responsabilità significa farsi carico che altri più qualificati possano assumerne la presa in carico o, ad esempio, supervisionare una pratica nuova.

Dal punto di vista giuridico evocare il dover di "umiltà professionale" può anche fungere da esimente della colpa. Esiste un sottile equilibrio dell'agire etico-professionale che trova rispondenza anche sul piano degli obblighi giuridici: anche nel diritto la legalità dei comportamenti umani è data da un mix di doveri di fare e di astenersi. Ne consegue che sia l'eccessiva esuberanza che la renitenza possono essere entrambe sanzionate.

È intuitivo che laddove l'azione professionale fa parte di un preciso obbligo giuridico e rientra tra i doveri di servizio, la semplice astensione dal fare non è sufficiente anche se praticata al fine di evitare danni. È richiesta, invece, un'attività propositiva di reperimento delle risorse tecniche e professionali adeguate al fine di uscire dall'impasse.

Diversamente, sarebbe oggi difficile, in un ipotetico giudizio, impostare una valida difesa di un infermiere sull'affermazione che egli è un mero esecutore di ordini, senza alcuna capacità di "concetto" e senza alcuna possibilità di incidere su percorsi assistenziali predefiniti" (D.V. Gamba, in Linee di orientamento alla lettura del codice deontologico degli infermieri, a cura del Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI).

È evidente, allora, che l'errore ci riguarda e ci deve dare la possibilità di approcciarci agli errori non

con l'obiettivo di nasconderli per paura dell'aspetto medico-legale dell'evento bensì per raccogliarli, catalogarli, discuterne, analizzarne il processo, farne audit, letteratura, condivisione.

Di particolare interesse è un articolo pubblicato nel 2002 su Jona che propone una tassonomia degli errori individuali, della pratica e di sistema nell'assistenza infermieristica.

Un'indagine condotta da nove State Boards of Nursing ha permesso di identificare gli errori più frequenti, classificati poi in una tassonomia che racchiude otto categorie.

Le otto categorie di errori infermieristici che rappresentano un largo range di possibili errori e fattori contributivi o causativi sono le seguenti:

- Mancanza di attenzione
- Mancanza di interesse fiduciario
- Giudizio inappropriato
- Mancanza di interventi nell'interesse del paziente
- Errori terapeutici
- Mancanza di prevenzione
- Sbagli o equivoci di altri operatori
- Errori di documentazione

Vediamoli brevemente uno per uno cosa è emerso dalla ricerca.

La **mancanza di attenzione** è un buon esempio di una categoria di errori particolarmente rilevante nell'assistenza infermieristica perché la sicurezza del paziente dipende dal livello di attenzione degli infermieri alle condizioni cliniche del paziente e alla risposta alla terapia. La mancanza di attenzione può essere causata da problemi a livello di sistema quali livelli di organico insufficienti, elevato turnover, improvvisa modifica delle condizioni dei pazienti senza incremento dello "nursing staff".



La **mancaza di interesse fiduciario** è legata al fatto che ogni infermiere sviluppa un rapporto di fiducia con il paziente ed i familiari che si fidano delle conoscenze, delle abilità e dell'assistenza data. L'agente morale di riferimento è l'infermiera. È comunemente riconosciuto che una buona pratica assistenziale è quella che vede le azioni infermieristiche a difesa del paziente. Così l'agente morale si può considerare mancante quando non persegue l'interesse del paziente (l'infermiera non chiama il medico se i segni vitali del paziente sono critici).

Il **giudizio inappropriato** richiama alla competenza infermieristica di identificare la natura della situazione clinica e perseguire il processo di assistenza infermieristica utilizzando la conoscenza della situazione clinica. Gli errori si verificano quando ad esempio si malinterpretano segni e sintomi del paziente.

La **mancaza di interventi nell'interesse del paziente** richiama al concetto della colpa specifica di negligenza. Il venir meno del concetto di prendersi cura delle persone affidate.

Per quanto riguarda gli **errori terapeutici**, si identificano sette tipologie di errori:

- Sbagliare la dose del farmaco
- Sbagliare gli orari di somministrazione sia aumentandone che riducendone la frequenza
- Incremento di velocità di somministrazione
- Sbagliare concentrazione o dosaggio di somministrazione
- Sbagliare via di somministrazione
- Sbagliare farmaco
- Sbagliare paziente

La prevenzione del potenziale errore terapeutico è l'aspetto che maggiormente implica il ruolo degli infermieri. L'azione infermieristica è intermediaria tra il paziente e gli altri operatori sanitari, infine, l'infermiera è l'ultima persona che arriva al paziente e che può prevenire e riconoscere il potenziale errore terapeutico.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations identifica le seguenti fonti di errori terapeutici:

- Farmaci con nomi simili
- Farmaci con confezione simile
- Farmaci che non sono comunemente usati o prescritti
- Farmaci di uso comune a cui alcuni pazienti sono allergici

- Farmaci che richiedono test per assicurare che vengano mantenuti livelli appropriati.

La **mancaza di prevenzione** identifica la prevenzione di complicanze, di errori, di minacce alla sicurezza del paziente (prevenzione delle infezioni e delle complicanze da allettamento) quali significativi obiettivi di una buona assistenza infermieristica.

Per quanto riguarda gli sbagli o gli equivoci di altri operatori, questa categoria include tutti gli sbagli creati da confusione o errori di altri operatori che producono un intervento errato.

Tipico è la prescrizione verbale del medico; inutile richiamare alla responsabilità condivisa tra le due professioni perché, così come richiamato dal magistrato nella sentenza della Cassazione Penale n. 1878/2000 dove a seguito del decesso di una paziente per una prescrizione sostitutiva di un farmaco non corretta (verbale, errata nel dosaggio essendo questo diverso da quello del farmaco sostituito), ha stabilito che oltre ai precisi obblighi di garanzia del medico, nei confronti del paziente, l'infermiere è tenuto a chiedere chiarimenti al medico, essendo esigibile da parte dell'infermiere che l'attività di preparazione del flacone non sia prestata in modo meccanicistico, ma in modo collaborativo con il medico non per sindacare circa l'efficacia ma per richiamare i dubbi avanzati circa il dosaggio in presenza di variazione dello stesso.

Infine, per quanto riguarda gli **errori di documentazione**, l'articolo richiama alla cancellazione di procedure e trattamenti prima che questi siano completati; documentare azioni non effettuate (falso ideologico in atto pubblico), documentare in modo erroneo e alterare la documentazione (falso materiale in atto pubblico).

Quanto detto ci deve stimolare ad acquisire un approccio metodologico nuovo per gestire gli errori professionali, per evitare di nasconderli e banalizzarli ma per apprendere dall'errore. Solo così gli infermieri nel loro agire quotidiano mantengono un comportamento eticamente responsabile orientato a garantire la miglior assistenza possibile; in secondo luogo emerge come una buona pratica clinica ci impone di standardizzare e omogeneizzare i comportamenti al fine di ridurre quelle aree grigie dell'assistenza infermieristica



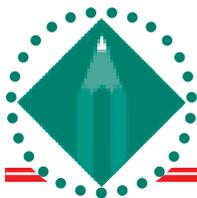
dove impera ancora l'eccessiva variabilità professionale: anche i codici penale e civile prevedono, tra gli obblighi delle professioni sanitarie, quello di dominare e contribuire a diffondere le informazioni rispetto al proprio patrimonio conoscitivo tra cui ad esempio i protocolli e le linee guida. Per quanto riguarda invece gli errori basati su mancanza o minore abilità e conoscenze, si deve fare appello all'impegno morale di ogni singolo professionista rispetto alla manutenzione della propria forma-

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

BIBLIOGRAFIA

1. Armitage G. et al, Adverse event in drug administration: a literature review, *Journal of Nursing Management* 2003; 11: 130-140.
2. Benci L., *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*, Mc Graw-Hill, Milano, 1998.
3. Benner P., Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing, *Jona*, 2002, 32:509-523.
4. Capalto G. et al., Competenze individuali e valore dell'organizzazione, in *Sviluppo & organizzazione*, 1992; 190: 87-107.
5. Casati M., *La documentazione infermieristica*, Mc Graw-Hill, Milano, 1999.
6. *Codice deontologico dell'infermiere*, 1999.
7. DM 739/94 "Regolamento concernente l'individuazione del profilo professionale dell'infermiere".
8. DM 70/97 "Regolamento concernente l'individuazione del profilo professionale dell'infermiere pediatrico".
9. Gamba D.V., Linee di orientamento alla lettura del codice deontologico degli infermieri, a cura del Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI.
10. Gamba D.V., Rischio professionale: "malpractice" e responsabilità, *Foglio Notizie* 1999; 3: pp. 11-14.
11. Karch A., The naked decimal point, *American Journal Nursing* 2001; 101(12): 22.
12. Keating D., Versatility and flexibility: Attributes of the Critical Incident Technique in nursing research, *Nursing and Health Sciences* 2002; 4:33-39.
13. Leape L., Error in medicine, *Jama* 1994; 272:1851-1868.
14. Leape L. et al, System analysis of adverse drug events, *Jama* 1995; 274(1): 35-43.
15. Legge 42/99 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".
16. Linda H. Aiken et al, Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *JAMA* 2002; 288(16): 1987-1993.
17. Lusignani M., Mangiacavalli B., Casati M., *Infermieristica generale e organizzazione della professione*, Masson, Milano, 2000.
18. Marellò G., L'evoluzione della responsabilità medica, in *Il medico e l'infermiere a giudizio*, Atti del Convegno Nazionale, Firenze, maggio 1998, pp. 9-17.
19. Martini M., *Aspetti medico-legali nelle scienze infermieristiche*, Utet, Torino, 1992.
20. Ministero della Salute, Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, *Risk Management in sanità; il problema degli errori*, Roma, marzo 2004.
21. Phillips J. et al, Retrospective analysis of mortalities associated with medications errors, *Am J Health-Syst Pharm* 2001; 58: 1835-1840.
22. Plevani L., Limitare l'errore di terapia attraverso la revisione del processo terapeutico, *Scenario* 2004; 21(2): 12-17.
23. Rodríguez D., La responsabilità e il triage infermieristico, *Scenario* 1999; 3: pp. 4-10.
23. 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.
24. Tilleul P. et al, Intravenous drug preparation practices: a survey in a French university hospital, *Pharm World Sci* 2003; 25(6): 276-279.
25. Vanzetta M, Valicella F., Errori e assistenza infermieristica, in *Management Infermieristico* 2003; 3: 28-35.





È evidente che...

La gestione degli accessi vascolari centrali

L'articolo di questo numero di Agorà rappresenta la sintesi di un lavoro svolto da un gruppo di infermieri dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna volto ad elaborare una procedura operativa sulla gestione degli accessi vascolari centrali.

Gruppo di lavoro:

Brenna Silvia (Dialisi S. Anna)

Capalbo Adriana (SITRA)

Rigamonti Laura (Rianimazione S. Anna)

Selva Franco (Rianimazione Cantù)

Valle Doriana (SITRA)

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

...le infezioni associate a terapia infusoriale sono da considerarsi una complicanza grave dell'assistenza erogata in ambito ospedaliero e la loro prevenzione è uno degli obiettivi centrali che il personale deve perseguire.

I cateteri intravascolari sono ormai diventati indispensabili nella pratica assistenziale, prevalentemente nelle terapie intensive, il loro uso determina però nei pazienti un rischio di complicanze infettive locali e sistemiche (infezioni locali, infezioni ematiche, trombo flebiti settiche, endocarditi...).

Per fornire un'idea della dimensione del problema "infezioni legate a cateteri intravascolari", si pensi che negli USA ogni anno vengono inseriti più di 150 milioni di dispositivi per la gestione di infusioni venose: la maggior parte di questi sono cateteri periferici e ben oltre 5 milioni sono cateteri venosi centrali (CVC).

La patogenesi delle infezioni da CVC non tunnelizzati è spesso legata a colonizzazioni extraluminari del catetere, che originano dalla cute e, meno comunemente, da disseminazione ematogena della punta del catetere; in altri casi è dovuta a colonizzazione intraluminale del raccordo e del lume del CVC. A confronto, per un CVC tunnelizzato o dispositivo impiantabile, la più comune via di infezione è la contaminazione del raccordo e l'infezione intraluminale.

I germi più comunemente responsabili delle infezioni dei cateteri periferici e dei CVC sono lo stafilococco coagulasi negativo, lo *S. aureus*, differenti specie di bacilli aerobi gram negativi e la *C. albicans*.

In una metaanalisi del 1995 furono analizzati oltre 2500 casi di setticemie: il tasso di mortalità fu del 14% ed il 19% di queste morti fu attribuito a infezioni connesse a cateterismo. In particolare, il tasso di mortalità per batteriemia dovuta a *S. aureus* (8,2%) superò in modo significativo quella degli altri patogeni.

Oltre all'evento sentinella della morte di una persona per infezione ospedaliera, le infezioni dovute a dispositivi intravascolari determinano anche un significativo aumento dei costi sanitari, della durata dell'ospedalizzazione, della morbilità dei pazienti.

I fattori di rischio infettivo dipendono da diversi elementi e sono in relazione al tipo di catetere utilizzato, alle dimensioni dell'ospedale, del reparto e del servizio, alla sede di inserzione, alla durata del posizionamento del catetere.

È evidente che il rischio di infezione viene ridotto utilizzando specifiche strategie preventive che interrompono le modalità di trasmissione attraverso le quali i batteri hanno accesso al sistema vascolare.

Il presente lavoro illustra tali strategie, che sono scaturite dall'analisi della letteratura esistente sull'argomento e principalmente dal recepimento delle linee-guida per la prevenzione delle infezioni correlate ai dispositivi intravascolari emanate dai Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta nell'agosto del 2002 che, ad oggi, costituiscono ancora il più autorevole riferimento scientifico per l'argomento d'interesse.

Le raccomandazioni dei CDC sono state integrate, laddove si è ritenuto necessario, da ulteriori contributi professionali riportati nei riferimenti bibliografici e dalle indicazioni del gruppo italiano di studio degli accessi vascolari a lungo termine



Tabella 1 - Ricerca bibliografica

Fonti consultate	Strategie di ricerca	numero documenti reperiti	numero documenti pertinenti	Documenti reperiti
CDC www.cdc.gov	Indice linee-guida	1	1	CDC (2002). Guidelines for the prevention of intravascular catheter - related infections
RNAO www.rnao.org	Indice linee-guida	2	1	Registered Nurses' Association of Ontario (aprile 2005). Care and Maintenance to Reduce Vascular Access Complications.
RCN www.rcn.org.uk	Link da: www.gavecelt.org	1	1	Royal College of Nursing (novembre 2005). Standards for infusion therapy.
GAVeCeLT www.gavecelt.org	Indice documenti	1	1	GAVeCeLT e Collegio IPASVI di Ascoli Piceno (2005). Gestione infermieristica degli accessi venosi (a cura di Mazzufero Fabio).
National Guideline Clearinghouse www.guideline.gov	Free Search "catheter"	2	1	CDC (vedi sopra)
	Browse by Treatment/Intervention	5	2	CDC (vedi sopra) Infectious Diseases Society of America - IDSA - (2001), Guide-lines for the Management of Intravascular Catheter Related Infections http://www.journals.uchicago.edu/CID/journal/issues/v32n9/001689/ - fn1
Cochrane Library central venous (solo revisioni sistematiche)	MeSH Search catheterization	5	2	D Gillies, L O'Riordan, D Carr, J Frost, R Gunning, I O'Brien (2003) Gauze and tape and transparent polyurethane dressings for central venous catheters
	Advanced Search "vascular access" TI "citate" TI "hemodialysis catheter" TI "central catheter*" TI	30		D Gillies, L O'Riordan, M Wallen, A Morrison, K Rankin, S Nagy (2005) Optimal timing for intravenous administration set replacement
Joanna Briggs Institute (JBI) www.joannabriggs.edu.au	Indice Best Sheets, Indice Revisioni Sistematiche	0	0	
ANAES www.anaes.fr	Indice linee-guida	0	0	
Bandolier	Indice documenti	0	0	
NICE www.nice.org.uk	Indice linee-guida	1	1	NICE (2003) Guidelines for preventing healthcare associated infections in primary and community care
NZGG www.nzgg.org.nz	Indice linee-guida	0	0	

(GAVeCeLT); si è deciso di ricercare in prima istanza pubblicazioni secondarie (revisioni sistematiche e linee-guida) e solo laddove esse non erano disponibili si è ricorso agli studi primari.

Ogni raccomandazione è stata poi valutata anche alla luce dell'esperienza degli operatori coinvolti nel gruppo di lavoro.

Nella seguente tabella si riporta una sintesi delle strategie di ricerca utilizzate e l'elenco delle fonti reperite.

Definizioni

La diffusione degli accessi venosi centrali è legata storicamente alla necessità di effettuare terapie endovenose complesse e di lunga durata con la garanzia di un accesso venoso stabile, sicuro e utilizzabile in modo discontinuo.

A partire dagli anni Settanta la crescente consa-

pevolezza dei limiti dell'accesso venoso periferico (la breve durata, l'instabilità, l'impossibilità alla somministrazione di sostanze potenzialmente irritanti, ecc.) ed i progressi tecnologici hanno favorito un crescente utilizzo dei CVC. Questi venivano inizialmente posizionati soprattutto attraverso venipuntura periferica (v. basilica o cefalica); oggi si preferisce la puntura diretta di vena centrale (soprattutto v. giugulare interna o v. succlavia).

La scelta del sito può dipendere da alcuni fattori quali le indicazioni per l'inserimento del CVC, il tempo previsto di utilizzo del catetere, le condizioni anatomiche del paziente ed eventuali pregressi interventi chirurgici in una o più sedi di inserzione.

Esistono ad oggi diverse tipologie di CVC; normalmente si classificano in:



Tabella 2 - Sistema di classificazione delle raccomandazioni

Categoria IA	Misure fortemente raccomandate per l'implementazione e supportate da studi sperimentali ben disegnati, studi clinici o studi epidemiologici.
Categoria IB	Misure fortemente raccomandate per l'implementazione e supportate da studi sperimentali, clinici o epidemiologici e da un forte razionale teorico.
Categoria IC	Misure richieste da standard, regole o leggi statali o federali.
Categoria II	Misure suggerite per l'implementazione e supportate da studi clinici o epidemiologici o da un razionale teorico.
Problema irrisolto	Misure per le quali non c'è sufficiente evidenza scientifica o manca il consenso sull'efficacia.

- A breve termine (tempo di permanenza 20-30 giorni):
 - Cateteri esterni non tunellizzati - in poliuretano a punta aperta inseriti in una vena toracica, per uso ospedaliero.
- A medio termine (tempo di permanenza < 2-3 mesi):
 - Cateteri esterni non tunellizzati - in silicone o in poliuretano, a punta aperta e a punta chiusa.
- A lungo termine (tempo di permanenza > 2-3 mesi):
 - Cateteri esterni tunellizzati - La tunnellizzazione ha lo scopo di stabilizzare il catetere, proteggerlo dall'ingresso di eventuali microrganismi e favorire l'uscita del catetere in un punto comodo per la gestione e la medicazione.

Esistono poi i cosiddetti sistemi totalmente impiantabili o "port" - cateteri venosi centrali connessi ad un reservoir intascato sottocute che richiedono modalità di gestione assistenziale particolari che non verranno trattate nel presente lavoro.

I materiali utilizzati per i CVC sono ad oggi rappresentati principalmente da:

- **SILICONE:** è un materiale morbido e liscio, la sua struttura può essere danneggiata dai disinfettanti a base alcolica;
- **POLIURETANO:** è un materiale rigido a temperatura ambiente, ma una volta introdotto nel vaso diventa morbido a causa della temperatura corporea.

Il catetere venoso centrale può essere a uno o più lumi: il diametro esterno del catetere si misura in French (1 French = 3mm), più alto è il numero di French più ampio è il diametro del catetere. Di solito esso è compreso fra 2.7 e 5.5 French in ambito pediatrico e tra 6 e 9 French per l'adulto. La lunghezza del CVC, misurata in cm, può esse-

re diversa a seconda della sede di inserzione (periferico o centrale) e del tipo di catetere; è importante conoscerla soprattutto ai fini delle manovre di eparinizzazione.

Nella tabella 3 si riportano le raccomandazioni relative alla gestione dei CVC, la cui forza è espressa secondo quanto indicato nella tabella 2. Le raccomandazioni in questione sono state, laddove necessario, integrate da ulteriori contributi professionali.

Considerazioni conclusive

Le strategie per prevenire le infezioni associate a catetere sono numerose ed agiscono su diversi fattori del problema e sui comportamenti degli operatori sanitari; quasi tutte le misure presentate nel lavoro sono supportate da prove di efficacia. Ad esempio quelle classificate come CATEGORIA IA sono indubbiamente efficaci e se ne raccomanda l'implementazione poiché sostenute da severi e autorevoli studi sperimentali, clinici o epidemiologici. Tra queste strategie alcune sono assolutamente più che note e sono continuamente esortate: il lavaggio delle mani e l'uso di tecniche sterili, sebbene ormai "scontate" continuano ad essere assiduamente ricordate, quasi si temesse che gli operatori se ne possano dimenticare... (sarà per questo?). Altre hanno subito nel tempo variazioni, dovute al modificarsi delle conoscenze, della tecnologia, delle strutture sanitarie (l'antisepsi cutanea, le medicazioni con garze e film trasparenti e di tempi di sostituzione, la gestione delle linee infusive, le porte d'accesso...).

Consultando i documenti in forma integrale, è possibile individuare alcuni problemi irrisolti, poiché non sono stati trovati soddisfacenti risultati e per i quali le linee guida non possono esprimere raccomandazioni: riguardano l'infusione di soluzioni parenterali diversi da sangue e lipidi, alcuni tipi di medicazioni del sito di CVC, nonché l'annosa questione dell'eparinizzazione, per la quale ad oggi non esistono valide e definitive raccomandazioni.



Tabella 3 - Gestione dei Cateteri Venosi Centrali

	Linee-guida CDC	Altre linee-guida	Note
Sorveglianza	Monitorare il sito del catetere regolarmente attraverso l'ispezione visiva o attraverso la palpazione tramite la medicazione intatta [...]. Se i pazienti hanno dolenzia al sito di inserimento, febbre senza altra fonte identificata o altre manifestazioni che suggeriscano una infezione locale o sistemica, la medicazione deve essere rimossa per permettere un esame completo del sito (Categoria IB).	Il RCN consiglia l'ispezione visiva del sito e la palpazione attraverso la medicazione integra almeno una volta al giorno.	
	Invitare i pazienti a riferire agli infermieri che li assistono qualsiasi modificazione della sede di inserimento del catetere o qualsiasi situazione anomala (Categoria II).		Ad esempio la comparsa di arrossamento, gonfiore, presenza di siero, sangue o pus, dolore.
	Non coltivare routinariamente le punte del catetere (Categoria IA).		La coltura della punta di tutti i CVC rimossi non viene consigliata come misura routinaria di sorveglianza delle infezioni. Questa manovra è invece assolutamente indicata nei casi di rimozione del CVC per sospetta infezione.
Registraz.	Registrare su modulo standardizzato l'operatore, la data, il tempo di inserimento e rimozione del catetere, i cambi di medicazione la sostituzione delle medicazioni (Categoria II).		Dovrebbe essere previsto uno spazio apposito nella documentazione infermieristica.
Inserimento	Usare tecniche asettiche, compreso l'uso di cappellino, di maschera, camice sterile, guanti sterili ed un grande telino sterile, per l'inserimento di un CVC o per il cambio su guida (Categoria IA).		
Igiene delle mani	Osservare le procedure appropriate di igiene delle mani sia lavandosi le mani con saponi contenenti antisettici ed acqua o con creme o gel senza acqua, a base di alcol.		
	Osservare l'igiene delle mani prima e dopo aver palpato [...] il cambio della medicazione o altre manovre sul catetere intravascolare. La palpazione della sede di inserimento non deve essere eseguita dopo l'applicazione di antisettico, a meno che venga mantenuta una tecnica asettica (Categoria IA). L'uso dei guanti non deve sostituire la necessità del lavaggio delle mani (Categoria IA).		
Antisepsi cutanea	Disinfettare la cute pulita con un antisettico appropriato prima dell'inserimento del catetere e durante i cambi delle medicazioni. Sebbene sia preferita una soluzione al 2% a base di clorexidina, può essere usata tintura di iodio, uno iodoforo, o alcol al 70% (Categoria IA).	Le linee-guida del RCN e del RNAO consigliano di consultare le indicazioni della ditta produttrice del CVC qualora si utilizzino antisettici cutanei a base alcolica, al fine di prevenire qualsiasi danno potenziale all'accesso vascolare.	Nei diversi documenti consultati si sottolinea l'importanza di conoscere la compatibilità fra materiale del CVC ed il tipo di antisettico utilizzato. Poiché per alcuni dispositivi è sconsigliato l'utilizzo di prodotti a base alcolica è preferibile utilizzare antisettici in soluzione acquosa sia che si tratti di clorexidina o iodofori, qualora non si conosca la compatibilità fra materiale ed antisettico.
	Permettere all'antisettico di rimanere sulla sede di inserimento e di asciugarsi all'aria prima dell'inserimento del catetere. Permettere al povidone iodico di rimanere sulla cute per almeno due minuti o più a lungo se ancora non è asciutto prima dell'inserimento (Categoria IB).		Ragionevolmente si può supporre la necessità di rispettare la stessa raccomandazione anche per i cambi di medicazione del CVC.
Medicazione	Per coprire il sito di inserimento del catetere usare garze sterili o medicazione semipermeabile trasparente sterile (Categoria IA).	Una recente revisione della Cochrane Collaboration afferma che, alla luce dei dati oggi disponibili, la scelta del tipo di medicazione debba essere effettuata sulla base delle preferenze della persona e delle risorse disponibili.	Ad oggi non vi sono differenze sostanziali nella comparsa di complicanze infettive legate alla scelta del tipo di medicazione.
	Non usare pomate o creme antibiotiche sui siti di inserimento a causa della possibilità che essi hanno di favorire infezioni fungine e resistenze antimicrobiche (Categoria IA).		



	Linee-guida CDC	Altre linee-guida	Note
Medicazione	Indossare guanti puliti o sterili quando si cambiano le medicazioni dei cateteri intravascolari (Categoria IC).		L'utilizzo di guanti sterili o puliti durante il cambio della medicazione del CVC è ad oggi controverso. È per tale ragione che i CDC consigliano l'uso di entrambe le tipologie di guanti; resta comunque inteso che la tecnica di rinnovo della medicazione deve garantire l'asepsi. Relativamente all'utilizzo di misure di barriera totali per il rinnovo della medicazione (mascherina, camice, cuffia) non è ravvisabile alcuna indicazione specifica nei documenti consultati.
	Cambiare la medicazione del catetere quando si sporchi, si stacchi, divenga umida o quando sia necessaria una ispezione del sito (Categoria IA).		
	Cambiare le medicazioni usate sui siti dei CVC a breve termine ogni 2 giorni per la medicazione con garza o almeno ogni 7 giorni per la medicazione trasparente (Categoria IB).	Il RCN e la RNAO precisano che la medicazione di garza associata a quella trasparente debba essere trattata a tutti gli effetti come una medicazione di garza e quindi sostituita ogni 2 giorni. Per quanto riguarda le medicazioni trasparenti il RCN ritiene che il tempo di sostituzione dipenda dal materiale utilizzato, dall'età e dalle condizioni del paziente, dalle indicazioni del produttore e che comunque non debba essere superiore ad una settimana. Alla raccomandazione dei CDC, il RCN e la RNAO aggiungono che la prima medicazione del CVC debba comunque essere rinnovata a 24-48 ore dall'inserimento.	Per il tempo di rinnovo delle medicazioni trasparenti, si può ritenere corretto, alla luce delle diverse indicazioni, sostituire la medicazione più frequentemente di ogni 7 giorni qualora vi siano alcune condizioni (ad esempio il materiale della medicazione) che potrebbero rendere difficoltosa la sostituzione della stessa dopo una settimana.
	Cambiare le medicazioni usate su siti di CVC tunnellizzato o impiantato non più di una volta a settimana finché il sito d'inserimento non sia guarito (Categoria IB).		
	I siti dei CVC tunnellizzati che siano ben guariti non necessitano di medicazione (Categoria II).		
	Se il paziente ha tendenza a sudare abbondantemente o se il sito è sanguinante, è preferibile utilizzare una garza piuttosto che una medicazione trasparente semipermeabile (Categoria II).		
	Non immergere i cateteri nell'acqua. La doccia dovrebbe essere permessa se vengono prese precauzioni per ridurre la possibilità di introdurre germi nel catetere (cioè se il catetere e il dispositivo di connessione sono protetti con una protezione impermeabile durante la doccia) (Categoria II).		
Assicurarsi che le manovre assistenziali sul sito del catetere siano compatibili con il materiale del catetere (Categoria IB).			
Gestione delle linee infusionali/dispositivi intravascolari	Cambiare i set per infusione non più frequentemente che ad intervalli di 72 h a meno che non sia sospettata o documentata un'infezione associata a catetere (Categoria IA).	Una recente revisione sistematica della Cochrane Collaboration ha accertato che i set d'infusione di soluzioni non contenenti lipidi, sangue ed emoderivati possono essere sostituiti ogni 96 ore senza che si verifichi un aumento dell'incidenza di infezioni.	



	Linee-guida CDC	Altre linee-guida	Note
Gestione delle linee infusionali/dispositivi intravascolari	Cambiare le linee usate per somministrare sangue, prodotti del sangue o emulsioni di lipidi [...] entro 24 h dall'inizio dell'infusione (Categoria IB).	Il GaveCelt suggerisce di: - usare un deflussore per ogni sacca di sangue o emoderivati; - sostituire il deflussore di una sacca per NPT e/o lipidi in coincidenza della sostituzione della sacca qualora il tempo di infusione previsto sia inferiore alle 24 ore.	
	Se la soluzione contiene solo destrosio e aminoacidi il set per la somministrazione non necessita di essere cambiato più frequentemente di ogni 72 ore (Categoria III).		
	Cambiare le linee usate per la somministrazione di propofol ogni 6 o 12 h a seconda dell'uso, a seconda delle raccomandazioni del produttore (Categoria IA).		
	Completare l'infusione di sangue o altri prodotti del sangue entro 4 h dall'inizio dell'infusione (Categoria II).		
	Completare l'infusione di soluzioni contenente lipidi [...] entro 24 h dall'inizio dell'infusione e di emulsioni isolate di lipidi entro 12 ore dall'inizio dell'infusione (Categoria IB)		
	Se a causa della quantità dell'infusione è necessario più tempo, l'infusione deve essere comunque completata entro 24 ore (Categoria IB).	Una recente revisione sistematica della Cochrane Collaboration ha accertato che ad oggi non esistono evidenze scientifiche discordanti rispetto a quanto raccomandato dai CDC sul tempo di sostituzione dei set d'infusione per soluzioni contenenti lipidi.	
	Non ci sono raccomandazioni per altri tipi di infusioni di liquidi parenterali (Problema irrisolto).		
	Cambiare i componenti senza ago (rubinetti, prolunghe, adattatori) almeno con la frequenza dei set di infusione (Categoria III).		Si veda sopra.
	Cambiare i tappi non più frequentemente di ogni 72 ore o a seconda delle raccomandazioni del produttore (Categoria II).		
	Ridurre al minimo il rischio di contaminazione disinfettando la porta di accesso con un antisettico appropriato e utilizzando per l'accesso alla porta solo dispositivi sterili (Categoria IB).		Per il tipo di antisettico si veda il capitolo antisepsi cutanea.
Quando le porte per iniezione endovenosa non sono in uso, mettere i tappi (Categoria IB).			
Allo scopo di attuare il controllo delle infezioni non usare di routine i filtri (Categoria IA).			
Preparazioni e.v.	Non utilizzare il contenuto di fiale monodose per un uso successivo (Categoria IA).		
	Refrigerare le fiale multidose dopo che siano state aperte se raccomandato dal produttore (Categoria II).		
	Eliminare la fiala multidose se compromessa la sterilità (Categoria IA)		
Prelievo ematico	Pulire il diaframma di accesso delle fiale multidose con alcol al 70% prima di inserire il dispositivo nella fiala (Categoria IA).		
	Non usare cateteri di emodialisi per prelievi di sangue o per altri usi diversi dall'emodialisi, eccetto che durante la dialisi o in condizioni di emergenza (Categoria II).	Il prelievo non dovrebbe essere effettuato attraverso una linea infusione (RCN). Se il paziente ha un'infusione in corso, l'infusione dovrebbe essere stoppata prima di effettuare il prelievo (RCN). Il dispositivo venoso dovrebbe essere irrigato con un adeguato volume di fisiologica dopo il prelievo al fine di pulire il catetere da tutti i residui di sangue (RCN) Il campione ematico per eseguire test di coagulazione o esami tossicologici potrebbe dare risultati non attendibili (RCN).	Dall'analisi della letteratura emerge che la ricerca scientifica non ha ancora stabilito il metodo più appropriato per ottenere sangue da un accesso venoso centrale. La maggior parte delle linee-guida consultate concorda nella necessità di aspirare e gettare un certo quantitativo di sangue, sulla cui entità non esiste indicazione univoca. Il GaveCelt suggerisce di scartare 5-6 ml di sangue prima di procedere il prelievo.



	Linee-guida CDC	Altre linee-guida	Note
Prelievo ematico	Non usare cateteri di emodialisi per prelievi di sangue o per altri usi diversi dall'emodialisi, eccetto che durante la dialisi o in condizioni di emergenza (Categoria II).	Il GaveCelt suggerisce una limitazione dell'accesso venoso centrale per il prelievo di sangue, eccezion fatta per l'ambito pediatrico dove l'obiettivo principale è quello di limitare il dolore da venipuntura.	
Irrigazione eparinizzazione	Non forniscono alcuna indicazione trattandosi di linee-guida che hanno principalmente per oggetto la prevenzione delle infezioni associate a cateteri vascolari.	Il RCN, il GaveCelt e la RNAO forniscono alcune indicazioni sulle modalità di irrigazione ed eparinizzazione del CVC che sono riassunte nella tabella 4.	Si precisa che tali indicazioni si basano prevalentemente sul consenso fra esperti e che ad oggi non esistono valide ed esaurienti prove di efficacia relativamente alle modalità di irrigazione ed eparinizzazione degli accessi vascolari.

Tabella 4 - Irrigazione ed eparinizzazione dei Cateteri Venosi Centrali

	Irrigazione	Eparinizzazione	Note
Quali CVC?	CVC con valvola distale (es. Groshong) o nel caso in cui si utilizzino tappi a pressione positiva. Tutti gli altri CVC tenuti chiusi per periodi inferiori alle 8 ore.	I CVC utilizzati in modo discontinuo e tenuti chiusi per periodi superiori alle 8 ore, eccezion fatta per quelli per i quali è ritenuto sufficiente il lavaggio con soluzione fisiologica (vedi IRRIGAZIONE).	
Come?	Con una manovra "pulsante" al fine di creare all'interno del lume del catetere un flusso turbolento che favorisca la rimozione di sangue e fibrina dalle pareti dello stesso.	Con una manovra definita "a pressione positiva" cioè clampare la via contemporaneamente all'infusione della soluzione per evitare il ritorno di sangue nel lume del catetere, al momento della deconnessione della siringa.	
Quando?	Sempre prima dell'eparinizzazione di tutti i CVC non in uso. Per il mantenimento di alcuni CVC non in uso (vedi sopra) Per i CVC in uso eseguire irrigazione: <ul style="list-style-type: none"> • Dopo il prelievo di sangue. • Quando si passa da terapia infusionale continua a terapia infusionale intermittente. • Prima e dopo la somministrazione di sostanze farmacologiche, sangue ed emoderivati. 	Sulla frequenza di eparinizzazione dei CVC non in uso non vi sono chiare e univoche indicazioni nelle fonti consultate. Mediamente si suggerisce una frequenza settimanale.	La mancanza di consenso su quest'aspetto è indice della mancanza di evidenze scientifiche relativamente a questa tematica.
Con quale soluzione e volume?	10-20 ml di soluzione fisiologica.	Utilizzare un volume pari almeno al doppio dello spazio morto del catetere e dei dispositivi ad esso collegati. La concentrazione minima di eparina per mantenere la pervietà di una via è di 10 unità/ml. Per i cateteri di emodialisi è in sperimentazione l'uso del sodio citrato che sembrerebbe avere buona azione antimicrobica e antitrombogena.	È quindi fondamentale ai fini di una sicura eparinizzazione conoscere il volume del catetere e dei dispositivi, normalmente indicato dalla casa produttrice. Per motivi di sicurezza il GAVECeLT ritiene corretto utilizzare concentrazioni comprese fra 50 e 500 unità/ml. Oltre tale concentrazione il rischio è quello di eparinare il paziente oltre che la via, soprattutto se non si conosce il volume dello spazio morto del catetere.

È evidente che...



Le misure presentate forniscono un valido contributo per prevenire le infezioni associate a catetere, bilanciando la sicurezza della persona assistita ed il rapporto costo/efficacia.

Perché abbiano però successo queste strategie, divengono indispensabili alcuni elementi di ordine organizzativo: su prestigiose riviste sono stati pubblicati studi secondo i quali la standardizzazione di misure asettiche riduce il rischio di infezioni mentre la gestione di cateteri intravascolari da parte di personale senza specifica esperienza può invece aumentarlo; inoltre, gruppi di lavoro specializzati nella terapia endovenosa riducono efficacemente l'incidenza di infezioni e di complicanze associate a catetere ed i costi.

Non devono essere ovviamente messe in secondo

piano le responsabilità professionali degli operatori sanitari, che non possono ignorare, o fingere di ignorare, il proficuo e copioso lavoro svolto da colleghi, associazioni ed enti governativi per ricercare e diffondere le raccomandazioni così da renderle fruibili da ciascuno.

Il reale cambiamento passa dalle scelte e dai comportamenti quotidiani.

Con il tempo potremo creare le istituzioni, le abitudini di vita, i riti, le leggi, le arti, la morale, essenziali per lo sviluppo dell'intera personalità e di una comunità equilibrata [...].

Ma il primo passo dovrà essere personale: un cambiamento nella direzione dell'interesse che deve orientarsi verso la persona. Senza questo non si avranno grandi mutamenti (LEWIS MUMFORD).

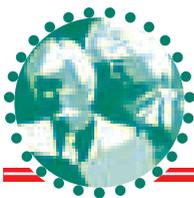
BIBLIOGRAFIA

1. CDC (2002). Guidelines for the prevention of intravascular catheter - related infections
2. GAVeCeLT e Collegio IPASVI di Ascoli Piceno (2005). Gestione infermieristica degli accessi venosi (a cura di Mazzufero Fabio).
3. Gillies D., O'Riordan L, Carr D, Frost J, Gunning R., O'Brien I. (2003) Gauze and tape and transparent polyurethane dressings for central venous catheters, Cochrane Database of Systematic Reviews
4. Gillies D., O'Riordan L., Wallen M., Morrison A., Rankin K., Nagy S. (2005) Optimal timing for intravenous administration set replacement, Cochrane Database of Systematic Reviews
5. IDSA - Infectious Diseases Society of America (2001), Guidelines for the Management of Intravascular Catheter Related Infections
6. NICE (2003) Guidelines for preventing healthcare associated infections in primary and community care
7. RCN - Royal College of Nursing (novembre 2005). Standards for infusion therapy.
8. RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario (aprile 2005). Care and Maintenance to Reduce Vascular Access Complications.

* 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
Le pubblicazioni secondarie consentono di ovviare al difficile compito di valutare criticamente gli studi primari e forniscono una sintesi già valutata e selezionata delle migliori prove di efficacia disponibili.





Etica e deontologia

Infermieri e codice deontologico

di IPAFD Doriana Ortle *

Il Codice Deontologico può essere definito come un documento che esprime l'insieme delle regole autodeterminate dalla professione, a tutela dei rapporti tra professionisti e con l'utenza.

È, inoltre, uno dei tre criteri guida che la legge 42/99 prevede per l'esercizio professionale.

Non devono in ogni modo essere confusi il concetto di deontologia con quello di codice deontologico perché la deontologia, intesa come espressione dell'etica professionale, non può essere tutta rappresentata in codici i quali chiariscono e riportano ciò che è espresso dal dibattito deontologico di un dato momento storico.

Il codice deontologico è, quindi, un atto di autodisciplina, di:

- norme emanate dagli organi rappresentativi di una professione - per la professione infermieristica la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI - che rivestono sia il ruolo di orientamento professionale, sia quello relativo alla valutazione della condotta dei professionisti di riferimento - per gli infermieri attraverso i Collegi IPASVI provinciali;
- norme articolate su regole fondamentali di comportamento.

Il contenuto di un codice deontologico è di fatto riconducibile a quattro tipologie di norme:

- a. Norme deontologiche che rafforzano determinate indicazioni previste dalla legislazione: si tratta di richiamare e integrare precetti giuridici esistenti. Il richiamo del codice ha la funzione di porre l'accento, per la categoria e i suoi

professionisti, sull'importanza delle norme richiamate così da assumere un carattere educativo.

- b. Norme di natura etica: sono norme di carattere generale, estratte dalla riflessione etica, che permettono al professionista di chiarire punti e questioni che non sono strettamente prescrittivi.
- c. Norme di natura prettamente deontologica: si occupano di quesiti che non sono, generalmente, normati dal legislatore e che trovano risposta nella codificazione deontologica. (ad esempio: "rapporti con i colleghi"; "rapporti con le altre professioni"; "rapporti con il collegio professionale").
- d. Norme di carattere disciplinare: sono norme che, almeno in parte, hanno un quadro di riferimento, almeno per le professioni che hanno un albo professionale, nella normativa statale sugli ordini professionali delle professioni sanitarie.

Il Codice Deontologico si può allora definire come un insieme di regole di autodisciplina e di comportamento che hanno un valore per gli appartenenti ad una determinata professione, su deliberazione di quest'ultima, con l'obiettivo di regolare la professione alla luce di un'etica generalmente condivisa ed esprimono un patto espresso con la società, cui la professione risponde in termini di trasparenza, competenza e fiducia.

Nessun Codice deontologico può, comunque, stabilire norme di comportamento valide in tutte le situazioni, proprio perché ogni situazione è unica e potrebbe, addirittura, ritenersi controproducente se portasse a pensare che tutto può essere previsto poiché tutto standardizzabile. Le norme deon-



tologiche indicano gli orientamenti generali e gli obiettivi da perseguire e non i relativi processi, che devono essere lasciati alla determinazione del singolo professionista, in un contesto dove è aumentata sia la complessità dei problemi da affrontare, sia l'autonomia e la responsabilità professionale.

I Codici Deontologici della professione infermieristica in Italia

1960

È il primo Codice Deontologico per Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia e rappresenta una tappa importante della professionalizzazione di questa categoria di operatori.

È opportuno ricordare che in quegli anni la formazione delle infermiere professionali avveniva all'interno delle scuole convitto, la popolazione infermieristica era costituita per il 50% da religiose, molte attività assistenziali erano svolte da personale di qualificazione inferiore: questa situazione incide sui contenuti del Codice dove, nell'introduzione, sono dichiarati chiaramente i riferimenti etici assunti: "L'esercizio della professione sanitaria ausiliaria è al servizio della persona umana e si ispira ai principi del diritto e della morale naturale".

È un documento di carattere prescrittivo più che propositivo, dove sono evidenti modelli di comportamento paternalistici e scarsamente orientati al senso di responsabilità dell'infermiera che era richiamata persino al dovere di indossare la divisa con dignità e decoro. I contenuti e il linguaggio che li esprime indicano quali comportamenti corretti sul piano deontologico, quelli derivati più dallo zelo e dalla disciplina che da un'autonoma riflessione etica.

La cultura paternalistica - in quel periodo il paternalismo era il modello di relazione predominante non solo nella cultura professionale, ma in quella della società italiana in generale - si nota maggiormente in alcuni articoli del Codice. Nell'articolo 3 la malattia pone il malato in uno stato di limitazione delle proprie facoltà fisiche e psichiche, quindi è compito dell'infermiera proteggerlo; nell'articolo 6 si afferma che l'infermiera deve sostenere nel malato la fiducia verso il medico e ogni altro operatore sanitario. Manca completamente il tema della relazione di aiuto come guida al rap-

porto infermiere - utente e da ciò deriva l'impressione che il primo Codice assegni all'infermiera un ruolo di assistente del medico, piuttosto che quello di professionista in relazione diretta con una specifica utenza. Per quanto riguarda l'utente sono affermati alcuni diritti fondamentali, in particolare modo il diritto alle cure senza differenze di razza, nazionalità, religione, classe sociale e ideologia politica di appartenenza.

1977

Dopo diciassette anni, nel giugno del 1977, la Federazione Nazionale Collegi IPASVI approva un nuovo Codice deontologico che presenta dei cambiamenti formali e sostanziali rispetto al precedente. È presente una premessa e tre parti incentrate su dimensione umana, rapporti sociali, impegno tecnico-operativo.

In questo Codice l'immagine dell'infermiere è più congruente con quella richiesta ad un professionista della salute.

Nell'articolo 4 all'infermiere è richiesto di promuovere la salute del singolo e della collettività operando per la prevenzione, la cura e la riabilitazione; nell'articolo 5 si riconosce la sua azione verso i rapporti umani e sociali dell'assistito - con la famiglia, il suo ambiente di lavoro, la comunità cui appartiene - con l'obiettivo di stimolare e promuovere le sue capacità personali, i suoi interessi culturali, il suo produttivo inserimento nel mondo del lavoro.

L'ambito morale sembra analogo a quello del 1960, senza quel pluralismo che la società italiana degli anni Sessanta e Settanta aveva introdotto. Significativo il testo dell'articolo 1, nella parte dedicata alla dimensione umana: "L'infermiere è al servizio della vita dell'uomo, lo aiuta ad amare la vita, a superare la malattia, a sopportare la sofferenza e ad affrontare la morte". Questa formulazione pone degli interrogativi di fondamentale importanza rispetto, ad esempio, a come assistere una persona che sembra non amare la vita, o addirittura lo dichiara, ma che non vuole che altri interferiscano con questo atteggiamento, o come comportarsi con un malato in fase terminale che non intende affrontare l'idea della morte eppure deve essere aiutato ad arrivarvi. Su temi come questi un Codice non può fare una scelta di campo, ma deve mettere al centro la persona, con la sua libertà di orientamento e di scelta.



Caratteristiche del Codice Deontologico

1999

La Federazione Nazionale Collegi IPASVI nel dicembre del 1997 ha attivato un gruppo di lavoro, finalizzato alla revisione del Codice deontologico che, nella fase preparatoria, ha analizzato e comparato i codici infermieristici di paesi europei ed extraeuropei rilevando una grande consonanza sui principi e valori fondamentali della professione. In particolare risultano comuni:

- “Il rispetto dei diritti fondamentali dell’uomo, in particolare il riconoscimento della pari dignità di ogni essere umano;
- lo sforzo di trasformare la professione in una risorsa importante capace di far crescere la società attraverso la cura della salute;
- la considerazione della centralità della persona assistita rispetto alle strutture, alle professioni, alle gerarchie - centralità non solo verbalmente dichiarata, bensì concretamente realizzata attraverso il riconoscimento dell’autonomia dell’individuo;
- la volontà degli infermieri di partecipare attivamente alle scelte di politica sanitaria”.

La stesura dell’attuale Codice è stata preceduta dalla discussione sulla diversificazione tra:

- Valori della società.
- Norme giuridiche che ne salvaguardano e sanciscono alcuni valori ritenuti fondamentali.
- Valori che la professione stessa ritiene imprescindibili per l’agire professionale.

La revisione dei Codici del 1960 e 1977 ha di fatto imposto, prima di formulare quello attuale, di chiarire a quali modelli di comportamento si deve attenere l’infermiere e sulla base di quali principi.

In questo contesto di riorganizzazione si trovano aspetti dell’agire infermieristico che sono regolamentati in senso deontologico per la prima volta: è il caso della contenzione fisica e farmacologia, dei trattamenti finalizzati a porre termine alla vita dell’assistito, della donazione di organi.

In merito ai contenuti, il Codice deontologico approvato dalla Federazione Nazionale IPASVI nel 1999 è preceduto dal Patto infermiere-cittadino del 12 maggio 1996 che dichiara gli impegni che gli infermieri si assumono verso i possibili clienti, un rapporto di partnership, tendenzialmente paritario, che vede il cliente e l’infermiere protagonisti attivi del processo assistenziale.

Il Codice vero e proprio inizia con una Premessa composta di cinque articoli dove si dichiara chi è l’infermiere, che tipo di servizio eroga e con quali interventi, quali sono le sue responsabilità generali, quali sono le funzioni del Codice e quali gli scopi della partecipazione dell’infermiere ai propri organi di rappresentanza.

Seguono cinque parti, ciascuna con un titolo che ne indica il contenuto: Principi etici della Professione, Norme generali, Rapporti con la persona assistita, Rapporti professionali con colleghi e altri operatori, Rapporti con le istituzioni. La settima ed ultima sezione, Disposizioni finali, dichiara il carattere vincolante delle norme contenute nel Codice e afferma l’impegno dei Collegi IPASVI a garantire la qualificazione dei professionisti. Secondo E. Carli questo Codice deontologico è da considerare non solo “un elenco di doveri, ma una concreta guida nell’esercizio professionale, sostenendo il singolo operatore nel momento in cui affronta problemi che richiedono scelte di comportamento non individuali ma professionali.”

BIBLIOGRAFIA

1. Aprile A., Benciolini P., “Il Codice Deontologico dell’ostetrica/o: prime valutazioni”, Rivista di Diritto delle professioni sanitarie, 4, 2000
2. Luca Benci, Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria, McGraw - Hill quarta edizione, giugno 2005
3. Carlo Calamandrei, Laura D’Addio, Commentario al nuovo codice deontologico, McGraw - Hill, prima edizione, ottobre 1999

*Commissione Esercizio Professionale

*AFD SITRA Az. Ospedaliera S. Anna Como





Infermieristica e Cure complementari

Tanti sono i colleghi che sono rimasti affascinati dagli argomenti della medicina complementare, alcune persone le conoscono personalmente, altre no. Quindi chiedo a chi ha interesse e voglia di condividere le sue esperienze, di mettersi in contatto con la sottoscritta (Valentina, 3391790153).

Proprio per questo, al fine di un arricchimento comune, ho chiesto a Franca Stefanoni, collega infermiera con la quale ho avuto il piacere di condividere il percorso professionale tra gli anni '91 e '96, in cui abbiamo lavorato alla scuola infermieri di Cantù, di renderci partecipi del suo approfondimento professionale: la scuola quadriennale di riflessologia plantare. Ricordo le prime perplessità, i primi entusiasmi... ma lasciamo che lei ci racconti.
IPAFD Valentina Iacchia*

di Franca Stefanoni**

Che cosa è la Reflessologia

È un'ARTE gentile.

È uno STRUMENTO affascinante: perché si basa su ricerche fisiologiche e neurologiche.

È una TECNICA basata sulla pressione di specifici punti riflessogeni del piede.

Tali punti hanno delle corrispondenze in tutte le parti del corpo

- Il dizionario definisce la parola "riflesso" sia come una "contrazione involontaria del muscolo dovuta ad uno stimolo esterno" sia come "luce che viene rinviata per riflessione da una superficie brillante".
- Nell'ambito della Reflessologia è considerata la seconda definizione: i riflessi o zone riflesse si trovano sui piedi o sulle mani e fungono da piccoli "specchi" che riflettono l'intero organismo.

Il primo passo per avvicinarsi alla Reflessologia è comprendere la struttura del piede in rapporto al corpo, in quanto i piedi rappresentano una MAPPA in miniatura di tutto il corpo dove vengono rappresentati organi e parti del corpo.

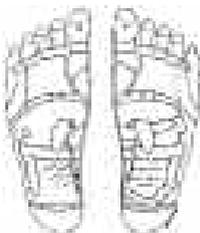
La Reflessologia

- È un metodo curativo OLISTICO che considera l'individuo come un'entità che comprende: CORPO - MENTE - SPIRITO.

Il Reflessologo non isola la malattia per tentare di eliminare i sintomi, né agisce in modo specifico su di un organo o di un apparato che presenta dei disturbi, ma interviene indirettamente sulla zona per via riflessa, opera sulla persona nella sua interezza, allo scopo di far scattare i meccanismi che portano all'omeostasi per farle raggiungere uno stato di equilibrio e di armonia.

Il "trattamento" di Reflessologia stimola il potenziale autocurativo del corpo stesso.

Cerca di riportare in equilibrio tutti i sistemi corporei, stimolando le zone meno attive e calmando quelle eccessivamente attive, senza interferire con le parti che funzionano in modo adeguato; visto che tutti i sistemi del corpo sono strettamente collegati, quando i punti riflessogeni dei piedi vengono stimolati si genera una risposta involontaria in organi e ghiandole collegate da percorsi "energetici" a questi riflessi specifici,



Queste corrispondenze sono rilevabili sulla pianta, sul dorso e lungo tutta la parte interna ed esterna del piede e la loro posizione segue un preciso e logico schema anatomico. I piedi rappresentano il corpo e racchiudono un vero e proprio tesoro di informazioni sullo stato di salute del paziente, inoltre sono la chiave che permette di individuare i punti di squilibrio.

Rivestono un ruolo fondamentale nel raggiungimento e nel mantenimento della salute e del benessere.



mettendo in moto una reazione a catena che provoca alterazioni fisiologiche in tutte le parti del corpo.

La Reflexologia insegna che fra gli organi del corpo circola un'energia vitale che permea ogni cellula e ogni tessuto.

Se l'energia resta bloccata, viene colpita la parte del corpo interessata dal blocco. I blocchi di energia del corpo umano sono riflessi sui piedi in più zone. Si possono scoprire queste zone usando specifiche tecniche di pressione che rivelano l'esistenza di punti doloranti sul piede, collegato con la parte del corpo squilibrata.

Il principio fondamentale della riflessologia è che la stimolazione riesce a liberare dalla congestione tessuti e nervi, rimuovendo le tossine che si sono accumulate e incoraggiando il corpo a sfruttare le proprie capacità di autoguarigione naturale.

Storia della Reflexologia

- È accettato dagli studiosi del massaggio dei piedi che fin da 5000 anni fa e per molti secoli fosse usato in Egitto, in Cina, in India. In Indonesia viene tuttora praticato.
- Sono state trovate numerose altre documentazioni che testimoniano la diffusione della Reflexologia nei secoli successivi in tutta l'Europa.
- La paternità della moderna Reflexologia è da attribuire al Dottor William Fitzgerald, primario otorinolaringoiatra (Connecticut USA 1872 - Stanford 1942).

Il quale scoprì che se di applicava una certa pressione sulle dita, si otteneva un effetto anestetico locale sulla mano, il braccio e la spalla, fino a raggiungere la mascella, il viso, l'orecchio e il naso. Iniziò ad effettuare interventi chirurgici minori senza anestetici, utilizzando solamente l'effetto della pressione zonale.

Fitzgerald suddivise il corpo in zone per sfruttare l'effetto anestetico dei punti di riflesso.

Definì 10 zone longitudinali uguali che andavano dalla sommità del capo alla punta dei piedi.

All'interno di queste zone si trovano tutti gli organi e i muscoli del corpo.

Le zone sono di larghezza uguale e percorrono tutto il corpo, sia sul fronte che sul retro: secondo la teoria di Fitzgerald, le parti del corpo incluse in una certa zona sono collegate da un flusso di energia che vi scorre all'interno e quindi possono influenzarsi a vicenda, una anomalità in qualsiasi parte di una zona può influire su qualunque elemento si trovi all'interno di quella zona.

Nel 1916 il Dottor Edwin Bowers si unì a Fitzgerald per approfondire e divulgare la Reflexologia, che ribattezzò "Terapia Zonale".

Successivamente la fisioterapista Eunice Ingham (1879-1974) tracciò una "mappa" dei piedi riportando le zone e il loro effetto sul resto dell'organismo e riuscì a creare sui piedi stessi una mappa di tutto il corpo.

La sua ricerca ebbe un successo tale che la sua reputazione si diffuse enormemente, tanto che oggi è riconosciuta come la fondatrice della Riflessologia del piede.

In Italia la Reflexologia del piede fu introdotta e divulgata nel 1970 da Elipio Zamboni (fisioterapista e maestro riflessologo), che fondò nel 1987 la Federazione Italiana di Reflexologia del Piede (FIRP).

Il trattamento

Un trattamento di Reflexologia dovrebbe rappresentare un'esperienza estremamente piacevole; tuttavia molte persone mostrano imbarazzo riguardo ai loro piedi e spesso si vergognano delle loro condizioni, quindi il Reflexologo deve dissipare qualsiasi timore di questo tipo, mettere



Uno dei documenti a riprova delle sue antichissime radici è la pittura murale che si trova a Saqqarah, nella famosa tomba del medico (2330 A.C.), e che raffigura un medico nell'atto di stimolare le dita dei piedi e delle mani.



il più possibile a proprio agio il cliente, sfruttando tutta la propria sensibilità e il proprio intuito per fargli capire che è in "buone mani".

Il Reflexologo

Il compito principale del Reflexologo è quello di divenire "strumento" del processo di guarigione del cliente, attivando le sue risorse interne.

Attraverso il piede, il Reflexologo entra in contatto con tutta la personalità di un uomo e ne individua, con attenzione e sensibilità, malesseri e disagi espressi attraverso il malfunzionamento di determinati organi.

Il campo di applicazione della Reflexologia è vastissimo.

La sua è un'azione di benessere globale che interviene sulla salute psico-fisica dell'uomo.

La Reflexologia non fa discriminazioni, non impone confini né limitazioni.

Persone di qualsiasi età e di entrambi i sessi, anziani, donne, uomini, adolescenti, bambini e neonati possono ottenere notevoli benefici dal trattamento. Si ottengono buoni risultati sui bambini e sui neonati, non solo perché sono più flessibili e rilassati, ma anche perché i loro corpi giovani sono altamente ricettivi agli stimoli terapeutici.



Il Reflexologo stabilisce il primo contatto fisico con il cliente toccandogli i piedi con movimenti leggeri, simili a carezze, prima di passare ad esaminarli.

La Reflexologia come tecnica di massaggio e pressione concentrata sul piede è una disciplina "intima", in cui il ricevente deve sentirsi a suo agio e al "sicuro".

BIBLIOGRAFIA

1. Riza psicosomatica Febbraio 1999 n. 216
2. Massaggio Zonale - Red Edizione - 1996
3. I principi della Riflessologia - Armenia - 1996
4. La salute ai tuoi piedi - Blu International Studio (B.I.S.) - 1996
5. Insetto di "Reflessologia Oggi" della FIRP
6. Guarire con la Riflessologia - Piemme - 1997
7. Il manuale della riflessologia - Vallardi - 1997
8. Massaggio Zonale - Demetra - 2002
9. Riflessologia. Le dolci vie del benessere - Konemann - 2000
10. Corso base di riflessologia del piede e della mano - De vecchi - 1989
11. Tesi: Intervento Reflexologico in un caso di osteoporosi - FIRP 1997/98
11. Infermiera Franca Stefanoni -
12. Reflexologa diploma triennale Firp (Federazione Italiana Reflexologia del Piede) Scuola Triennale di Reflexologia - Elipio Zamboni - e-mail: franka01@libero.it

* Infermiera ostetrica libera professionista

** Infermiera Ufficio Formazione Azienda Ospedaliera Sant'Anna Como



Dal coordinamento regionale dei Collegi Ipasvi della Lombardia:

Continua il dialogo con le Istituzioni Regionali

In data 12 luglio u.s. si è svolto un incontro tra il Coordinamento dei Collegi IPASVI della Lombardia e l'Assessore alla Sanità Lombarda Dr. Alessandro Cé. Tra le tematiche affrontate, largo spazio ha avuto il confronto sul nuovo PSSR, che secondo i Collegi non soddisfa pienamente circa la effettiva valorizzazione della professione infermieristica nei diversi livelli del sistema sanitario Regionale (dal ruolo nelle cure domiciliari, al ruolo di programmazione e gestione dei servizi...) evidenziando una Sanità ancora Medico e Ospedale centrica.

In questo senso il Coordinamento di Collegi Lombardi ha partecipato alle consultazioni effettuate dalla Commissione Sanità della Regione proponendo numerosi emendamenti al testo del PSSR licenziato dalla Giunta Regionale in data 24 maggio 2006 (Delib n. VIII/002592).

Questi emendamenti sono consultabili sul nostro sito (www.ipasvicomo.it).

Si è deciso di attivare dei tavoli permanenti di confronto sulle diverse tematiche professionali e di politica sanitaria che l'assessorato dovrà affrontare man mano (libera professione, dirigenza, formazione, ...). Per la partecipazione a questi tavoli sarà richiesta anche la collaborazione di esperti nei diversi settori.

Nel frattempo il Direttore Generale Sanità, Dr. Carlo Lucchina, su sollecitazione dei Collegi IPASVI, ha trasmesso a tutte le Aziende Ospedaliere e le Aziende Sanitarie Locali un sollecito per l'applicazione della Circolare 15/san, inerente l'attivazione dei SITRA e per sottolineare l'Obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo, anche per i pubblici dipendenti, introdotta dalla Legge 43/2006.





Regione Lombardia

-7 APR 2006 / 2006
/ 0174Ufficio Regionale
Direzioni Generali ServiziData 02/04/06
Prot. n. 22006/00007457

Ai Diretori Generali delle:
 - Anziane Capitaliste
 - Anziane Sostituite Locali

Ai Presidenti e ai Diretori Generali
 delle Provinciali IRECI di diritto pubblico

L.010.3554

OGGETTO: applicazione circolare n. 15-5-AM 2005

Con la presente si chiede di verificare l'effettiva attuazione della circolare in oggetto -
 "Introduzione del S.I.T.R.A." - e, ove necessario, procedere alla sua puntuale applicazione.

Si rammenta inoltre che la riforma L. 43/05 "Disposizione in materia di professioni
 iscritte all'Albo, notariato, cartografia, ingegneria, attività sanitarie e delle professioni e delle A.
 Giuriste per l'introduzione del relativo codice professionale" all'art. 2 dispone che "l'esercizio della
 professione iscritta... è subordinato al conseguimento del titolo abilitante rilasciato a seguito di
 esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione... l'iscrizione all'albo
 professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del
 titolo abilitante abilitante..."

Distinti saluti

Il Direttore Generale
Giovanni F. [firma]

Il Dirigente Responsabile delle Attività Programmate Di via Cavallotti Lodi 011010008
 il Responsabile delle Attività Di via Cavallotti Lodi 011010008

Ufficio Regionale e Direzione Provinciale
 Programmazione e Sviluppo Piani
 Via Cav. 10/11 - 25124 Lodi - Tel. 0376/200000-200001
 Telex 320000 - Fax 0376/200002



Le proposte del Coordinamento dei Collegi Lombardi sul blocco del governo agli ordini professionali

Disegno di legge per la proroga di un anno della delega per l'attuazione della Legge n. 43/2006

Il Coordinamento Regionale dei Collegi provinciali lombardi riunitosi in seduta straordinaria il 14/09/06 ha elaborato alcune note di valutazione e proposte al fine di apportare un contributo al prossimo Consiglio Nazionale per le azioni da porre in essere in merito alla decisione del Consiglio dei Ministri di non procedere al varo del già predisposto decreto legislativo di attuazione della Legge n. 43/2006, ma di chiedere al Parlamento una proroga di un anno.

Dall'esame della rassegna stampa pare che la scelta del rinvio sia stata motivata dalle seguenti considerazioni:

- meglio attendere che sia maturata la più ampia riforma delle professioni;
- l'istituzione di nuovi Ordini professionali sarebbe in contrasto con gli indirizzi dell'Antitrust e della Commissione europea in materia di servizi professionali e concorrenza.

Forse ha giocato l'errata convinzione che l'intero provvedimento avrebbe avuto per oggetto l'istituzione di nuovi Ordini e come tale valutato in assoluta controtendenza rispetto alla linea di questo Governo in materia di liberalizzazioni.

Il Governo (o meglio i ministri che si sono fatti portatori di questo rinvio) appaiono però caduti in un equivoco, almeno per quanto riguarda quei settori professionali, come quello degli infermieri, che già da decenni hanno una disciplina ordinistica e per i quali la legge n. 43/2006 non ha previsto

altro che un adeguamento di tale disciplina al diverso percorso formativo e di accesso (laurea).

Gli esistenti Collegi professionali degli infermieri sono stati istituiti dalla legge n. 1049 del 1954, in virtù di una previsione già contenuta nel Decreto Legislativo del Capo provvisorio dello Stato del 13 settembre 1946 n. 233.

Nella relazione al Parlamento che accompagna la legge del 1954 sono chiaramente esposte le ragioni di interesse generale che giustificano una disciplina di tipo pubblicistico, poi sempre mantenuta e rafforzata nei successivi interventi di riforma e da ultimo con le leggi n. 42 del 1999 e n. 43 del 2006.

L'attuazione di quest'ultima disciplina non viene quindi, per quanto riguarda la professione infermieristica, ad estendere la disciplina ordinistica ad un settore ad essa precedentemente estraneo ma consente di aggiornare ed adeguare quella stessa disciplina alle modifiche nel frattempo intervenute, prima di tutto nella definizione del percorso di formazione ed abilitazione. Risulta, infatti, non più procrastinabile la valorizzazione e il riconoscimento delle competenze clinico-specialistiche legate ai percorsi formativi in ambito accademico.

Si aggiunga, al riguardo, che per tale professione la permanenza di tale regime di particolare tutela si giustifica alla luce del rilievo costituzionale dei beni coinvolti (in primo luogo la salute dei cittadini-utenti) e risponde quindi a quel parametro di "giustificazione" fatto proprio dall'Autorità Garante della concorrenza (cfr. Relazione annuale 2005) e richiamato anche nel programma elettorale dell'attuale maggioranza di Governo (che parta di



natura "delicata" delle prestazioni offerte nei settori della salute e della giustizia) (cfr. pagg. 130-132).

Fatta questa premessa non si può non rilevare che la giustificazione dell'attesa di una riforma più complessiva delle professioni sarebbe credibile se fosse stata applicata da questo Governo a tutte le professioni, fin dal suo insediamento.

In realtà mentre con questa pretesa esigenza di "organicità" si blocca l'attuazione della riforma delle professioni sanitarie non più tardi di qualche settimana fa ha trovato attuazione (nel silenzio generale) la delega legislativa per la riforma dell'ordinamento del notariato (Decreto Legislativo 1 agosto 2006 n. 249, attuativo della legge 28 novembre 2005 n. 2005).

Spiace quindi dover constatare che ci sono professioni di serie A e professioni di serie B e che solo per queste ultime valgono quelle pretese esigenze di una riforma "quadro". Nel caso specifico dei notai peraltro è ben noto che si tratta di una di quelle pochissime attività professionali per le quali vigono rigidi limiti numerici ed altre barriere alla concorrenza del tutto sconosciute nel settore sanitario, il cui contrasto con gli obiettivi della liberalizzazione ed i principi del mercato aperto non abbisogna certo di essere dimostrato.

A tale proposito va detto anche che l'incidenza dei principi concorrenziali è certamente significativo solo per quelle professioni per le quali l'esercizio abituale avviene in forma di lavoro autonomo e quindi da equipararsi in toto all'attività d'impresa (cfr. art. 3 della Legge 2 febbraio 2006 n. 30 recante la ricognizione dei principi fondamentali in materia di professioni).

Ove invece, come nel caso delle professioni sanitarie infermieristiche, la regola è costituita dal-

l'esercizio dell'attività professionale in forma di lavoro dipendente, ciò che va assicurata prioritariamente con la disciplina ordinistica è l'autonomia del professionista, senza che ciò provochi alcuna effettiva restrizione concorrenziale.

Anche per queste sostanziali differenze che corrono tra la professione infermieristica e le altre tipologie di attività professionali il rinvio dell'attuazione della legge n. 43/06 appare assolutamente ingiustificato, specialmente per le professioni già regolamentate con leggi istitutive dei collegi professionali.

Il Coordinamento Regionale dei Collegi provinciali lombardi prende atto che le strategie fino ad ora applicate hanno condotto all'approvazione della Legge 43 e al rinvio di 12 mesi della delega attuativa. Si rende evidente, quindi, la necessità prioritaria di una revisione correttiva della linea strategica con una differenziazione di azioni. In primis dando priorità assoluta alla trasformazione degli attuali Collegi in Ordini professionali e in seconda istanza, sostenere l'istituzione di nuovi Ordini per le altre professioni sanitarie.

Si deve pertanto auspicare che il Governo tramite la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI recuperi un percorso per procedere rapidamente senza ulteriori tentennamenti e fraintendimenti al completamento di un'operazione di modernizzazione del settore che altro non rappresenterebbe se non il rispetto degli impegni programmatici della maggioranza che lo ha espresso.

Il Presidente
Coordinamento Regionale
Collegi IPASVI della Lombardia
Dott. Giovanni A. Muttillio

Collegi IPASVI della Lombardia:

Bergamo, Inf. Beatrice Mazzoleni - Brescia, A.S.A.F.D. Renica Federica - Como, Dott. Stefano Citterio - Cremona, Inf. Roberto Vecchia - Lecco, Dott.ssa Angela Salomoni - Mantova, Inf. Nicoletta Castelli - Milano-Lodi, Dott. Giovanni Muttillio - Pavia, Dott. Enrico Frisone - Sondrio, IP-A.F.D. Ercole Piani - Varese, Dott. Enrico Malinverno

Il presente parere è stato redatto in collaborazione con lo Studio Legale Fantigrossi



Sintesi delle principali modifiche apportate dalle nuove linee guida per la Rianimazione Cardiopolmonare Base e Defibrillazione eseguita in soggetti adulti

Tratto da: www.ircouncil.org - www.erc.edu

a cura di: Valeria Emilia Belluschi*

Nel dicembre 2005 l'ILCOR, l'American Heart Association (AHA) e l'European Resuscitation Council (ERC) hanno pubblicato le nuove linee guida sulla Rianimazione Cardio - Polmonare (RIA), che hanno recepito le recenti acquisizioni sul tema. I cambiamenti sono stati numerosi e rilevanti ed hanno riguardato sia le manovre rianimatorie che l'uso del defibrillatore.

Lo scopo del BLS (Basic Life Support) è quello di garantire il pronto riconoscimento del grado di compromissione delle funzioni vitali (fase di valutazione) e di supportare ventilazione e circolo (fase d'azione) fino al momento in cui possono essere impiegati mezzi efficaci a correggere la causa che ha determinato l'arresto.

Si tratta perciò di una "procedura di mantenimento", quantunque in alcuni casi possa di per sé correggere la causa e permettere un recupero completo, ad esempio quando la causa che ha determinato l'arresto sia primitivamente respiratoria. Poiché è ampiamente documentato che la tachicardia ventricolare senza polso (TV) e la fibrillazione ventricolare (FV), unici ritmi defibrillabili, rappresentano i più frequenti ritmi di esordio nell'arresto cardiaco, è evidente la necessità dell'uso del defibrillatore automatico esterno (DAE) per permettere un precoce utilizzo dell'unico trattamento efficace in questi casi.

La sopravvivenza in caso di arresto cardiaco dipende dalla realizzazione nella corretta sequenza di una serie di interventi. La metafora della "catena della sopravvivenza" esprime in modo sintetico e facilmente memorizzabile l'approccio universalmente riconosciuto all'arresto cardiaco, sottolineando l'importanza della sequenza e della precocità degli interventi salvavita.

La catena della sopravvivenza è formata da quattro anelli concatenati tra loro, la mancata attuazione di una delle fasi porta inevitabilmente all'interruzione della catena riducendo in modo drasti-

co le possibilità di portare a termine con esito positivo di soccorso. Le nuove linee guida enfatizzano al primo anello della catena cioè il precoce riconoscimento delle condizioni predisponenti all'arresto cardiocircolatorio e richiamano alla necessità di un immediato allertamento del sistema di emergenza. Il secondo anello è costituito dalle manovre di RCP, che consentono di guadagnare tempo in attesa dell'arrivo sul posto del defibrillatore e del supporto avanzato. Il terzo anello è costituito dalla defibrillazione precoce, che consente di interrompere le aritmie (FV/TV senza polso) eventualmente responsabili dell'arresto, al quarto anello vi è la gestione del post arresto, determinante per consentire la ripresa di una adeguata qualità della vita.

Le informazioni riportate sono una sintesi delle conoscenze che è indispensabile avere per affrontare in maniera corretta una situazione drammatica come l'arresto cardiaco.

Sicurezza dello scenario e chiamata di aiuto

Nelle nuove linee guida ERC 2005 si conferma l'attenzione alla sicurezza della scena: viene indicato di assicurarsi che sia la vittima sia gli astanti e i soccorritori siano sicuri. Rispetto alla chiamata d'aiuto indicano di procedere alla valutazione dello stato di coscienza (è rimasta uguale nelle modalità operative):

- se la vittima risponde la si lascia dove la si trova, se non vi è pericolo, e si cerca di capire cosa è successo, si chiede aiuto se serve;
- se non è cosciente si grida per attirare l'attenzione di qualcuno che possa provvedere alla chiamata del soccorso avanzato (aiuto generico) e si chiede il DAE, si posiziona la vittima supina e si aprono le vie aeree, si valuta se c'è



il respiro, polso e segni di circolo, se questi sono assenti si fa chiamare il soccorso avanzato e ci si allontana personalmente per farlo.

Perché: la sicurezza sia del soccorritore che della vittima è prioritaria durante il soccorso.

Le linee guida sottolineano l'importanza della tempestività ma soprattutto della continuità nella esecuzione della RCP una volta iniziata. Trovare qualcuno che effettui la chiamata per il soccorritore già intento a mettere in atto la sequenza BLS si inserisce in quest'ottica. Considerando, inoltre, che sul territorio nazionale le centrali operative 118 alla telefonata del testimone chiedono di verificare se la vittima è cosciente e respira, diventa logico posticipare la chiamata effettiva al sistema di soccorso dopo aver verificato i due parametri.

Apertura delle vie aeree

Si posizionano le mani sulla fronte e sulla punta del mento e si procede alla iperestensione del capo e al sollevamento del mento. Per i sanitari è espressamente previsto il controllo del cavo orale dopo l'apertura delle vie aeree.

Perché: l'incidenza di soffocamento insospettato come causa di incoscienza o dell'arresto cardiaco è bassa; quindi, durante la RCP controllare ordinariamente la bocca per vedere se ci sono corpi estranei non è necessario.

Nessuno studio ha valutato l'uso sistematico di una pulizia del cavo orale con le dita per eliminare i corpi estranei nelle vie respiratorie in assenza di un'ostruzione visibile. Quattro case reports hanno documentato danni alle vittime e al soccorritore in seguito alla pulizia del cavo orale con le dita; è pertanto sconsigliato l'uso di questa tecnica. In caso di corpo estraneo ben visibile è quindi indicato l'uso di pinze o aspiratore.

Valutazione fasi b-c: soppressione delle prime 2 ventilazioni di supporto

Nel primi minuti dopo l'arresto cardiaco, può persistere una bradipnea estrema o un saltuario gasping. Questi fenomeni non vanno confusi con una respirazione normale. Dopo l'apertura delle vie aeree si valutano simultaneamente respiro, polso e segni di circolo (movimenti, tosse) per non

più di 10 secondi. Se non si è certi della loro presenza, si allertano i soccorsi avanzati e si dà inizio alla RCP.

Perché: durante i primi minuti dopo l'arresto cardiaco, la cui causa non sia l'asfissia, il contenuto di ossigeno nel sangue rimane alto e la distribuzione dello stesso al miocardio e al cervello è limitata più dalla ridotta gettata cardiaca che da una mancanza di ossigeno nei polmoni. La ventilazione è inizialmente, quindi, meno importante delle compressioni toraciche. Inoltre, è riconosciuto che l'acquisizione ed il mantenimento delle abilità pratiche sono favoriti dalla semplificazione della sequenza di azioni di BLS. Il respiro e i segni di circolo vengono valutati simultaneamente per accelerare l'inizio della RCP.

Posizione delle mani nelle compressioni toraciche

Porre la parte prossimale del palmo al centro del torace facendo attenzione ad appoggiarla sullo sterno e non sulle coste. Sovrapporre l'altra mano alla prima. Intrecciare le dita delle due mani sovrapposte. Non appoggiarsi sopra l'addome superiore o l'estremità inferiore dello sterno. La frequenza delle compressioni è di 100 al minuto, poco meno di 2 compressioni al secondo.

Perché: gran parte delle informazioni sulla fisiologia delle compressioni toraciche, sugli effetti della variazione della frequenza di compressione, del rapporto di compressione-ventilazione e rispetto del ciclo (rapporto fra il tempo di compressione del torace e il tempo totale fra una compressione e la successiva) sono derivati da modelli animali. Tuttavia, le conclusioni della Consensus Conference 2005 comprendono quanto segue:

- ogni volta che si riprendono le compressioni, il soccorritore dovrebbe porre le mani, senza indugi, al centro del torace;
- comprimere il torace ad una frequenza di circa 100 compressioni al min.;
- porre attenzione a raggiungere la profondità massima di compressione di 4-5 cm (nell'adulto);
- consentire al torace di riespandersi completamente dopo ogni compressione;
- assicurare approssimativamente lo stesso



tempo per compressione e rilasciamento;

- ridurre al minimo le interruzioni nelle compressioni toraciche;
- non considerare il polso carotideo o femorale palpabile come indicatore di flusso arterioso efficace.

Le prove di evidenza sono insufficienti per sostenere una specifica posizione della mano nelle compressioni toraciche durante RCP negli adulti. Le precedenti linee guida suggerivano un metodo di ricerca della metà inferiore dello sterno disponendo un dito sull'estremità inferiore dello sterno e facendo scorrere l'altra mano lungo lo stesso. È stato dimostrato che per i sanitari la stessa posizione della mano può essere trovata più rapidamente se i soccorritori sono addestrati a "porre il calcagno di una mano al centro del torace con l'altra mano sovrapposta", l'insegnamento include una dimostrazione di disposizione delle mani al centro della metà inferiore dello sterno.

La frequenza di compressione si riferisce alla velocità a cui le compressioni vengono eseguite, e non al numero totale erogato in ogni minuto.

Il numero erogato è determinato dalla frequenza, ma anche dal numero di interruzioni per aprire le vie respiratorie, ventilare e permettere l'analisi del DAE. In uno studio ospedaliero i soccorritori hanno registrato una frequenza di compressione fra 100 e 120/min., ma il numero medio di compressioni efficaci risultava ridotto a 64/min. a causa delle frequenti interruzioni.

Durata delle ventilazioni e volumi

Si eseguono due ventilazioni della durata di circa 1". Il volume consigliato è di 500-600 ml.

Perché: durante la RCP lo scopo della ventilazione è garantire un'ossigenazione sufficiente. Il volume corrente ottimale, il ritmo respiratorio e la concentrazione di ossigeno inspirato più efficaci.

Le raccomandazioni correnti sono basate sulle seguenti prove:

- durante la RCP, la perfusione dei polmoni è ridotta sostanzialmente, questo comporta che l'adeguato rapporto ventilazione-perfusione può essere raggiunto con volumi correnti e ritmi respiratori più bassi del normale;
- non solo una iperventilazione (frequenze elevate o volume troppo grande) è inutile, ma è

nociva perché aumenta la pressione intratoracica, facendo così diminuire il ritorno venoso e di conseguenza il volume di sangue arterioso determina, inoltre, una riduzione del flusso ematico coronarico e cerebrale. Tutto questo concorre a ridurre la sopravvivenza;

- quando le vie respiratorie non sono protette, un volume corrente di 1 litro produce una distensione gastrica più significativa che un volume corrente di 500 ml.;
- un basso rapporto ventilazioni-minuto (volume corrente e ritmo respiratorio più basso del normale) possono mantenere una ossigenazione e una ventilazione efficaci durante la RCP. Durante la RCP nell'adulto i volumi correnti adeguati dovrebbero essere di circa 500-600 ml (6-7 ml/kg);
- le interruzioni della sequenza delle compressioni toraciche (per esempio per eseguire le ventilazioni) sono nocive alla sopravvivenza. Erogare ventilazioni più brevi contribuirà a ridurre la durata delle interruzioni a tempi essenziali.

La raccomandazione corrente per i soccorritori è, quindi, di insufflare aria in circa 1 secondo, con volume sufficiente a far espandere il torace, ma evitando ventilazioni troppo veloci o energetiche. Questa raccomandazione si applica a tutte le forme di ventilazione durante la RCP

Presidi per la ventilazione

Non vi è più il suggerimento ad eseguire la bocca a bocca se il soccorritore non se la sente. In questo caso deve procedere solo al massaggio cardiaco. Rimane l'indicazione al bocca-naso e bocca-stoma tracheale in situazioni particolari. Il sistema più appropriato per i sanitari rimane il pallone autoespansibile-maschera con l'aggiunta di O₂.

Perché: la raccomandazione corrente per i soccorritori è di insufflare aria in circa 1 secondo, con volume sufficiente per fare espandere il torace, ma evitando ventilazioni troppo veloci o energetiche.

Questa raccomandazione si applica a tutte le forme di ventilazione durante la RCP, compreso il boccabocca e il pallone-maschera (BVM) con o senza ossigeno supplementare.



Soppressione controlli polso e respiro durante la sequenza

La sequenza viene interrotta solo dall'utilizzo di un DAE oppure dalla ripresa di evidenti segni di circolo, dall'arrivo del soccorso avanzato, dall'esaurimento fisico del soccorritore o dall'arrivo di un medico. La sequenza risulta dunque ininterrotta, senza ulteriori interruzioni per le valutazioni.

28

Perché: non vi è prova che il controllo della presenza del polso carotideo sia diagnosticamente superiore alla valutazione di movimenti, respirazione o tosse ("segni di circolo"). È pertanto indicato per i soccorritori sanitari valutarli entrambi. Se il paziente sembra non avere segni di vita, o se si hanno dubbi in proposito, iniziare immediatamente la RCP. Ritardare la RCP avrà effetti negativi sulla sopravvivenza del soggetto e quindi deve essere evitato.

Se c'è polso o segni di circolo, è necessaria una valutazione medica urgente (secondo i protocolli locali, questo può assumere la forma di una squadra di rianimazione). Mentre il soccorritore sanitario attende questa squadra, deve somministrare ossigeno, continuare il controllo del paziente e (gli infermieri) inserire un cannula endovenosa. Se non c'è respirazione, ma c'è un polso (arresto respiratorio), ventilare il paziente (10 ventilazioni al minuto - 1 ventilazione ogni 6 secondi) e controllare il circolo ogni 10 ventilazioni (1 minuto).

Rapporto compressioni/ventilazioni

Attualmente il rapporto compressioni/ventilazioni è di 30:2.

Perché: le prove di evidenza derivanti da studi sull'uomo sono insufficienti per indicare il miglior rapporto compressione-ventilazione. I dati provenienti da studi sugli animali sostengono l'opportunità di un aumento nel rapporto compressioni ventilazioni dal precedente 15:2, un modello matematico suggerisce che un rapporto di 30:2 fornirebbe il compromesso migliore fra il flusso ematico e l'ossigeno somministrato. Ciò dovrebbe fare diminuire il numero di interruzioni nella compressione, ridurre la probabilità di iperventilazione, semplificare l'insegnamento e migliorare

il mantenimento delle abilità. La persona che applica le compressioni toraciche dovrebbe cambiare ogni 2 minuti.

Rcp per 2 minuti prima della defibrillazione negli arresti cardiaci non testimoniati (per i soccorritori sanitari)

Nell'arresto cardio-respiratorio extraospedaliero non testimoniato, in cui intervengano soccorritori professionali provvisti di defibrillatori manuali o semiautomatici, si deve eseguire RCP con rapporto 30 compressioni toraciche: 2 ventilazioni per 2 minuti (cioè circa 5 cicli) prima del tentativo di defibrillazione.

In caso invece di AC extraospedaliero testimoniato da soccorritori professionali, di AC intraospedaliero, oppure di intervento di soccorritori non sanitari sul territorio, tentare immediatamente la defibrillazione.

Perché: numerosi studi recenti, clinici e sperimentali, hanno suggerito che un periodo di RCP prima della defibrillazione possa incrementare le probabilità di ritorno del circolo spontaneo, di sopravvivenza alla dimissione e di sopravvivenza a 1 anno, in particolare in caso di arresto prolungato. Pertanto, non essendo spesso quantificabile la durata dell'arresto in assenza di soccorritori professionali, è ragionevole che questi eseguano RCP per 2 minuti in tutti gli arresti extra-ospedalieri NON testimoniati.

Il rapporto 30 compressioni toraciche: 2 ventilazioni sostituisce il precedente 15:2 per la dimostrata necessità di aumentare il supporto circolatorio, soprattutto coronarico e cerebrale mediante massaggio cardiaco esterno, e ridurre la frequente iperventilazione osservata in corso di RCP. A sostegno di ciò, dati sperimentali indicano che una frequente e prolungata interruzione delle compressioni toraciche è deleteria per la sopravvivenza.

Strategia della defibrillazione

Trattare i ritmi defibrillabili con un singolo shock, utilizzando un'energia iniziale di 360 J per i defibrillatori monofasici e di almeno 150 J per i bifasici, precisando che l'energia iniziale dovrà essere 200 J per i bifasici manuali, se non chiaramente specificata l'energia iniziale consigliata per l'apparecchio in uso.



Immediatamente dopo l'erogazione della scarica, NON controllare il ritmo né il polso, ma riavviare la RCP con rapporto MCE: ventilazioni di 30:2 per 2 minuti (cioè circa 5 cicli), dopo di che controllare il ritmo: in caso di persistenza di ritmo defibrillabile dopo 2 min di RCP, erogare una seconda scarica (360 J fissi per gli apparecchi monofasici, 150-360 J per i bifasici) e subito dopo riprendere la RCP con rapporto 30:2 per 2 minuti, nuovamente senza controllare il ritmo al monitor.

Perché: la somministrazione di triplette di shock e l'analisi del ritmo dopo ogni scarica comportano ingiustificate interruzioni prolungate delle compressioni toraciche e - di conseguenza - del supporto circolatorio coronarico e cerebrale da esse fornito. In realtà, non esistono studi pubblicati sull'uomo o sull'animale da esperimento che abbiano confrontato direttamente il protocollo di shock singolo versus triplette di shock, tuttavia studi sperimentali mostrano che interruzioni relativamente brevi delle compressioni toraciche per l'analisi del ritmo si associano a disfunzione miocardica post-rianimatoria e ridotta sopravvivenza, oltre che a minore efficacia nella conversione della FV in ritmo organizzato.

Inoltre, quand'anche lo shock sia stato in grado di convertire un ritmo defibrillabile in un ritmo perfusivo, è molto raro che sia apprezzabile un polso immediatamente dopo la defibrillazione e il ritardo derivante dal controllo del polso comprometterebbe ulteriormente le riserve energetiche del miocardio.

In conclusione, è raccomandato ridurre al minimo le interruzioni delle compressioni toraciche limitando la terapia elettrica all'erogazione di un solo shock sia per i defibrillatori monofasici che per i bifasici, ed effettuando l'analisi del ritmo dopo 2 min di RCP eseguita immediatamente post-shock.

Compressioni toraciche fino all'applicazione delle piastre

I soccorritori sanitari devono prima verificare i segni di circolo e, se sono esperti, controllare il polso carotideo per 10 secondi, poi, se essi stessi sono stati testimoni dell'AC, proseguono nella stessa sequenza:

- se sono da soli applicano le piastre del DAE;
- se sono presenti più soccorritori, mentre alcuni

procedono alla RCP l'operatore DAE applica le piastre. In caso di arresto non testimoniato da loro protraggono la RCP per due minuti prima di operare la defibrillazione con le modalità appena descritte.

Perché: la defibrillazione immediata, non appena un DAE diventa disponibile, è stato sempre un elemento chiave nelle linee guida di riferimento e nell'insegnamento ed è considerato tuttora di capitale importanza per la sopravvivenza in pazienti con FV. Questo concetto però è stato in parte rivisto perché la letteratura suggerisce che l'immediato inizio della RCP, o almeno delle compressioni toraciche, protratte per un certo periodo prima della defibrillazione - quando il tempo fra la chiamata dell'ambulanza ed il suo arrivo eccede i 5 min - e la sua prosecuzione ininterrotta fino all'erogazione dello shock, può migliorare sensibilmente la sopravvivenza.

Soppressione controlli polso dopo shock

Non appena arriva il defibrillatore, applicare le piastre al torace e far analizzare il ritmo. Se sono presenti FV/TV il defibrillatore si carica e il soccorritore eroga lo shock (150-200-J bifasico o 360- J monofasico). Senza rivalutare il ritmo o controllare il polso, il soccorritore riprende la RCP (rapporto 30:2) subito dopo la scarica, cominciando con le compressioni toraciche.

Perché: anche se il tentativo di defibrillazione riesce a ristabilire il ritmo cardiaco, è molto raro che il polso carotideo torni palpabile subito dopo la scarica, il controllo del polso fa solo ritardare la ricomparsa della perfusione e quindi comprometterà ulteriormente il miocardio. Se è stato ristabilito un ritmo cardiaco, l'applicazione delle compressioni toraciche non aumenta la probabilità di ricomparsa di FV. In presenza di una asistolia post-shock, le compressioni del torace possono indurre favorevolmente una FV (sensibile alla defibrillazione).

Posizione degli elettrodi

Attualmente per la defibrillazione delle FV viene confermata la posizione già consigliata nelle precedenti linee guida (una piastra lateralmente a



destra dello sterno, sotto la clavicola e la seconda sulla linea ascellare media, a livello della derivazione V6 dell'ECG), ma qualora vi siano degli impedimenti come ad esempio un pace-maker o un defibrillatore impiantabile vengono consigliati altri 3 siti:

- una placca posta sull'apice anteriormente (posizione standard) e l'altra placca applicata posteriormente, nella parte superiore del torace, a destra o a sinistra;
- una placca posta sul precordio di sinistra anteriormente e l'altra in modo speculare posteriormente, medialmente alla scapola sinistra;
- una placca posta sulla linea ascellare media sinistra e l'altra sempre sulla linea ascellare media, ma a destra.

Si consiglia sempre di non defibrillare su dispositivi sottocutanei, né su cerotti transdermici, né direttamente sul tessuto mammario nelle donne.

Perché: nessuno studio sull'essere umano ha valutato la posizione degli elettrodi come determinante per il ripristino della circolazione o della sopravvivenza dall'arresto cardiaco da FV/TV.

È stato dimostrato che l'impedenza toracica viene ridotta al minimo quando l'elettrodo dell'apice non è disposto sul seno femminile.

La posizione asimmetrica dell'elettrodo apicale ha minore impedenza quando è posto longitudinalmente piuttosto che trasversalmente. L'asse lungo della piastra apicale dovrebbe dunque essere orientato in senso cranio-caudale.





News from the web

Elenco siti utili

di IPAFD Paola Pozzi*

Sharelook: Assistenza infermieristica

Sharelook Links. Related Links. Raccomandazioni. Servizi. Sharelook: Assistenza infermieristica. Ricerca Portale ... Sharelook: Assistenza infermieristica. Meta-Cerca. Ricerca live ... Qualità assistenza infermieristica Presenta la prevenzione delle infezioni delle ferite chirurgiche attraverso l...
www.sharelook.it/salute/assistenza_infermieristica.html

Infermieristica.com - Master Universitario - Assistenza Domiciliare

Nursing Universitario Sito dedicato a studenti universitari infermieri - infermieristica ... di I livello in "Assistenza infermieristica domiciliare" è indirizzato a coloro ... acquisire o approfondire le conoscenze e l'esperienza sull'assistenza. infermieristica domiciliare...

www.infermieristica.com/modules.php?name=News&file=article&sid=57

Assistenza infermieristica domiciliare

Comunicazione sociale, informazioni sociali e sanitarie, assistenza privata a domicilio, prestazioni infermieristiche a domicilio, consulenze professionali ... Assistenza infermieristica domiciliare. Il servizio di assistenza infermieristica a domicilio proposto dal SALVA-la...

www.salvalagente.it/vecchioso/assistenza_infermieristica_domic.htm

Museo dell'assistenza infermieristica

Categoria: Arte e Cultura. Argomento: Musei e Gallerie. Museo dell'assistenza infermieristica. DESCRIZIONE. Nel Museo sono raccolte testimonianze di diverse tipologie (fotografiche, illustrative, documentali) e materiali assistenziali ... Museo dell'assistenza infermieristica. Indirizzo. Istituti Ortopedici Rizzoli - Istituto di ...

urp.comune.bologna.it/webcity/webcity.nsf/0/...?OpenDocument

Sullarete.it: Top > Salute e medicina > Assistenza infermieristica

Nella Directory Solo in Salute e medicina/Assistenza infermieristica. Sito dedicato ai centri per disabili e per anziani non autosufficienti -

Visita questo Sito: www.sullarete.it/portal/browse.php?cat=132



Medicina, e-Medicina.it

Il portale Xagena offre news aggiornate per i medici ed i pazienti divise per specialità...

www.e-medicina.it

Medicina (Salute) - Medicina

Medicina on line by SALUS - Medicina in Rete, Salute, Farmaci, Terapie, Malattie risorse di medicina. Sito di medicina con strumenti di aiuto per medici e pazienti ... sezioni medicina. ... Related search - medicina - tesi laurea medicina - tesi medicina ... risultati test medicina. libri medicina. medicina e salute. medicina alternativa. test ammissione medicina chirurgia...

www.scuoladiagopuntura.it/info/salute/medicina/medicina.php

Medicine Naturali, Guida alla Salute Naturale - Hpage

... Biologico Naturali e Spirituali - Leggi, Studia, Pratica e starai in Perfetta Salute, senza Farmaci ne ... Quindi ciò significa: MEDICINA QUALITÀ con e nelle. MEDICINE NATURALI...

www.mednat.org

Pronto.it: Medicina e Salute

Medicina Estetica (15) Medicina Sportiva (2) Ospedali e Centri Medici (43 ... Nonfumatori.it - Medicina.it - anestesia e terapia del dolore - Punto Salute - Salute online - Webhospital...

www.pronto.it/directory/Medicina_e_Salute

IlTrovatore Directory Italia: Medicina e salute: Medicina alternativa

Directory Italia - in tutta la Directory - in questa Categoria - Directory Italia - Categorie - Siti e Pagine Web - Natsabe - Erboristeria professionale online italiana, con prodotti ed alimenti che consentono di aumentare la propria qualità di vita... e sistemi idonei a ricercare e a conseguire l'unità e il benessere fisico, psichico e spirituale, individualmente e ...categorie

www.iltrovatore.it/.../Medicina_e_salute/Medicina_alternativa

Offerte di lavoro di Healthcare - Professionisti - Medicina e Salute

Trova offerte di lavoro in Healthcare - Professionisti - Medicina e Salute - InfoJobs, il leader Europeo del recruiting online. Oltre 2.000.000 persone e 30.000 imprese già usano con successo InfoJobs. ... 05/09. INFERMIERI/E PROFESSIONALI. AxL S.p.A. - Agenzia per il Lavoro ... massaggiatore. lifenergy srl. Monza e Muggiò. 28/08. Infermiere ... 28/08. Consulente. Roberto Tansella. Monza e Brianza

www.infojobs.it/oferta/sitemap/pLlistatOfertesSiteMapSenseJS.cfm?sCategoria=Healthcare - Professionisti - Medicina e Salute...

Solaris

La salute e il benessere attraverso medicina alternativa, olistica, medicina cinese, yoga, meditazione, bioritmi e grafologia. Categoria: Medicina e salute > Salute e benessere

www.solaris.it



LifeGate | salute | Medicina Cinese e Tibetana

... guida michelin)elenco telefonicometeosoldiricerca del partnercheck up in casa. Medicina Cinese e Tibetana ... Un'istantanea sulla propria salute. Storia di un'antica tradizione familiare...
www.lifegate.it/salute/rubrica.php?id_rubrica=24

CESTIM - La salute degli immigrati

Scheda Cestim sulla salute e il diritto alla assistenza sanitaria dei cittadini stranieri ... Scheda in continua elaborazione ed aggiornamento. Immigrazione e salute ... on line materiali scaricabili sulla medicina islamica e albanese. Salute e intercultura a cura di Maria...
www.cestim.it/21salute.htm

* AFD - Area Chirurgica e Ambulatori - Ospedale Valduce - Como

QUOTA ISCRIZIONE 2006

Ricordiamo agli iscritti
che non hanno ancora provveduto
al pagamento della quota
di iscrizione a causa del mancato
recapito del bollettino
da parte di Poste Italiane,
che il versamento
di € 70,00 può essere effettuato
su C/C postale n. 40220469
intestato a Collegio IPASVI
provincia di Como.



Costo:

€ 40,00 IPASVI

Como

€ 80,00 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 aperturaiscrizioni:**mercoledì 18****ottobre 2006** e fino

ad esaurimento

posti (vedi modalità

iscrizioni eventi for-

mativi)

La pianificazione assistenziale dal piano al case management

in collaborazione con Centro Studi e Formazione Fatebenefratelli

Como - Centro Cardinal Ferrari

6/7 novembre 2006**6 novembre 2006****Ore 9.00**

▷ Somministrazione questionario d'ingresso

Ore 9.10 - 12.30

▽ LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

▷ L'uomo e i suoi bisogni

▷ I modelli concettuali di riferimento

▷ Identificare un modello orientato al paziente ed al professionista

Ore 12.30 - 13.30

▷ Pausa

Ore 13.30 - 16.00

▷ Lavoro a piccoli gruppi con produzione di elaborato finale: "Come si indaga un bisogno".

Ore 16.00 - 17.00

▷ Discussione guidata in plenaria

7 novembre 2006**Ore 9.00 - 12.30**

▽ LA DIAGNOSI INFERMIERISTICA

▷ Il piano di assistenza e la diagnosi infermieristica

▷ Il piano di assistenza: gli obiettivi assistenziali gli indicatori di verifica. La gestione dell'OSS come integrazione alla pianificazione assistenziale

Ore 12.30 - 13.30

▷ Pausa

Ore 13.30 - 15.45

▽ LA DIAGNOSI INFERMIERISTICA

▷ La cartella infermieristica: strutturazione del documento sulle fasi del piano

Ore 15.45 - 16.45

▷ Discussione guidata in plenaria

Ore 16.45 - 17.00

▷ Questionario Ecm di uscita



Costo:

€ 60,00 IPASVI

Como

€ 120,00 IPASVI

iscritti ad altri Collegi

Destinatari:

Infermieri

Coordinatori

Posti a disposizione:

n. 27 IPASVI Como

n. 3 IPASVI iscritti ad altri Collegi

Data apertura

iscrizioni:

giovedì 19

ottobre 2006 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità iscrizioni eventi formativi)

La gestione dei collaboratori

in collaborazione con Centro Studi e Formazione Fatebenefratelli

Como - Centro Cardinal Ferrari

13/14/15 novembre 2006

13 novembre 2006

Ore 9.00 - 12.30

- ▷ Il Dirigente: da autorità ad autorevolezza
- ▷ Il Dirigente: professionalità e identità
- ▷ Il Dirigente: imparare ad apprendere - le nuove capacità richieste
- ▷ Il Dirigente: l'intelligenza emotiva (lavoro a piccoli gruppi)

Ore 12.30 - 13.30

- ▷ Pausa

Ore 13.30 - 17.30

- ▷ La gestione del cambiamento: dal cambiamento individuale al cambiamento organizzativo, i nuovi contesti organizzativi, atteggiamenti da attivare, apprendimenti da favorire, resistenze ed alibi
- ▷ La motivazione: il comportamento organizzativo: conoscenza critica di alcune teorie motivazionali (lavoro a piccoli gruppi)
- ▷ Ricerca sulla motivazione al lavoro e sui fattori motivanti
- ▷ La motivazione nell'organizzazione (fattori hard e soft): il Dirigente come agente di motivazione (lavoro a piccoli gruppi)

14 novembre 2006

Ore 9.00 - 12.30

- ▷ La leadership: conoscenza critica di alcuni stili di leadership e loro superamento
- ▷ La leadership: le abilità ottica di autorevolezza
- ▷ La leadership: La delega e gestione di risorse umane (lavoro a piccoli gruppi)
- ▷ La leadership: dibattito guidato

Ore 12.30 - 13.30

- ▷ Pausa

Ore 13.30 - 17.30

- ▷ Team building: la vision del gruppo di lavoro
- ▷ Team building: la mappa delle competenze e il conduttore di gruppo tra resistenze e risorse
- ▷ La comunicazione efficace capo/collaboratore
- ▷ la capacità di ascolto: saper sostenere e riconoscere
- ▷ la comunicazione calda: dirigere con il cuore (lavoro a piccoli gruppi)
- ▷ la comunicazione e il clima aziendale (dibattito guidato)

15 novembre 2006

Ore 9.00 - 12.30

- ▷ Il concetto di conflitto
- ▷ Il recupero del cliente - collaboratore conflittuale

Ore 12.30 - 13.30

- ▷ Pausa

Ore 13.30 - 17.15

- ▷ La rilevazione dei conflitti all'interno delle Unità Operative
- ▷ Dibattito guidato

Ore 17.15 - 17.30

- ▷ Questionario Ecm di uscita



Costo:

€ 30,00 IPASVI

Como

€ 60,00 IPASVI iscritti

ad altri Collegi

Destinatari:

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

Posti a disposizione:

n. 23 IPASVI Como
n. 2 IPASVI iscritti ad
altri Collegi

Data aperturaiscrizioni:**giovedì 19**

ottobre 2006 e fino
ad esaurimento
posti (vedi modalità
iscrizioni eventi
formativi)

Evento**n. 1830-242365****Crediti ECM 9**

Infermieri e codice deontologico fra l'essere e il dover essere

Como - Centro Cardinal Ferrari

16/23/28 novembre 2006**16 novembre 2006****Ore 14.30 - ore 16.00:**

- ▷ La deontologia professionale: cenni storici
- ▷ L'essere e il dover essere del professionista: un primo approccio al codice deontologico infermieristico del Maggio 1999
- ▷ Il codice deontologico del 1999: la premessa, i principi etici, le norme generali

Ore 16.00 - ore 16.15

- ▷ Codici scritti, responsabilità professionale, e dimensione individuale: visione di un filmato

Ore 16.15 - ore 16.30

- ▷ Pausa

Ore 16.30 - ore 17.30

- ▷ Lavoro in gruppi

Ore 17.30 - ore 18.30

- ▷ Discussione guidata in plenaria

23 novembre 2006**Ore 14.30 - 15.45**

- ▷ Il codice deontologico del 1999 - "i rapporti con la persona assistita"
- ▷ la capacità di ascolto e di comunicazione tra infermiere e paziente come strumento di aiuto
- ▷ il concetto di responsabilità e il paziente: promuovere la cultura della salute
- ▷ il coinvolgimento del paziente: autonomia o autodeterminazione?

Ore 15.45 - 16.00

- ▷ Pausa

Ore 16.00 - 18.00

- ▷ Visione di un filmato
- ▷ Role-play
- ▷ Discussione guidata in plenaria

Ore 18.00 - 18.30

- ▷ "Compiti a casa"

28 novembre 2006**Ore 14.30 - 15.30**

- ▷ Il codice deontologico del 1999: "I rapporti con colleghi, con altri operatori e con le istituzioni".

Ore 15.30 - 16.00

- ▷ Esercizio: "Le parole chiave"

Ore 16.00 - 16.15

- ▷ Pausa

Ore 16.15 - 18.30

- ▷ Lavoro in gruppo in relazione ai "compiti a casa"
- ▷ Valutazione dell'apprendimento e conclusione dei lavori.



Stress, burnout, mobbing: dalle indagini alla prevenzione

in collaborazione con Centro Studi e Formazione Fatebenefratelli

Como - Centro Cardinal Ferrari

27/28 novembre 2006

Costo:

€ 40.00 iscritti IPASVI

Como

€ 80.00 iscritti ad

altri Collegi IPASVI

Destinatari:

Infermieri, Infermieri

Coordinatori,

Infermieri

Pediatrici/Vigilatrici

D'Infanzia, Assistenti

Sanitari

Posti a disposizione:

n. 27 IPASVI Como

n. 3 iscritti ad altri

Collegi IPASVI

Data apertura

iscrizioni:

mercoledì 25

ottobre 2006 e fino

ad esaurimento

posti (vedi modalità

iscrizioni eventi

formativi)

27 novembre

9.00/12.30

▽ IL BURNOUT ASPETTI CONOSCITIVI E DI SOCIOLOGIA DEL LAVORO:

- ▷ Modello ideale di team
- ▷ Modello reale di team
- ▷ Influenza del burnout sui modelli
- ▷ Autori, orientamenti, evidenze
- ▷ Eziologia del fenomeno
- ▷ Manifestazioni
- ▷ Conseguenze in ambito sanitario

13.30/17.30

- ▷ Gli strumenti per la rilevazione
- ▷ Indagine sul campione dei discenti
- ▷ Modelli e modalità preventive
- ▷ Le prospettive

28 novembre

9.00/12.30

▷ Restituzione dell'indagine sul burnout effettuata nella 1° giornata

▷ Commento e discussione

▽ IL MOBBING: ASPETTI CONOSCITIVI

- ▷ Genesi del fenomeno
- ▷ Settori di concentrazione del fenomeno
- ▷ Modelli di approccio

13.30/17.30

▽ PRESENTAZIONE E VISIONE DI SPECIFICO AUDIOVISIVO

- ▷ Commento e discussione sull'audiovisivo
- ▷ Comparazione con gli assunti teorici
- ▷ La situazione Italiana: normativa, risposte al fenomeno, prospettive
- ▷ Considerazioni conclusive



Costo:

€ 20,00 IPASVI

Como

€ 40,00 IPASVI iscritti

ad altri Collegi

Destinatari:

Infermieri

Posti a disposizione:

n. 23 IPASVI Como

n. 2 IPASVI iscritti ad
altri CollegiData aperturaiscrizioni:**mercoledì 8****novembre 2006** e
fino ad esaurimento
posti (vedi modalità
iscrizioni eventi
formativi)

La contenzione fisica e farmacologica: implicazioni assistenziali, etiche e deontologiche

Como - Centro Cardinal Ferrari

13 dicembre 2006**8,30 - 9,00**

▷ Presentazione dei partecipanti/docente, del corso, obiettivi, metodologia di lavoro

9,00 - 9,15

▷ Contenere fisicamente: quando sì e quando no?

9,15 - 9,45

▷ I vissuti dell'infermiere davanti al paziente "incontenibile": l'esperienza dei partecipanti

9,45 - 11,00

▽ CONTENZIONE FISICA: TERMINI E PROBLEMI

▷ I dispositivi di contenzione

▷ Rischi ed effetti collaterali derivanti dalla contenzione

▷ I vissuti psicologici del paziente contenuto

11,00 - 11,15

▷ Pausa - caffè

11,15 - 12,30

▽ STRATEGIE ASSISTENZIALI ALTERNATIVE ALLA CONTENZIONE

▷ Gli interventi sull'ambiente

▷ Gli interventi relazionali

▷ Il coinvolgimento del nucleo familiare

▷ La prevenzione delle cadute

12,30 - 13,30

▷ Pausa pranzo

13,30 - 14,45

▷ La prescrizione medica finalizzata all'attuazione della contenzione fisica

▷ Caratteristiche dell'ordine medico in situazioni d'emergenza

▷ Caratteristiche del processo assistenziale durante l'applicazione della contenzione fisica e farmacologica

▷ Il consenso informato nell'uso dei presidi assistenziali e terapeutici limitanti la libertà dell'assistito

14,45 - 15,00

▷ Medico, Infermiere e contenzione

15,00 - 15,15

▷ Pausa caffè

15,15 - 15,45

▽ ASPETTI ETICI E DEONTOLOGICI RELATIVI ALL'IMPIEGO DELLA CONTENZIONE

▷ Contenzione e valori etici

▷ Contenzione e deontologia infermieristica

15,45 - 16,00

▷ Aspetti giuridici della contenzione

16,00 - 17,15

▷ Uso e disuso della contenzione fisica

17,15 - 17,30

▷ Verifica dell'apprendimento e conclusione dei lavori

Evento n. 1830 -
266177

La gestione del dolore

Como - Centro Cardinal Ferrari

9/13/30 novembre - 5 dicembre 2006

In collaborazione con Associazione Farmacisti
non Titolari di Como e Lecco

Costo:

€ 40,00 iscritti IPASVI

Como

€ 80,00 iscritti ad

altri Collegi IPASVI

Destinatari:

Infermieri, Infermieri

Pediatrici/Vigilatrici

D'Infanzia

Posti a disposizione:

n. 27 iscritti IPASVI

Como

n. 3 iscritti ad altri

Collegi IPASVI

Data apertura

iscrizioni:

mercoledì 18

ottobre 2006 e fino

ad esaurimento

posti (vedi modalità

iscrizioni eventi

formativi)

9 novembre 2006

14.30/18.30

Dott. Giovanni Casiraghi

▷ La "malattia" dolore: il paziente ostaggio

13 novembre 2006

14.30/18.30

Dott. Daniele Merazzi / IP Franca Lazzari

▷ Il dolore nel neonato e nel bambino

30 novembre 2006

14.30/18.30

Dott. Vittorio Iorno / IP Nadia Zaretti

▷ Il dolore post-chirurgico: terapie

5 dicembre 2006

14.30/18.30

Dott. Antonio Iraci / IP Nicoletta Pozzi

▷ La "malattia" dolore: psicologia del dolore e il dolore psichiatrico

OBIETTIVO SPECIFICO: Tutti gli infermieri si trovano a constatare il sintomo dolore nel paziente, ricoverato e non. Spesso tale sintomo diventa ottenebrante e non è assolutamente "obbligatorio". Conoscere le varie forme di analgesia, anche alla luce delle esperienze del mondo anglosassone, aiuta a fornire motivazioni al paziente che, liberato dal dolore, può vedere meno cupamente il futuro.



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

40

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**.



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 26 settembre 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.

Tic tac-tic tac

Ecco il tic tac che scandisce le ore
sembra il tum tum che senti sul cuore;
ti chiama, ti dice: "presto fai tardi";
non ti concede pause o ritardi.

"Forza è l'ora di andare al lavoro;
no, non c'è tempo per la colazione;"
sveglia e orologio ti dicono in coro;
il male dei mali è la distrazione.

Non devi fermarti, non devi osservare
non puoi distrarti ad ascoltare
quello che il mondo vorrebbe dirti;
potrebbe ingannarti; potrebbe stupirti;
potrebbe parlarti di contemplazione,
di sogni, di incanto, di emozione;
potrebbe convincerti che soffermarsi
qualche secondo per ascoltarsi
è il modo migliore di viver la vita,
prima che, senza che te ne accorga,
il sole per te più non risorga,
e la tua corsa sia finita.

Torna il tic tac che segna il minuto,
riprendi il ritmo che avevi perduto
riprendi a correre senza fiato;
qualcuno forse ti aveva ingannato.
Non si può vivere perdendo tempo.
potresti perdere qualche evento,
potrebbe sfuggirti qualche occasione
di arrivar primo a destinazione.
Ma alla fine, arrivato al traguardo,
ti accorgi di esser stato codardo:
sei giunto primo nell'aldilà
ed ora aspetti per l'eternità.

(Losca - 21 maggio 2001)



Parere favorevole del Consiglio Superiore di Sanità all'esecuzione dei prelievi arteriosi per gli infermieri

Il Consiglio Superiore di Sanità, sessione XLV, nella seduta del Seduta del 23 giugno 2006 ha analizzato il tema del "PRELIEVO ARTERIOSO" a seguito della richiesta del Direttore generale della ASL di Latina Presidio Ospedaliero Nord.

...Osservato che:

- il prelievo arterioso dell'arteria radiale per emogasanalisi possa configurarsi come atto non esclusivamente medico ma anche di competenza dell'infermiere;
- la tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi è relativamente semplice e di grande utilità e, tuttavia, non è scevra da rischi e complicanze;
- la procedura tecnica è spesso descritta in un protocollo condiviso da medici e personale infermieristico;
- la redazione di tale protocollo contempla l'indicazione specifica almeno dei seguenti dati: a) tipologia del prelievo arterioso; b) le motivazioni per cui esso viene effettuato; c) la tipologia di paziente; d) le patologie intercorrenti e la terapia in corso che possono aumentarne il rischio; e) il posizionamento del paziente; f) le sedi indicate e preferenziali per adulti e neonati; g) le precauzioni da adottare; h) l'emostasi; i) altre indicazioni ritenute utili.

Tenuto conto che l'infermiere possiede le conoscenze teoriche necessarie apprese nel percorso formativo base:

- la tecnica del prelievo arterioso è appresa in ambiente appropriato e protetto;
- la tecnica una volta appresa in modo corretto diventa una tecnica di competenza;
- l'apprendimento riguarda anche la prevenzione delle complicanze ed il loro trattamento.

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

All'effettuazione del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi da parte dell'infermiere, sia in ospedale, sia in ambulatorio che nell'espletamento del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) semplice e complessa,

a condizione che:

1. l'infermiere ne abbia acquisito la completa competenza, secondo le modalità definite dalle vigenti normative in materia di profilo ed attività professionali, ordinamenti didattici e deontologia;
2. sia prevista sempre, per le correlate implicazioni sia mediche che infermieristiche, l'esistenza - nell'UO o nella struttura sanitaria di riferimento - di un protocollo operativo correttamente redatto, condiviso ed approvato, che sia in grado di:
 - assicurare la buona pratica di tecnica del prelievo arterioso dall'arteria radiale per emogasanalisi;
 - garantire l'adozione di ogni utile misura di prevenzione delle complicanze e del necessario trattamento nonché la tempestiva gestione dei rischi connessi.



Bloccati i nuovi corsi di formazione on-line

I corsi on-line per le professioni sanitarie già attivati potranno concludersi, mentre non se ne possono fare partire di nuovi. Con questa decisione che da un colpo alla botte ed uno al cerchio i Ministeri interessati hanno cercato di porre fine al problema della validità dei corsi on-line rivolti ai professionisti della sanità contro cui la **Federazione Nazionale IPASVI** aveva chiesto un intervento deciso di blocco totale.

In data 14 luglio 2006, tramite Decreto Interministeriale **“Modifiche al D.I. 15 aprile 2005 - Corsi di studio a distanza per le professioni sanitarie”** il Ministero dell’Università e della Ricerca, di concerto con il Ministro per le riforme e l’innovazione nella pubblica amministrazione, ha abrogato la lettera c) articolo unico del D.I. 15 aprile 2005 disponendo che: *“Le Università degli studi e le Università telematiche che hanno già attivato corsi di studio preordinati al rilascio delle lauree per le professioni sanitarie ai sensi del decreto 15 aprile 2005, sono autorizzate a completarli”*.

L’articolo 2, comma due, invece, dispone che *“A partire dalla data del presente decreto le Università di cui al comma 1 non possono procedere a nuove iscrizioni ai corsi di laurea per le professioni sanitarie.”*

(http://www.miur.it/0006Menu_C/0012Docume/0015Atti_M5777Modifi_cf2.htm)

Italia paese di pillole e medici

Secondo l’ultimo “Health data” (riferito al 2004) dell’Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) l’Italia risulta fra le posizioni più alte in termini di consumo di farmaci. Infatti gli Italiani spendono 512 dollari all’anno per comprare medicinali mentre la media OCSE si attesta ai 393 dollari. Dal rapporto risulta anche che in Italia abbiamo tanti medici, ben 4,2 per mille abitanti contro una media dei Paesi OCSE che invece è solo di tre. Modesto invece il numero del personale infermieristico: **possiamo contare solo su 5,4 infermieri per mille abitanti rispetto** alla media paesi OCSE che invece è di 8,3 operatori.

Sempre in questo rapporto possiamo evidenziare che tra il 1990 e il 2004 le spese sanitarie sono aumentate più velocemente della crescita del PIL, ovunque, tranne che in Finlandia.

In Italia la spesa è cresciuta in media del 3,5% anno arrivando all’8,4% del PIL, una percentuale comunque sotto la media OCSE (8,9%) e più bassa rispetto a Francia e Germania che investono oltre il 10% del loro PIL.

(Fonte Il Sole24Ore Sanità 4-10 luglio 2006)



Esclusività dei primari: è carta bianca per le regioni

La polemica estiva suscitata dall'annuncio del **Ministro della Salute, On. Livia Turco** di voler rivedere le regole del rapporto di lavoro medico, prevedendo l'obbligo di esclusività per i primari sembra aver offuscato un particolare: già oggi le Regioni possono pretendere il giuramento di fedeltà dai Direttori di Struttura Complessa.

A sancire questa impostazione è la **sentenza n. 181, depositata il 5 maggio 2006 dalla Corte Costituzionale** secondo cui la legge 138/2004 si è limitata a cancellare per i medici dirigenti l'irreversibilità dell'opzione di lavorare in esclusiva con il SSN, ma non ha abrogato il comma 5 dell'articolo 15-quinquies del D.Lvo 502/92 secondo cui gli incarichi di struttura complessa implicano il rapporto di lavoro esclusivo, lasciando alle Regioni la facoltà di disciplinare le modalità relative al conferimento degli incarichi di Direzione.

Oggi infatti, in Toscana e in Umbria è già obbligatoria l'esclusività, mentre in Emilia si tratta di un titolo preferenziale.

Come dire, un ritorno al centralismo?

(Fonte *Il Sole24Ore Sanità* 5-11 settembre 2006)

Infermieri: no alle coop, si alle agenzie di lavoro: importante sentenza circa la partecipazione a gare per la fornitura di servizi infermieristici

Una **Sentenza del TAR del Piemonte (N. 2711, depositata il 27 giugno 2006)** ha accolto il ricorso proposto dalle Agenzie per il lavoro associate (APLA) annullando l'esito di una gara indetta dall'Azienda Ospedaliera "San Giovanni Battista" di Torino per l'espletamento di prestazioni infermieristiche per la durata di tre anni (prorogabili per altri tre) per un totale di 120 Infermieri per il San Giovanni, più 35 da destinarsi all'Azienda Sanitaria Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna.

La sentenza ha stabilito che, trattandosi di somministrazione di lavoro, e non di una gara per un normale appalto di servizi, come per la lavanderia, le pulizie o la sterilizzazione, è necessario attenersi alla apposita regolamentazione definita dalla c.d Legge Biagi (legge 14 febbraio 2003, n. 30).

In particolare, si legge nella sentenza, "l'esercizio dell'attività di somministrazione di lavoro è subordinato all'ottenimento della autorizzazione ministeriale e alla conseguente iscrizione ad apposito albo" che l'AO Torinese non aveva chiesto. Tale autorizzazione è esplicitamente prevista agli articoli 4, 5 e 21 del D.Lvo 276/2003, attuativo della Legge Biagi. Tale impostazione normativa è stata prevista per evitare il rischio di caporalato, con la finalità di garantire a tutti i lavoratori lo stesso trattamento e le medesime garanzie.

(Fonti: *Il Sole24Ore Sanità* 11-17 luglio 2006, e TAR Piemonte, seconda sezione, sentenza n. 2711, anno 2006, *La Stampa* del 26/6/2006)



Fecondazione: sulle nuove linee guida è polemica

Il **Ministro della Salute Livia Turco**, il 20 luglio scorso ha affidato a **Maura Cossutta**, ex parlamentare del PDCI, l'incarico di revisionare le linee guida della contestata legge 40 sulla procreazione assistita emanate dal precedente Governo. Una decisione che ha suscitato perplessità e polemiche a causa dell'impegno profuso da Cossutta contro la legge ai tempi del Referendum.

Le linee guida rappresentano il braccio tecnico della legge e devono essere riviste periodicamente (ogni tre anni) per i necessari aggiornamenti scientifici, legati a nuove scoperte o nuove terapie.

(Fonte Il Sole24Ore Sanità 8-21 agosto 2006)

Avviati i dottorati in Scienze Infermieristiche

Sono finalmente partiti i primi dottorati in Scienze infermieristiche: è la tappa che completa il percorso accademico della professione infermieristica nel nostro Paese.

Il conseguimento dell'importante obiettivo si deve alla sensibilità di alcune prestigiose Università, ma anche al sostegno della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi concretizzatosi, nella fase conclusiva, con il finanziamento di alcune borse di studio.

Il primo bando ad essere pubblicato è stato quello dell'Università romana di Tor Vergata, a cui ben presto si è aggiunta Firenze.

Il dottorato di ricerca in Scienze infermieristiche si prefigge lo scopo di sviluppare competenze avanzate nell'ambito della metodologia della ricerca applicata alle Scienze infermieristiche; il requisito di accesso è il possesso della Laurea specialistica in Scienze infermieristiche ed ostetriche.

Il dottorato di ricerca fornisce competenze utili a svolgere attività di alta professionalità presso Università, Agenzie regionali di programmazione sanitaria, Osservatori epidemiologici regionali/locali, Aziende sanitarie pubbliche e private ed Istituti a carattere scientifico.

Le informazioni relative ai dottorati istituiti presso le Università di Firenze, Genova, Roma e L'Aquila sono reperibili su www.ipasvi.it

(http://www.ipasvi.it/attualita/DettaglioEditoriale.asp?ID_TITOLO_GIORNO=87)





BACHECA



OSPEDALE "MORIGGIA PELASCINI"

- Il percorso intraospedaliero del paziente politraumatizzato: ruolo dell'infermiere e delle figure di supporto - Gravedona
1° edizione 16 e 19 ottobre 2006
2° edizione 23 e 26 ottobre 2006

Info: direzione@ospedaledigravedona.it - tel. 0344/92600 - fax 0344/85896

AZIENDA OSPEDALIERA - UNIVERSITÀ DI PADOVA

- XXXIII Congresso Nazionale - Padova 22 ottobre 2006 abano terme 23-24 ottobre 2006
Info: aieop06@congressteam.com - www.congressteam.com - tel. 0382/22650 - fax 0382/33822

ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI NEONATOLOGIA E PEDIATRIA

- 11° incontro "Insieme per crescere" Soave (Vr) 18-19-20 ottobre 2006
Info: info@insiemepercrescere.it - tel. 348/2219543

FORMAT

Treviso 3 ottobre 2006

- Gestione dei farmaci e rischio clinico. Metodi e strumenti per la prevenzione degli incidenti da terapia farmacologica - Verona 4 ottobre 2006
- Pianificare, gestire e valutare l'assistenza infermieristica: strumenti e metodi - Vicenza 5-6 ottobre 2006
- Che cos'è l'Evidence Based Nursing? Introduzione all'assistenza infermieristica basata su evidenze scientifiche - Mestre 7 ottobre 2006
- La relazione d'aiuto: capire e gestire le emozioni - Torino 10-11 ottobre 2006
- Assistenza in chirurgia ed EBN: orientamenti attuali - Trento 10 ottobre 2006
- Corso avanzato di semeiotica e trattamento infermieristico - Ferrara 12-13-14 ottobre 2006
- La responsabilità dell'infermiere fra consenso all'atto sanitario, tutela della privacy e dovere d'informazione - Verona 13 ottobre 2006
- Le competenze comunicative: fattore strategico nella organizzazione del lavoro del coordinatore infermieristico - Padova 13-14-15 ottobre 2006
- Sicurezza del paziente e risk management: funzioni e responsabilità dell'infermiere - Assisi 16-17 ottobre 2006
- La cartella infermieristica: come crearla, come usarla - Treviso 19 ottobre 2006
- Utilizzo e applicazione dell'Evidence Based Nursing nella pratica clinica - Genova 18-19 ottobre 2006
- La gestione delle emergenze in casa protetta e strutture socio-sanitarie per anziani - Vicenza 23 ottobre 2006
- La libera professione infermieristica in settori innovativi - Firenze 24 ottobre 2006
- Il trattamento delle ferite da trauma con medicazioni avanzate - Milano 25 ottobre 2006
- Raccomandazioni e responsabilità infermieristiche nel trattamento delle lesioni da decubito - Verona 26 ottobre 2006
- Non solo comunicare: la comunicazione interpersonale come strumento nella relazione d'aiuto - Padova 27-28 ottobre 2006
- Maternità e immigrazione: l'approccio ostetrico-infermieristico per una risposta integrata - Treviso 20-21 ottobre 2006
- Le responsabilità del coordinatore delle professioni sanitarie: aspetti organizzativi, clinici e giuridici - Trento 20/21 ottobre 2006

Info: info@formatsas.com - www.formatsas.com - tel. 0533/713275 - fax 0533/717314

C.I.I.C.S.

- La psicologia dell'emergenza: l'intervento psicologico in situazione di emergenza e trauma con particolare riferimento alle situazioni catastrofiche - Torino 21 ottobre 2006
Info: ciics@seleneweb.com web - www.seleneweb.com - tel. 011/5683534 - fax 011/5681010

AISLeC

- 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

AGIRIN

- Radiologia vascolare e interventistica: nursing e tecnica radiologica - Taranto 2-3-4 novembre 2006

Info: maurizio.resta@libero.it - www.agirin.it - tel. 099/4585664 - fax 099/4585455

A.I.U.C.

- V Congresso nazionale - Napoli 8-11 novembre 2006

Info: aiuc@congressiefiere.com - e.baccalano@congressiefiere.com - tel. 011/2446915 - fax 011/2446900

STUDIO ASSOCIATO RIZZI - TETTAMENTI E ASSOCIATI

- Attivare l'esercizio dell'assistenza infermieristica in regime libero-professionale Chivasso (To) 16 settembre 2006; Genova Pegli 14 ottobre 2006

- La gestione infermieristica della fase terminale della vita -Varese 21 ottobre 2006; Pescate (Lc) 11 novembre 2006;

- La gestione infermieristica del processo di somministrazione dei farmaci -Chivasso (To) 25 novembre 2006

- La valutazione infermieristica dell'operato delle figure di supporto riferita alle procedure di detersione e disinfezione - Ospedaletto Lodigiano 28 ottobre 2006; Pescate (Lc) 2 dicembre 2006

Info: formazione@srt.it - tel/fax 0331/235181 - cell. 328/7143824

SICP

- Gli oppioidi ieri, oggi, domani

Sondrio 27 ottobre 2006

Brescia 24 novembre 2006

Milano 26 gennaio 2007

Info: ebpcongress@libero.it - www.ebpcongress.it - tel./fax 02/4989818

VITARESIDENCE

- Elementi di management infermieristico nella prevenzione e nel trattamento delle lesioni da pressione - Legnano (Mi) 20 ottobre 2006

- Il lavoro nel gruppo e il gruppo di lavoro - Montorfano (Co) 15 novembre 2006

- Infezioni nelle strutture residenziali per anziani: l'assistenza infermieristica basata sulle prove di efficacia - Montorfano (Co) 30 novembre 2006

- "...L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato..." (Codice deontologico dell'infermiere, 02/1999) - Montorfano (Co) 6 dicembre 2006

- I lunedì di Vitaresidence (ore 21.00/23.00) Legnano (Mi)

- Istituzione sanitaria e regole: è possibile immaginare un nuovo rapporto? -2/30 ottobre 2006- 27 novembre 2006

Info: formazione@vitaresidence.org - www.vitaresidence.org - tel. 031/35282101

FORMAZIONE IN AGORÀ

- Infermiere e processo di assistenza: diagnosi infermieristiche - Padova 2/3 novembre 2006

- Metodologia della ricerca infermieristica: progetto e redazione di un lavoro di ricerca/tesi di laurea - Padova 7/8 novembre 2006

- Management infermieristico: modelli organizzativi di lavoro - Padova 9/10 novembre 2006

- Infermiere e processo di assistenza: pianificazione assistenziale con noc e nic - Padova 21/22 novembre 2006

- Accoglienza e dimissione del malato: aspetti relazionali ed educativi dell'assistenza - Padova 23/24 novembre 2006

- Management infermieristico: i carichi di lavoro - Padova 28/29 novembre 2006

- Assistenza al malato cardiopatico: percorsi integrati ospedale - territorio - Padova 30 novembre 1 dicembre 2006

- Il servizio infermieristico: progetti ed esperienze aziendali a confronto - Padova 6/7 dicembre 2006

- Linee guida, procedure e protocolli per l'assistenza infermieristica - Padova 12/13 dicembre 2006

- Management infermieristico: la turnistica - Padova 14/15 dicembre 2006

- Documentazione sanitaria: cartella clinica infermieristica - Padova 19/20 dicembre 2006

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

AIOSS

- 10° Meeting Congiunto di Colonproctologia e Stomatoterapia - Milano 9/10 novembre 2006

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

UNIVERSITÀ CATTOLICA MILANO - ASSOCIAZIONE LA NOSTRA FAMIGLIA BOSISIO PARINI

- Master di primo livello - Il lavoro sociale in ambito clinico-sanitario

Info: scuole@bp.inf.it - www.emedeia.it - tel. 031/877111 - fax 031/877499

masteruniversitari@unicatt.it - www.unicatt.it/masteruniversitario - tel. 02/72343860





“L’affetto, qualche cosa in più...”

di Elisa Moretti

Foto presentata al 1° concorso fotografico
“L’immagine dell’infermiere ieri e oggi”, maggio 2006