



Marzo 2007 - N. 34

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



Eppur si muove...

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

Riprendo l'inizio dell'editoriale del numero precedente che evidenziava come il momento che sta attraversando la nostra professione è particolarmente delicato.

Dopo l'approvazione della Legge 43/2006, l'avvio delle lauree Magistrali e dei Dottorati di Ricerca in Infermieristica la situazione pareva in discesa.

L'altolà del governo all'attuazione della delega prevista all'articolo 4 della legge 43 e la contestuale decisione di rivedere tutta la materia Ordinistica hanno introdotto prospettive non chiare circa il futuro dei nostri Collegi e dell'intera professione mettendone addirittura in discussione l'intellettualità.

Si è parlato di revisione/riduzione nel numero dei Profili Professionali per le professioni sanitarie non mediche, di inutilità di tutti gli ordini o solo di alcuni, di necessarie modifiche ai percorsi formativi, di equiparazione dei Collegi alle associazioni professionali, e così via, in un vortice di affermazioni, smentite e chiarimenti o nel silenzio più assordante.

La crisi del Governo ha poi rischiato di inficiare i pochi passi in avanti fatti in termini di rapporti intrapresi, più o meno formali, con i diversi rappresentanti dei Ministeri e del Governo.

*Nel frattempo proprio in Regione Lombardia si è aperto un **contenzioso contro l'Istituzione del SITRA** presso l'Azienda Ospedaliera di Melegnano, promosso da ANPO (Associazione Nazionale Primari Ospedalieri), poi ritirata-si, e da ANAO-ASSOMED, Associazione Medici Dirigenti. Un vero attacco all'autonomia professionale che, se avvallato, mette a rischio una grossa fetta dei risultati fino ad ora ottenuti dalla professione. Prontamente, tutti i Collegi IPASVI Lombardi si sono opposti al ricorso ritenendolo infondato nel merito e nella forma.*

Come potrete leggere dalla sentenza (www.ipasvicomo.it), i ricorrenti contestavano la delibera di istituzione del SITRA poiché non aveva previsto ruoli o funzioni riservati ai dirigenti medici cui affidare una funzione di coordinamento del personale medico con quello infermieristico in considerazione, tra l'altro, che l'art. 15, comma 6 del D.Lvo 502/1992 attribuisce ai dirigenti medici "...le funzioni di direzione e organizzazione della struttura ... anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa...", con conseguente rischio di nocimento per il paziente nonché il possibile mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati ai dirigenti medesimi.

Editoriale

Eppur si muove

2

Bozza dell'Accordo fra Stato e Regioni sulla Funzione di Coordinamento

4

Professione e responsabilità:
Botta e risposta

5

Infermieristica e Cure Complementari
Alimentazione naturale

8

È evidente che...
Igiene pre operatoria

15

Etica e deontologia:
Responsabilità e codice dentologico:
spunti di riflessione

20

News from the web

23

Lettera di un iscritto:
Esperienza in Africa

24

Articoli originali:
Complessità assistenziali in T.I.

26

L'angolo della Poesia:
Il Grande Fratello

32

Assemblea ordinaria:
bilancio, relazione programmatica
e consuntiva

34

Commissione formazione

36

Nuova Assicurazione R.C.

42

12 maggio 2007
concorso fotografico

43

Convenzioni

46

Notizie in Pillole

47



Un quadro Nazionale e Regionale veramente difficile o quantomeno preoccupante

Pur nella difficoltà della situazione generale, possiamo rilevare alcuni fatti che ci possono far dire che la situazione si sta "forse" sbloccando o quantomeno non è così statica come in apparenza potrebbe apparire.

A livello Regionale, il Tribunale Amministrativo della Regione Lombardia, sez. III con la sentenza n. 274/07 depositata il 19 febbraio 2007, **ha completamente respinto il ricorso presentato ritenendolo infondato nel merito**, condannando i ricorrenti (ANAO-ASSOMED associazione Medici Dirigenti) al pagamento delle spese di giudizio pari a 6.000 euro di cui 4.000 in favore dell'Azienda Ospedaliera di Melegnano e 2.000 a favore dei Collegi IPASVI.

Va evidenziato che la sentenza ha anche confermato un importante precedente giuridico: la legittimità da parte dei Collegi ad intervenire in casi del genere. Infatti i ricorrenti avevano chiesto l'inammissibilità dell'intervento ad opponendum dei presidenti dei Collegi IPASVI Lombardi. Il collegio giudicante ha invece definito corretto tale intervento riconoscendo "la legittimazione a difendere dinanzi al giudice amministrativo gli interessi di categoria degli infermieri professionali di cui hanno la rappresentanza istituzionale (cfr Consiglio di Stato, sez. V, 30.1.2002, n. 505; idem, 7 marzo 2001, n. 1339 e 1 ottobre 2001, n. 5193)". Nello specifico caso la sentenza ha affermato la legittimità dell'intervento dei Collegi IPASVI "essendo diretto ad evitare l'annullamento della delibera istitutiva del SITRA ... e ad una modifica del modulo organizzativo del medesimo servizio... che verrebbe a ledere le prerogative e l'autonomia professionale del personale infermieristico riconosciuta dalle due leggi di riforma del sistema professionale sanitario la legge n. 42/1999 e la legge n. 251/2000". Per il momento l'attacco è respinto ma occorre attendercene altri e magari di più vasta portata.

A livello Nazionale invece, dopo la forte partecipazione alla **manifestazione del 12 ottobre 2006**, indetta dal CUP (Comitato Unitario dei Professionisti), per la riforma del sistema delle professioni di cui abbiamo dato conto nello scorso numero, in questo mese a Roma si svolgerà l'annunciata **"Prima Conferenza Nazionale sulle Politiche della professione Infermieristica"** con il coinvolgimento massimo di tutte le rappresentanze professionali e politiche finalizzata ad identificare una vera e propria politica professionale coerente con l'intero sistema professionale e sanitario italiano (www.ipasvi.it).

Ancora, possiamo segnalare che nell'ambito della conferenza Stato Regioni si è cominciato a discutere circa la **modalità di attuazione della funzione di coordinamento** prevista all'articolo 6 della Legge n. 43/2006 (pubblichiamo l'ultima bozza disponibile su questo numero).

È iniziato (finalmente) il dibattito parlamentare sulla riforma della professione, con il resoconto da parte dell'Onorevole Mantini (relatore) alle commissioni Giustizia (II) e Attività produttive (X) della Camera dei Deputati del 28 novembre u.s e con l'approdo nello scorso febbraio, sempre alle due commissioni, della proposta Mastella.

Attualmente, in parlamento giacciono ben 6 DDL (consultabili al seguente indirizzo http://www.camera.it/_dati/lavori/schedela/trovaschedacamera_wai.asp?pd=1442), tutti (tranne la proposta Treu, presentata al Senato) all'esame delle due commissioni citate della Camera dei Deputati e precisamente:

- C. 867 Siquilini "Disciplina delle libere professioni", presentato il 23/5/2006
- C. 1216 Mantini "Riforma della disciplina delle professioni intellettuali" presentato il 27/7/2006
- C. 1319 Vietti e C. "Riforma della disciplina delle professioni intellettuali" presentato il 7/7/2006
- C. 1442 Laurini "Riforma della disciplina delle professioni intellettuali, presentato il 21/7/2006
- C. 2160 Mastella e C. (proposta del Governo) "Delega al governo in materia di professioni intellettuali" presentato il 24/1/2007
- S. 1272 Treu "Riforma delle professioni intellettuali, presentato il 24/1/07 (da assegnare alle commissioni)

Il panorama è quindi vasto e ancora in fase di discussione preliminare, ma avviato. È ancora troppo presto per comprendere quale sarà l'orientamento che prenderà la legislazione. È evidente che tutti (governo e opposizione) ritengono tale riforma come un elemento imprescindibile per una modernizzazione dell'intero sistema produttivo italiano (ed europeo), dove la componente professionale risulta sempre più determinate in tutti i processi di sviluppo sociali ed economici.

L'obiettivo non deve essere quello di abolire gli ordini ma di rinnovarli profondamente adattandoli alle nuove esigenze di autonomia del professionista ma soprattutto di garanzia del cittadino.

A livello Ministeriale, infine, si sta discutendo su come **superare la fase transitoria prevista all'articolo 7 della legge 251/2000** e, finalmente, dare corso a quanto disposto nell'articolo 6 con la definizione della specifica normativa concorsuale per i Dirigenti Sanitari delle Professioni Sanitarie non mediche.

Mentre tutto questo accade (quasi senza fare rumore) ciascuno di noi continua nella sua sfida quotidiana ai diversi livelli di responsabilità e ruoli, mettendo in gioco la propria dedizione, il proprio impegno e la specifica competenza professionale, rendendo sempre più evidente l'insostituibilità della professione cui apparteniamo.

La forza di tutti i provvedimenti e le diverse iniziative deve essere guidata da questa ultima considerazione, come possibilità di garanzia di prestazioni sempre migliori per i nostri cittadini/utenti.



Direzione generale delle risorse umane e delle professioni sanitarie

Bozza di Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla Istituzione della Funzione di coordinamento per le professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione.

VISTO l'art. 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida alla Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'art. 4 del medesimo decreto, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune;

VISTO l'art. 6, comma 3, della legge 1 febbraio 2006, n. 43, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico - sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", il quale dispone che i criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio - sanitarie pubbliche e private sono definiti con apposito accordo, ai sensi del predetto art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministero della Salute e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;

CONSIDERATO che l'art. 5 del C.C.N.L. integrativo del comparto sanità stipulato il 7 aprile 1999 e l'art. 10 del C.C.N.L. per il comparto Sanità, Il biennio economico 2000-2001, entrambi approvati il 20 settembre 2001, disciplinano, rispettivamente, le modalità di conferimento dell'incarico di coordinamento e la concessione di un'indennità ai soggetti destinatari dell'incarico;

TENUTO CONTO che l'art. 6, comma 4 della citata legge dell'1 febbraio 2006, n. 43 individua tra i requisiti i master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento;

CONSIDERATO che i suddetti corsi di master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento sono, allo stato, principalmente, indirizzati agli infermieri;

CONSIDERATO che, in sede tecnica, il è stato concordato il testo del presente accordo tra i rappresentanti regionali e del Ministero della Salute; ACQUISITO l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, espresso ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nel corso della seduta del.....;

Sancisce tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il seguente accordo nei termini sottoindicati.

Art. 1:

1. Ai fini dell'accesso alla funzione di coordinamento, fatto salvo quanto previsto dal successivo art. 2, è necessario essere in possesso dei requisiti stabiliti dall'art. 6, comma 4, della legge 1 febbraio 2006, n. 43.
2. Il master, di cui al citato articolo 6, comma 4 della legge 1 febbraio 2006, n. 43, deve prevedere una durata minima annuale con formazione residenziale obbligatoria.

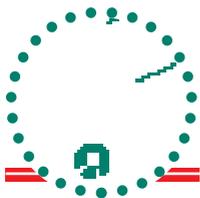
Art. 2:

1. Al fine di istituire la funzione di coordinamento appare opportuno armonizzare la normativa contrattuale con le disposizioni contenute nell'art. 6 della legge dell'1 febbraio 2006 n. 43. A tali fini il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano con il presente accordo danno mandato al Comitato di Settore per l'inserimento, nell'ambito dell'atto di indirizzo per l'apertura delle trattative, dei principi previsti dal presente accordo e finalizzati alla modifica delle norme contrattuali che attualmente regolano il conferimento dell'incarico di coordinamento, con la previsione anche di una disciplina transitoria volta a salvaguardare i diritti quesiti.
2. In sede contrattuale saranno definite le modalità per il conferimento dell'incarico.

Art. 3:

1. È consentito l'accesso ai corsi di master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento al personale appartenente ai profili professionali infermieristici, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitario e della prevenzione.
2. Coloro i quali svolgono la funzione di coordinamento, ai sensi della vigente normativa contrattuale, in carenza dei titoli richiesti dall'art. 6, comma 4 della legge 1 febbraio 2006, n. 43, potranno iscriversi, anche in soprannumero, ai corsi universitari per il conseguimento del Master.





Professione e responsabilità

Proponiamo in questo numero, il commento del magistrato Lepre e la conseguente risposta di Mangiacavalli pubblicate sul Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche in merito alla sentenza della cassazione n. 9739 dell'11/3/2005, interessanti circa il concetto (e i contenuti) della responsabilità infermieristica.

A cura della Dott.ssa Barbara Mangiacavalli

Le disfunzioni della struttura e la responsabilità dell'infermiere

Antonio Lepre
Magistrato

La sentenza della Cassazione n. 9739 dell'11/03/2005 si occupa ancora una volta del dibattito circa della sanabilità o insalvabile riferita alla responsabilità medica e, nel caso de qua, anche paramedica.

Sono queste ultime parole che ammettono ed evidenziano il principio di diritto ribadito dalla Cassazione, secondo cui "gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti ex lege portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà contrattualmente imposto su art. 2 e 31 Cost. nei confronti dei pazienti la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità o l'obbligo di protezione perduta per l'intero turno di lavoro".

Il principio, come affermato, è invece incontestabile: il problema (come sempre) è quello di valere in vista della realtà dei singoli casi con le loro infinite varianti. Ora la responsabilità delle due infermiere è stata affermata in quanto "infornate l'intero arco della notte" in un caso "raccontano le procedure patenti e in maniera ed in maniera allarmata prospettare alla moglie del paziente" e da una infermiere unica di famiglia presente sul posto, essendosi il loro apporto limitato a fornire una coperta senza neanche avere lo scrupolo di avvertire "il dott. X che intanto lavorava nella propria stanza, secondo quanto" nonché le numerose altre disfunzioni e disfun-

zionalità finite in (prevedibile).

Se la ricostruzione dei fatti si è svolta così come ricostruita dalla Corte d'Appello, e fatta propria dalla Suprema Corte, la responsabilità del personale infermieristico sembra a prima vista incontestabile: afferma i termini della moglie e dell'amica infermiere su bevande, sudorazione, contatti di contatto, scarsezza di altre strutture dovute indicare le due infermiere e richiedere l'intervento del medico di guardia, non fosse altro per inter-spezionare la moglie del paziente, una più che l'intervento da lui subito era stato di rilevante complessiva.

Che nonostante, alcuni passaggi risultano dalla stessa sentenza della Suprema Corte indicano a qualche perplessità. Nell'assegnare la posizione del dott. Y, divergono opinioni, i giudizi gli muovono tra l'altro il compromesso "di non aver usato il computer per consegnare alla delicatissima posizione di garanzia che gli era propria, in vista della fase postoperatoria, trasferendo tale posizione ad un reparto che egli saprebbe (e avrebbe dovuto sapere) affidata solo a personale paramedico (...). certamente non in grado di far fronte all'emergenza di guardia e sottoposto ad interventi di alta chirurgia, a un medico di guardia per quanto è disponibile solo durante chiamata e a richiesta". E' arguibile la Suprema Corte che quella posizione di garanzia in capo al dott. Y non viene "attribuita al personale sanitario idoneo a ricor-



vella L. 5 ed anzi veriva inedita pratica-
zione a neppure”

Ciò che, proprio questa affermazione rela-
tiva all'estrema delicatezza dell'intervento
e alla totale inadeguatezza del personale in-
fermieristico rispetto al caso specifico pen-
sario aver visto a seguito della responsabi-
lità della imputata, tanto più che non es-
suta – e deve perciò escludersi – che le stes-
se siano state sollecitate a svolgere un'ob-
bligo e una vigilanza eccezionali. In linea
costante, se esse non possedevano – la
ragione del tipo di qualità richiesta – la
cognizione scientifica necessaria per ap-
pianare un'adeguata vigilanza, come si può
suoctualmente interpretare solo una
qualche forma di negligenza: del resto, di
tuttavia chiaro è la circostanza che nep-
più l'infermiera unica di famiglia ha mar-
cato di dover allertare un qualsivoglia medi-
co. Ciò conferma che la gravità della situa-
zione non era percepibile da un infermiera
di normale preparazione ed esperienza

rispetto all'agente modello. Al di là delle
complesse strutture che si agitano in ma-
teria può essere forse d'aiuto richiamare i
principi base relativi alla diligenza, e de-
terminare se quella omissione, di cui le due
si erano colpevoli nella circostanza, rivela-
vano i caratteri della colpa.

In definitiva, non pare attendibile rilevare
come la problematicità di fondo è sempre la
stessa: si deve evadere che il difetto di orga-
nizzazione di una struttura sanitaria, a ri-
petto ai singoli operatori sanitari (medici
o paramedici che siano) è non sul sog-
getto che effettivamente è tenuto a garan-
tire un'organizzazione razionale del ser-
vizio della struttura (e certo non può essere
razionale un'organizzazione che – al di là
della singola leggerezza del singolo me-
dico ed, anzi, proprio al fine di evitare – non
prenda necessariamente per essere l'altis-
simo e personale non merito di adeguata
specializzazione di personale cui con-
duttori sono particolarmente delicate).

Replica a Lepre (Mangiacavalli)

Risulta difficile, nel 2006, condividere le riflessioni
del magistrato Lepre rispetto alla sentenza della
IV Sez. penale della C.C. n° 9739/2005.

Risulta difficile comprendere, a meno che non
siamo nell'ambito di un ormai anacronistico atteg-
giamento paternalistico, come un infermiere possa
essere assolto perché non ha esercitato con "dili-
genza media" le funzioni previste dal DM 739/94.

Tentiamo di inquadrare, dal punto di vista della
normativa professionale, il fatto.

Nel 1995 un paziente muore per shock ipovolemico
da sanguinamento interno durante un decorso
post-operatorio per un intervento di escarectomia
e successivo innesto cutaneo.

Il decorso post-operatorio (notturno) evidenzia un
quadro sempre più marcato di shock: pallore,
sudorazione, ipotermia, ipotensione, oliguria.

Quadro che qualunque infermiera "mediamente
diligente", ancorché professione sanitaria ausilia-
ria (1995), riconoscerebbe.

Sebbene il contesto dell'esercizio professionale è
caratterizzato dalla vigenza del DPR 225/75 e dal-

l'ausiliarità della professione infermieristica, il
DM 739 (profilo dell'infermiere) era in vigore e la
formazione infermieristica aveva già fatto il suo
ingresso in università con la Tab. XXXIX – Ter –
Ordinamento didattico del corso di diploma uni-
versitario in scienze infermieristiche.

Ebbene, lo standard formativo obbligatorio preve-
deva, tra l'altro, la capacità dello studente di rico-
noscere segni e sintomi di alterazione dello stato
vitale, conoscenza che, verrebbe da dire oggi, è
trasmessa – anche se in maniera ovviamente
molto parziale – all'operatore socio sanitario al
fine di prevedere l'immediata richiesta di interven-
to infermieristico.

Il profilo professionale prevedeva e prevede che l'in-
fermiere "...garantisce la corretta applicazione delle
prescrizioni diagnostiche terapeutiche ... (art. 1.3)"

Se questo è il quadro dentro il quale ci si deve
necessariamente orientare, alcune riflessioni squisi-
tamente professionali sono inevitabili.

1. Esercitare la professione infermieristica, ancor-
ché ausiliaria, richiedeva comunque la padro-



nanza di una serie di conoscenze, competenze e capacità derivate dalla formazione;

2. Garantire la corretta applicazione delle procedure diagnostiche – terapeutiche richiedeva e richiede che l'infermiere non assuma più un ruolo "meccanicistico" ma si faccia venire ogni ragionevole dubbio in caso di prescrizioni terapeutiche poco note (cfr. sentenza Cassazione Penale 1878/00).

Certo è, a parere di chi scrive, che il dubbio può venire solo se l'infermiere ha adottato un comportamento diligente e perito.

Francamente, sono questi due concetti legati alla colpa generica, che in questa sentenza, a mio avviso, sono stati poco evidenziati.

Solo un comportamento gravemente imperito non consentiva di riconoscere la serietà dello stato clinico del paziente e solo un comportamento gravemente negligente ha causato lo stato di abbandono del paziente e il venir meno della posizione di garanzia degli operatori sanitari (non esecuzione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche richieste).

A nulla valgono dunque, a parere di chi scrive, le considerazioni del magistrato Lepre secondo cui la qualifica rivestita (infermiere professionale) poteva giustificare di non possedere le "cognizioni scientifiche necessarie per approntare un'adeguata vigilanza" e quindi la totale inadeguatezza

del personale infermieristico, rispetto al caso specifico, possa essere vista a sgravio della responsabilità delle imputate.

Non è sostenibile a mio avviso nemmeno l'affermazione che la gravità della situazione non era percepibile da un'infermiere di normale preparazione ed esperienza rispetto all'agente modello. Pur non potendo esserci appello, data l'epoca del fatto, al codice deontologico e alla legge 42 - che però poco avrebbero aggiunto in termini sostanziali a questa riflessione - resta il fatto che la normale preparazione ed esperienza di infermiere, integrata - secondo chi scrive - ad un comportamento efficacemente e giuridicamente responsabile, doveva obbligatoriamente generare un comportamento maggiormente diligente e prudente.

Un'ultima riflessione merita l'osservazione rispetto il difetto di organizzazione. Anche leggendo gli atti dell'intero svolgimento del processo, non si ritiene di possedere tutti gli elementi per formulare un giudizio: resta però il fatto che l'assistenza infermieristica in un reparto di chirurgia plastica garantita da due infermieri professionali non consentirebbe di sostenere in maniera fondata una concausa organizzativa.

Sostenibile viene ritenuta la valutazione sottesa al giudizio di cassazione di rigetto del ricorso degli infermieri e conferma della condanna per condotta "assolutamente omissiva".

QUOTA ISCRIZIONE 2007

Ricordiamo agli iscritti che il termine per il pagamento della quota di iscrizione per l'anno 2007 è scaduto il 28/02/2007.

Chi non avesse ricevuto il bollettino di pagamento, può provvedere al versamento di **€ 70,00** su C/C postale n. **40220469** intestato a **Collegio IPASVI provincia di Como**. Causale "Quota di iscrizione anno 2007".

POLIZZA R.C. 2007

Ricordiamo agli iscritti già sottoscrittori, che il termine per il pagamento del premio annuo per il 2007 è scaduto il 28/02/2007.

Chi non avesse ricevuto il bollettino di pagamento, può provvedere al versamento di **€ 25,00** su C/C postale n. **60697448** intestato a **Collegio IPASVI provincia di Como**. Causale "Polizza r.c. anno 2007".





Infermieristica e Cure Complementari

Per questo numero di Agorà ho chiesto alla collega Simona Mordente* di renderci partecipi del suo percorso formativo in relazione all'alimentazione naturale, primo pilastro per mantenere una buona salute e prevenire le patologie. Numerose scienze naturali hanno approfondito tale tematica, dall'ayurveda alla medicina cinese l'alimentazione è considerata a tutti gli effetti una terapia; per questo l'infermiere non può non avere interesse a tali approfondimenti. Ringrazio Simona per la disponibilità e la collaborazione.

8

di Simona Mordente

ALIMENTAZIONE NATURALE

"L'alimentazione naturale è un'arte e una scienza della salute e della longevità che si esplica attraverso lo studio e la comprensione della relazione ed interazione tra l'uomo, la sua alimentazione, lo stile di vita che conduce e l'ambiente in cui vive". (M. Kushi)

La macrobiotica soprattutto enfatizza l'importanza di una dieta appropriata e di uno stile di vita adeguato, prediligendo la dinamica YIN-YANG (termini orientali molto antichi che rappresentano la comprensione di come le cose funzionano, opposti e complementari tra loro), nella vita e nell'alimentazione di tutti i giorni.

L'intento è di utilizzare questo principio per creare un'armonia ed un equilibrio nell'alimentazione e benessere psico-fisico dell'individuo.

Le linee guida emanate dalla Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri nel 2002, rivolte ad un "PERCORSO DI ALTA FORMAZIONE INFERMIERISTICA E CURE COMPLEMENTARI", si avvalgono di saperi e abilità acquisite, che possono essere proposti in autonomia dall'infermiere e/o in dipendenza come parte integrante del piano di cura.

Tra gli interventi previsti da tali linee guida rientra anche l'alimentazione naturale.

Infatti vi è ormai un ampio accordo nel mondo scientifico sul fatto che le malattie oggi più frequenti siano in rapporto ad abitudini alimentari poco salutari.

"Mangiare sano per vivere meglio è un dictat soprattutto oggi che la scelta alimentare è tanto varia da stordire le persone". (Prof. Berrino, Istituto dei tumori, Milano)

Per esempio, un luogo comune da sfatare è il seguente: "La principale causa alimentare di osteoporosi non è la carenza di calcio, bensì l'eccesso di proteine animali. I popoli della terra hanno sempre saputo, da quando gli dei hanno loro insegnato a coltivare i campi, che i cereali, con i legumi e occasionalmente altri semi, sono l'alimento dell'uomo. I cereali, purché mangiati nella loro integralità, associati ai legumi e ad una certa quota di semi oleosi e di verdure, e occasionalmente a cibo animale, offrono una perfetta combinazione alimentare. Nei paesi occidentali invece, soprattutto nel corso dell'ultimo secolo, lo stile alimentare è peggiorato, si è progressivamente discostato da questo schema tradizionale dell'alimentazione dell'uomo per privilegiare cibi più ricchi di calorie, di zuccheri, di grassi e di proteine animali, ma in realtà più poveri di elementi utili alla nostra salute, il che ha contribuito grandemente allo sviluppo delle malattie tipiche dei paesi ricchi: l'obesità, la stitichezza, il diabete, l'ipertensione, l'osteoporosi, l'ipertrofia prostatica, l'aterosclerosi, l'infarto del miocardio, le demenze senili, e molti tumori, fra cui i tumori dell'intestino, della mammella, della prostata". (Prof. Berrino)

Il miglioramento delle condizioni economiche - passaggio da attività lavorative "di fatica" (che richiedono un costante esercizio fisico) ad attività lavorative sedentarie - ha inevitabilmente modificato lo stile di vita della popolazione, causando



una conseguente riduzione globale dell'attività fisica quotidiana.

Si sono inoltre introdotte delle abitudini "voluttuarie", quali fumo, alcool, caffè. Ultimo, ma non meno importante, i costumi alimentari si sono spostati dall'uso di prodotti prevalentemente agricoli e poco lavorati all'uso di prodotti di derivazione animale a lavorazione industriale. Le abitudini di vita dei Paesi industrializzati sono dannose, in quanto articolate su elevate assunzioni di calorie, grassi e proteine animali, di carne che contiene amine eterocicliche pericolose, di alimenti salati, e per contro troppo bassa assunzione di fibra alimentare, frutta, verdura e micronutrienti.

Anche se sembra banale, è proprio lo stile di vita con le sue abitudini (dieta, esercizio fisico scarso, fumo, alcool) il fattore più importante e determinante della qualità della salute.

Già dai primi anni di vita dell'individuo si manifestano i primi effetti dello stile di vita, con effetto cumulativo per tutta la durata della sua esistenza.

Negli ultimi decenni, infatti, la nostra alimentazione è cambiata qualitativamente e quantitativamente così velocemente da non dare al nostro organismo la capacità di adattarsi. Le malattie cronico-degenerative derivano da tale stile e costituiscono oggi la principale causa di malessere e di morte (cancro, malattie metaboliche e cardiocircolatorie, artrosi, malattie autoimmunitarie, ecc).

ALCUNI PUNTI CRITICI

Questo modo di mangiare provoca:

- **ECESSO CALORICO:** consumiamo circa 1.000 calorie in più del necessario al giorno, soprattutto considerando che conduciamo uno stile di vita sedentario (automobile, ascensore, elettrodomestici, ecc.). L'eccesso calorico porta al sovrappeso e all'obesità, predisponendo al rischio di insorgenza di diabete, ipertensione, cancro...

Se pensiamo che col surplus calorico giornaliero consumato in Italia potremmo nutrire gratis 14 milioni di persone, la domanda è "perché?" Fattori di ordine psicologico come stati di ansia, insoddisfazione, carenze affettive, insicurezze sono spesso compensati col cibo. Sempre più frequentemente gratifichiamo o consoliamo i nostri bambini con una caramella o un biscotto, anche quando il loro

pianto esprime tutt'altro che fame. Mangiamo ormai sempre troppo in fretta. Mangiamo troppo perché ci alimentiamo con cibi scadenti dal punto di vista qualitativo. È evidente che mangiare adagio, masticando bene, permette al meccanismo della sazietà di regolare e limitare l'introduzione del cibo: masticando bene in 5 minuti introduciamo 100 calorie, mangiando in fretta 400.

- **RIDOTTO APPORTO DI FIBRE GREZZE:** quando lo scienziato inglese Burkitt si rese conto che molte patologie occidentali (appendicite, diverticolite, stitichezza, emorroidi, tumori intestinali, ecc.) erano praticamente assenti in Africa, correlò questa diversità con la dieta. Ricca di grassi e proteine nei paesi industrializzati, era invece ricchissima di fibre vegetali in Africa.
- **ECESSO DI PROTEINE E GRASSI ANIMALI, ZUCCHERO E SALE:** un'indagine del 1995 dimostra che l'eccesso di proteine e grassi è rispettivamente del 61% e del 21%. Correlati a questo eccesso sono le patologie cardiovascolari e i tumori, che rispettivamente causano il 43% e il 28% delle morti.

Per quanto riguarda lo zucchero, il suo consumo è letteralmente esploso negli ultimi decenni, fino ad arrivare a un consumo medio di 30 kg l'anno, con le note conseguenze sotto forma di obesità, diabete, arteriosclerosi, carie. Anche del sale è ormai prassi abusare, nonostante sia ormai provato che contribuisca all'irrigidimento delle arterie, ritenzione idrica, insufficienza renale, emorragie cerebrali, cardiopatie.

- **CONSUMO DI CIBI ARTIFICIALI, ADDITIVI ALIMENTARI E RESIDUI** di coltivazione sono la conseguenza di uno stato di fatto del quale dobbiamo prendere coscienza: l'agricoltura e l'allevamento moderni hanno come scopo non la produzione di cibi salutari e gustosi, ma il massimo reddito per il produttore.

Ma non c'è sicuramente solo la salute a motivare una scelta in direzione di un'alimentazione più naturale. Molti altri fattori coinvolgono aspetti che spesso non analizziamo:

- **ECOLOGIA E AMBIENTE:** l'equilibrio fra l'uomo e la natura è ormai al limite della rottura. Non solo sono ormai evidenti a tutti i danni che un



progresso dissennato e la sete di profitto hanno provocato all'ambiente (mare inquinato, acquedotti chiusi, aria irrespirabile, foreste in agonia, ...), ma anche la ricerca scientifica ha ormai reso chiaro lo stretto legame fra l'alimentazione odierna (chimica - industriale) e le malattie più diffuse. Sia l'agricoltura moderna che l'industria alimentare hanno grande responsabilità nell'aver determinato e mantenuto questo stato di cose. Per poter sopravvivere, noi e i nostri figli, è tempo di cambiare: i cibi devono essere integrali e biologici, la carne deve tornare a essere consumata occasionalmente, gli alimenti troppo trasformati e denaturati devono essere abbandonati.

La sapienza tradizionale, anche in questo campo, aveva elaborato un modo di alimentarsi straordinariamente in linea con molte acquisizioni della moderna dietologia. Si tratta ora di recuperare questa ricchezza e diffonderla, prima che vada definitivamente perduta.

- **SCELTE ETICHE E SOLIDALI:** i consumi di carne del Nord del mondo minacciano la biodiversità del Sud. Colpa delle monoculture di soia e mais (usati come mangimi per gli animali): portano pesticidi, deforestazione e arricchiscono poche multinazionali. Senza contare l'aumento del transgenico. Purtroppo non basta denunciare i disastri provocati dalle monoculture: dobbiamo assumerci, come consumatori europei, le nostre responsabilità. Una delle alternative al saccheggio della biodiversità mondiale resta il calo del consumo di carne. Ecco un esempio estremamente efficace: ogni hamburger equivale a 6 metri quadrati di alberi abbattuti nella foresta, e richiede una quantità di cereali e soia sufficiente a sfamare 7-8 persone. Non si tratta quindi di consumare meno soia o mais in quanto tali (la soia e il mais prodotti in Italia basterebbero all'intera Europa), ma di consumare meno prodotti animali alimentati con mangimi a base di soia e mais, oltretutto solitamente geneticamente modificati. Oggi i paesi ricchi consumano il doppio o il triplo delle proteine necessarie e in tal modo l'uomo, biologicamente un onnivoro, prevalentemente vegetariano, negli ultimi decenni è diventato preva-

lentamente carnivoro. Non dimentichiamo che, secondo il calcolo dell'impronta ecologica, servono 15 ettari l'anno per una tonnellata di carne contro i 2 o 3 ettari necessari per una tonnellata di cereali.

- **INDIPENDENZA PERSONALE E CONSUMO CRITICO:** "io SCELGO cosa mangiare e perché, senza farmi condizionare dalla montagna di pubblicità che mi presenta come appetibili una serie di sostanze chimiche, aggregate sotto forma di cibo!

Così come non mi farò condizionare dalla massa, non mangerò naturale perché è moda, ma perché avrò sperimentato, gustato, apprezzato, valutato il mio stato di salute e... tratto le conclusioni!".

In questo contesto, un'alimentazione naturale equilibrata costituisce a tutti gli effetti una misura di prevenzione primaria dello stato di salute, dal momento che tutti i principali studi condotti hanno concluso che le persone che seguono un'alimentazione naturale vivono circa 5 anni più a lungo rispetto alla popolazione generale dello stesso Paese, e godono in genere di un buon stato di salute.

Questi benefici sembrano riconducibili anche al controllo del fumo, al maggior esercizio fisico ed alle caratteristiche della composizione della dieta piuttosto semplice e naturale.

Poiché le radici delle principali malattie dell'adulto quali obesità, arteriosclerosi, ipertensione e molti tumori si sviluppano già nell'infanzia e sono in gran parte prevenibili con delle corrette abitudini di vita, è indispensabile che i genitori pongano particolare attenzione all'educazione alimentare dei propri figli.

LE PRINCIPALI MALATTIE "DA ECCESSO" E LE PATOLOGIE CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

CANCRO

Per i tumori più diffusi è stato accertato un legame con il tipo di alimentazione. Il National Cancer Institute nel 1981 ha riconosciuto che circa il 35% delle morti per tumore era da ricondurre a fattori dietetici (con un ampio margine di variabilità, del 10-70%). Una più recente analisi (1995) conferma



le stime (32%, restringendo però il campo di variabilità al 20-42%). Per i tumori più diffusi, però, queste cifre sono di gran lunga superiori: colon-retto (70%), mammella (50%), prostata (75%), pancreas (75%).

Le linee guida per la prevenzione dei tumori indicano come migliore strategia per la prevenzione del cancro l'adesione ad una dieta ricca di fibre e povera di grassi, che includa vari tipi di frutta, verdura, cereali integrali e legumi. Questi alimenti sono, infatti, poveri di grassi saturi e ricchi di antiossidanti e fibre. Gli alimenti a base di soia contengono inoltre fitoestrogeni, sostanze che proteggono la mammella dal rischio di tumore (come evidenziato nelle popolazioni asiatiche).

Presso l'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano gli infermieri della U.O. di Senologia in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Predittiva e Preventiva e le associazioni che aderiscono, dal 2005 sviluppano un progetto di "sensibilizzazione, prevenzione e diagnosi precoce delle patologie per la salute della donna in Lombardia".

Il progetto prevede anche interventi di tipo formativo ed organizzativo mirate a migliorare l'accoglienza, la comunicazione e la diffusione di una cultura alimentare naturale per le donne ricoverate. È molto importante infatti che le donne e i consumatori siano ben informati.

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Le complicanze dell'arteriosclerosi provocano a loro volta malattie a carico degli organi colpiti: le arterie coronariche (infarto, angina, miocardiosclerosi con insufficienza cardiaca), le arterie cerebrali (ictus, demenza, Parkinson), le arterie degli arti inferiori (claudicatio, gangrena), l'aorta (aneurismi), le arterie renali (ipertensione, insufficienza renale) e dell'occhio (retinopatia). Molte di queste situazioni sono causa di morte, ma soprattutto di invalidità.

L'arteriosclerosi comincia già in età infantile e giovanile (come evidenziato nel corso di autopsie di giovani morti durante le guerre in Corea e Vietnam), e progredisce asintomatica per molti anni, fino a dare manifestazioni cliniche in età medio avanzata.

Molti studi hanno dimostrato la presenza di un'associazione tra livelli ematici di colesterolo e cardiopatia. Il Framingham Study, iniziato nel

1949, ha rivelato che esiste un livello di colesterolo al di sotto del quale, essenzialmente, non si verifica infarto del miocardio (150 mg/dl). I tre quarti degli abitanti delle Terra non superano tale livello.

Il colesterolo è presente in tutti i cibi di derivazione animale, ed è prodotto dall'organismo a partire dai grassi saturi, contenuti in abbondanza nei prodotti di derivazione animale. A differenza degli altri grassi, il colesterolo è localizzato principalmente nella parte magra della carne. Nessun alimento di derivazione vegetale, per contro, contiene colesterolo.

La carne magra apporta circa il 20-30% delle calorie dai grassi, mentre in cereali, fagioli, verdura e frutta meno del 10% delle calorie totali deriva dai grassi. Inoltre, i cibi vegetali apportano Vitamina C, Vitamina E, beta-carotene e flavonoidi, elementi che rivestono anche un ruolo importante nella prevenzione delle cardiopatie. Il consumo regolare di noci riduce il rischio di cardiopatia ischemica, e uno studio recente (1999) rileva come la dieta vegetariana riduca la mortalità per malattie cardiovascolari del 24%. Tale situazione può essere ulteriormente migliorata ponendo maggiore attenzione ad aumentare l'assunzione di B12, acidi grassi Omega-3 e Calcio, ed a ridurre gli acidi grassi trans-idrogenati ed il sale. Inoltre, una dieta vegetariana a basso contenuto di Grassi e ad alto contenuto di fibre, può abbassare del 10% la pressione arteriosa a prescindere dal contenuto in Sodio. Un ulteriore effetto benefico sullo stato di salute è costituito da una riduzione dei depositi tissutali di Ferro, correlati con cardiopatia ed ipertensione.

OBESITÀ E DIABETE MELLITO

L'obesità può ridurre la durata della vita anche di 20 anni. L'obesità (BMI>30, dove BMI = Indice di massa corporea) è una delle cause principali di Diabete Mellito, in quanto favorisce una situazione di insulino-resistenza. Un aumento del BMI causa un abbassamento dei livelli di HDL-colesterolo (colesterolo buono), ed aumenta i livelli di LDL-colesterolo (colesterolo cattivo), così come aumenta la pressione arteriosa ed il rischio di cardiopatia ischemica, cancro del colon e della mammella. Il BMI ideale è di 20-23 per la mag-



gior parte delle persone. Per una persona alta 175 cm, ad esempio il BMI ideale corrisponde ad un peso corporeo di 62-71 kg.

Una dieta ad elevato contenuto in fibre ed a bassa densità calorica, cioè ricca di frutta e verdura riduce il rischio di obesità. Per contro, i cibi costituiti da "calorie vuote" (bibite zuccherate, snack, grassi) favoriscono l'obesità, come pure un eccesso di proteine nella dieta. Elevati livelli di attività fisica, basse assunzioni di grassi saturi, ed elevati introiti di fibra riducono il rischio di diabete mellito, indipendentemente dalla presenza di obesità. Abbondanza di frutta, verdura e cereali integrali al posto di cereali raffinati possono proteggere da questo aumento del rischio.

OSTEOPOROSI

L'osteoporosi sta oggi assumendo un andamento epidemico. Nonostante la comune credenza che sia sufficiente assumere quantità adeguate di Calcio per proteggere la salute dell'osso, si è visto che l'incidenza di questa malattia è elevata proprio in quei Paesi dove pure è elevato il consumo di Calcio alimentare. Alcuni studi recenti hanno evidenziato come l'osteoporosi appaia in qualche modo correlata ad un elevato consumo di latte, simbolo per eccellenza di Calcio.

I Paesi a più elevato consumo di latticini sono: Finlandia, Svezia, Nuova Zelanda, Stati Uniti ed Inghilterra. Questi Paesi sono anche quelli che presentano i più elevati tassi di osteoporosi: una simile osservazione dovrebbe quindi indurre i medici ad assumere una posizione supportata da prove di efficacia rispetto a quelli che sono i veri fattori di rischio e di protezione nei confronti dell'osteoporosi. La densità ossea dipende, infatti, più dalla composizione della dieta e dall'attività fisica svolta che non dalla semplice assunzione di Calcio. È indispensabile salvaguardarne la permanenza nello scheletro, cioè salvaguardare la quantità totale di Calcio nell'organismo, agendo anche sulle perdite di questo minerale. Per "bilancio del Calcio", si intende la differenza tra entrate (+) ed uscite (-). Quando il bilancio totale del Calcio è negativo, il Calcio deve essere mobilitato dall'osso, che così si indebolisce.

Alla perdita di massa ossea concorrono diversi fattori, denominati "ladri di Calcio": le proteine nella dieta, soprattutto quelle animali - il Sodio, sotto forma di sale da cucina, e quello contenuto

nei cibi animali confezionati - la caffeina - il fumo - la mancanza di attività fisica - l'alcool - l'uso di alcuni farmaci (antiacidi, antiepilettici, cortisonici) - il Fosforo, contenuto nella carne.

Le proteine nella dieta provocano un effetto ad "U" rovesciato sull'osso: fino al raggiungimento della dose giornaliera raccomandata favoriscono la crescita dell'osso, quando si eccede questa dose, più proteine sono introdotte, più Calcio è sottratto all'osso. Quindi, non è importante solo la quantità di Calcio assunta, ma il tipo di dieta. Le proteine producono, infatti, nel corso dei vari processi di trasformazione scorie acide, e le proteine animali sono le più acide, essendo ricche di Aminoacidi Solforati, che passando attraverso il fegato producono Acido Solforico. Questi residui acidi devono essere allontanati dall'organismo con le urine, ed il Calcio è il tampone ideale a questo scopo.

Il Calcio deve essere quindi ottenuto da verdure, legumi o cibi fortificati e non è assolutamente dimostrato che un elevato consumo di latte e latticini prevenga l'osteoporosi.

DEMENZA E MALATTIA DI PARKINSON

Demenza e Parkinson, malattie degenerative invalidanti sempre più comuni nelle civiltà occidentali, appaiono correlate alla dieta. Ancora una volta la dieta Occidentale, ricca di zuccheri semplici e carboidrati raffinati (ad elevato indice glicemico), e di prodotti animali (ricchi di grassi saturi), e povera di cibi vegetali non raffinati (con scarso o nullo contenuto di fibre, vitamine, polifenoli ed altri antiossidanti, fitoestrogeni), può promuovere una situazione di insulino-resistenza, ridotta produzione di acido nitrico, eccesso di radicali liberi e di Omocisteina, che può favorire l'insorgenza della Demenza tipo Alzheimer.

Recenti studi clinici concludono che una dieta ricca in grassi animali appare associata ad un significativo aumento di rischio di sviluppare morbo di Parkinson, mentre i grassi di origine vegetale non aumenterebbero questo rischio.

COME PIANIFICARE UN'ALIMENTAZIONE NATURALE ED EQUILIBRATA

Ecco pochi semplici principi base, che forniscono il criterio con cui selezionare i cibi e programmare i pasti e costituiscono le linee guida per questo tipo di alimentazione.



LINEE GUIDA

Le indicazioni standard devono essere adattate in base alla stagione, al clima, all'ambiente, all'età, al sesso, al tipo di attività fisica svolta, alle condizioni personali fisiche e di salute...

1. Consumare abbondanti quantità e varietà di cibi vegetali

I cibi vegetali devono essere consumati quotidianamente, in modo variato ed abbondante, ed includono: tutti i tipi di cereali integrali, legumi, verdura (contenere il consumo di verdure acide o di origine tropicale, pomodori, patate, melanzane, peperoni, asparagi e spinaci), frutta, noci, semi, olii vegetali, alimenti dolci naturali, erbe e spezie. Consumare regolarmente cibi appartenenti a tutti i gruppi di cibi vegetali, in quantità sufficienti a soddisfare il fabbisogno calorico, cotti e crudi è garanzia di assunzione di tutti i nutrienti (ad eccezione della Vitamina B12), fibre, antiossidanti e sostanze fitochimiche, necessari affinché la dieta possa definirsi equilibrata.

2. Privilegiare cibi vegetali non raffinati o poco trasformati

Vanno privilegiati questi cibi, poco lavorati e quindi ricchi di nutrienti essenziali (vitamine, minerali) e fibre, piuttosto che cibi raffinati e trasformati che molto spesso apportano molte calorie e pochi nutrienti. Possono fare eccezione alcuni alimenti di lavorazione industriale, che vengono "arricchiti" con vitamine e minerali (Vitamina B12, Calcio).

3. Il ridurre il consumo di cibo animale

Vale a dire che un'alimentazione naturale deve limitare (od abolire) i cibi animali indiretti, che non solo non sono necessari per ottenere l'adeguatezza nutrizionale della dieta, ma possono condurre a situazioni di "eccesso", si consiglia in consumo di pesce, secondo le necessità individuali, carne bianca e le uova....

4. Il consumo di una vasta gamma di Grassi Vegetali non è dannoso

I cibi animali indiretti sono ricchi di grassi saturi e colesterolo, mentre i grassi vegetali, provenienti da noci, semi oleaginosi, avocado, olive, soia ed olii vegetali sono ricchi di acidi grassi polinsaturi e monoinsaturi, poveri di grassi saturi e privi di colesterolo. Da quanto abbiamo detto sinora, è chia-

ro come debba essere privilegiato il consumo di questi grassi, che può raggiungere anche il 30% delle calorie totali, salvo indicazioni mediche particolari.

5. Consumare generose quantità di acqua ed altri fluidi

Il consumo di acqua, succhi di frutta e verdura, tisane e tè più volte al giorno permette l'assunzione di vitamine, antiossidanti e sostanze fitochimiche. Il tè verde è presente nella dieta delle popolazioni asiatiche da oltre 5.000 anni, e risulta essere una ricca fonte di antiossidanti, soprattutto flavonoidi.

6. Utilizzare alghe marine e zuppe

Le alghe sono una straordinaria fonte di sali minerali (calcio, ferro, iodio) e vitamine. È consigliato l'uso quotidiano di una zuppa di verdura...

7. Ricordarsi di porre attenzione anche agli altri fattori responsabili di uno Stile di Vita sano

Come già sottolineato, la dieta costituisce uno dei fattori che determinano un sano stile di vita. Va posta attenzione anche alla pratica di regolare esercizio fisico, alla frequente esposizione alla luce solare, all'adeguato riposo, all'astensione da abitudini voluttuarie nocive quali fumo ed alcool, a limitare esposizioni prolungate a stress di qualunque natura.

CONCLUSIONI

L'infermiere si trova ad assistere persone che, per diversi motivi e in ambienti differenti, presentano alterazioni dell'alimentazione e idratazione.

È sempre più frequente per l'infermiere assistere persone che manifestano problematiche alimentari sia in ambito ospedaliero che domiciliare. Illustrare alla persona i fattori che possono influenzare l'alimentazione e l'idratazione, istruire la persona sulla modalità di mantenere l'alimentazione e l'idratazione sono competenze dell'infermiere.

Infatti, in quanto professionista della salute, può operare nel settore della prevenzione ed educazione sanitaria diffondendo e divenendo il facilitatore di una "cultura del mangiare sano", attraverso l'acquisizione di conoscenze e competenze quali, ad esempio, i principi dell'alimentazione naturale.



Il tutto è finalizzato a far nascere nelle persone la consapevolezza che l'alimentazione, associata a salutarissimi stili di vita, può integrare, completare e potenziare, percorsi terapeutici complementari o tradizionali necessari per ristabilire l'equilibrio psico-fisico della persona.

Penso infine, che noi professionisti, dobbiamo conoscere e/o sperimentare tecniche e metodi nell'ambito della medicina complementare per arricchire l'assistenza infermieristica di "un valore aggiunto", correggendo eventualmente in nostro stile di vita partendo dalla cura di noi stessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Appunti del Corso (2005/2006) "Guida alla Terapia Alimentare" Scuola la Sanagola Milano
2. Guglielmo C., (2005) *Il grande libro dell'ecodieta*, Roma: Ed Mediterranee
3. Dean Ornish, Dr. Dean Ornish's (1996) Program for Reversing Heart Disease: The Only System Scientifically Proven to Reverse Heart Disease Without Drugs or Surgery, Ivy Books
4. G. Lepetit De La Bigne, A. Amante, (1994) *L'alimentazione vegetariana*, Milano: Ed. Tecniche Nuove
5. Hans Diehl, Aileen Ludington, Health Power, (2000) Herald Publishing Association
6. Joan Sabaté, (2001) *Vegetarian Nutrition*, CRC Press
7. Baroni L., (2005) *Curarsi con la cucina etica*, Casale Monferrato (Al): Ed. Sonda
8. Baroni L., Hans Diehl, (2004) *Decidi di stare bene*, Roma: Ed. Sonda
9. M & K Messina, (1996) *The Vegetarian Way*, Three Rivers Press (NY, USA)
10. Halsey M., (2002) *Terapia Alimentare*, Milano: Ed. Un mondo leggero
11. Nico V., (1992) *L'alimentazione naturale*, Milano: Ed. Mondadori
12. Ripa P., Baffi E., (2004) *Le cure complementari e l'infermiere*, Roma: Ed. Carocci Faber
13. Posizione dell'American Dietetic Association (1997): Diete vegetariane, "J Am Diet Assoc"; 97:1317-1321
14. Ufficio Stampa Istituto Nazionale dei Tumori, (2005) *Cucina e alimentazione: uno stile naturale per migliorare la qualità della vita*, Milano
15. Waldo A. Bernasconi (1998) *Come curarsi con la medicina Alternativa*, Milano: Ed. Mosaico

*Simona Mordente Tutor Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli studi dell'Insubria - Sede di Como. A.O. S. Anna di Como. Diploma di Guida alla Terapia Alimentare corso biennale presso la Scuola di Milano "La Sanagola" (Diagnosi orientale, dieta curativa, rimedi naturali ed evoluzione personale).



FONDAZIONE CRT

Il futuro in emergenza - 24/27 maggio 2007 Torino

Info: info@convegnoemergenza2007.it - tel. 011/505730 - fax 011/590940

A.C.O.S.

Comunicare nella sanità di oggi: un percorso possibile tra professionalità ed etica - Massa Marittima (Gr) 14/17 giugno 2007

Info: acos.nazionale@libero.it - www.acosnazionale.com - tel. e fax 06/631953

KILLALA SCHOOL OF ENGLISH - COLLEGIO IPASVI PIACENZA

Stage di inglese medico scientifico per infermieri - Irlanda 16/21 luglio 2007

Info: carla_peron@libero.it - tel. e fax 0523/321444

GIMBE

La gestione del rischio Clinico - Bologna 2/3/4 maggio 2007

Info: info@gimbe.org www.gimbe.org - tel. 051/5883920 - fax 051/3372195

AISeC

Alimentazione e lesioni da pressione: ruolo dell'operatore di supporto - Villa D'Adda (Bg) 16 giugno 2007

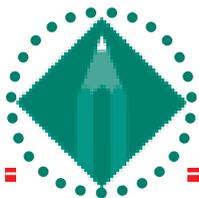
Info: segreteria@aislec.it - tel. 340/1644020 - fax 059/792818

ISTITUTO DI BIOETICA

Corso di formazione in bioetica - Dobbiaco (Bz) 20-30 agosto 2007

Info: anver@mclink.it - tel. 06/4070789 - fax 06/4076279





È evidente che...

Tricotomia e doccia preoperatoria: una questione ancora aperta

A cura di **MD Adriana Capalbo***,
MD Luigia Caldera**

INTRODUZIONE

...negli ultimi decenni, la rapida evoluzione della tecnologia sanitaria, le innovazioni emerse con la ricerca e la loro fruibilità, hanno determinato nelle professioni sanitarie la necessità ed il dovere, anche etico, di aggiornarsi e di conformarsi al nuovo che avanza, abbandonando principi superati e modificando, di conseguenza, procedure quotidiane e comportamenti ormai non più validi.

Senza fare grandi sforzi, è possibile ogni giorno individuare numerosissime notizie di interesse professionale. Si è infatti letteralmente sommersi dall'enorme quantità di informazioni di carattere sanitario: quotidiani con specifiche rubriche, programmi televisivi con eminenti esperti, colleghi di lavoro che hanno letto o partecipato a convegni, siti internet richiamati da semplici motori di ricerca, riviste di organi e associazioni professionali... fino alle banche dati biomediche, nelle quali sono riportati numerosi risultati di ricerche. Ma come discriminare la qualità e l'attendibilità di tutte queste informazioni? La risposta a questa domanda è rilevante, in quanto tra tanta copiosa informazione, talvolta ci si imbatte in notizie che smentiscono ciò che fino ad ora era considerato un principio indiscutibile, una verità incontrastabile, che garantiva una ferma certezza negli operatori sanitari... e che determina la scelta di aderire a criteri e principi diversi da quelli sinora adottati.

Questa premessa consente di introdurre l'argomento che sarà affrontato in questo numero, argomento già approfondito su questa stessa rubrica, che riguarda la preparazione all'intervento chirurgico e la prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica: la tricotomia e la doccia preoperatoria. Le raccomandazioni riportate nel suddetto

articolo, benché ormai da tempo di dominio pubblico, non sono comunque tuttora capillarmente diffuse e applicate negli ambiti chirurgici. Ciononostante, ci si trova già nella condizione di aggiornarle, alla luce di nuove ricerche e prove d'efficacia relative all'argomento in discussione. Nell'articolo di questo numero sarà inoltre trattato il tema delle fonti da cui reperire le informazioni scientifiche, che siano valide ed attendibili, allo scopo di sostenere gli operatori sanitari nella scelta delle azioni più efficaci per assistere le persone.

MATERIALI E METODI

La revisione della letteratura, al fine di individuare le più recenti prove di efficacia, si è svolta nelle seguenti fasi:

1. ricerca di linee-guida sulla più fornita banca dati delle stesse e sui siti delle principali istituzioni internazionali che producono e diffondono tali strumenti;
2. ricerca di revisioni sistematiche pubblicate sulla Cochrane Library;
3. ricerca sul sito del Joanna Briggs Institute (JBI), istituzione accademica infermieristica australiana, che produce revisioni sistematiche dalle quali derivano i cosiddetti "Best Sheets".

Rispetto alla precedente revisione della letteratura (Agorà n. 27) sono emersi due nuovi documenti rappresentati da revisioni sistematiche pubblicate sulla Cochrane Library nel corso dell'anno 2006. Tali revisioni in parte confermano ed in parte smentiscono quanto affermato dalla linee-guida dei CDC di Atlanta che sino ad oggi rappresentavano il principale riferimento scientifico per la tematica di nostro interesse.



Dato che le revisioni della Cochrane Collaboration sono di buona qualità metodologica, recenti e basate su studi clinici randomizzati e controllati (RCT), si può ragionevolmente affermare che quanto in esse riportato debba essere utilizzato per orientare la pratica clinica anche alla luce del fatto che i CDC di Atlanta non hanno ad oggi pubblicato alcuna revisione delle ormai datate linee-guida del 1999.

DISCUSSIONE

Di seguito si cercherà di rispondere ai quesiti che maggiormente l'infermiere si pone riguardo alla preparazione igienica all'intervento chirurgico. Le risposte fornite alle quattro domande nascono dal confronto fra quanto raccomandato dalle linee-guida dei CDC (1999) ed i risultati delle due più recenti revisioni sistematiche prodotte dalla Cochrane Collaboration.

1. È utile effettuare la tricotomia per prevenire le infezioni del sito chirurgico?
2. Quale strumento è preferibile usare, qualora si decida di effettuare la tricotomia, per ridurre il rischio di infezioni del sito chirurgico?
3. Quando deve essere effettuata la tricotomia?
4. È utile effettuare la doccia/shampoo/impacco preoperatoria con soluzione antisettica al fine di ridurre il rischio di infezioni del sito chirurgico?

1. È utile effettuare la tricotomia per prevenire le infezioni del sito chirurgico?

Le linee-guida dei CDC del 1999 rispondevano chiaramente a questo quesito raccomandando di "Non effettuare la tricotomia a meno che i peli in corrispondenza o attorno al sito di incisione interferiscano con la procedura chirurgica – Categoria IA".

Una recentissima (2006) revisione sistematica condotta dalla Cochrane Collaboration che ha incluso undici studi controllati randomizzati smentisce in parte questa raccomandazione, affermando che ad oggi non esistono forti prove di efficacia a sostegno o contro la tricotomia in quanto non esiste una differenza significativa nei tassi di infezione del sito chirurgico fra la non esecuzione della tricotomia e la tricotomia con rasoio tradizionale o con crema depilatoria.

I pazienti non sottoposti a tricotomia corrono lo stesso rischio di infezione del sito chirurgico rispetto a quelli sottoposti a tricotomia con raso-

io tradizionale o a depilazione con crema; relativamente all'uso del clipper, non esistono studi che hanno confrontato la non esecuzione della tricotomia con la tricotomia con rasoio elettrico. Alla luce delle raccomandazioni di cui sopra e considerando che comunque l'esecuzione della tricotomia comporta l'impiego di risorse umane e materiali, si può suggerire quanto indicato dalle linee-guida dell'Associazione statunitense degli infermieri di sala operatoria (AORN) nelle quali si raccomanda di evitare, se possibile, la rimozione dei peli, consigliando di valutare la necessità o meno della tricotomia sulla base della sede d'incisione, la quantità di peli presenti ed il tipo di intervento chirurgico.

2. Quale strumento è preferibile usare, qualora si decida di effettuare la tricotomia, per ridurre il rischio di infezioni del sito chirurgico?

In relazione allo strumento da utilizzare per l'esecuzione della tricotomia, tutte le fonti consultate (CDC e Cochrane Library incluse) sono d'accordo nel sostenere che l'uso del clipper consente una riduzione del tasso d'infezione del sito chirurgico rispetto alla rasatura tradizionale. Non ci sono invece studi che hanno confrontato l'effetto della rasatura con clipper rispetto alla depilazione con crema; le fonti consultate ritengono comunque che il clipper sia da considerarsi la prima scelta, la rasatura tradizionale l'ultima e la depilazione con crema un'alternativa alla rasatura tradizionale qualora non si disponga di clipper (es. preparazione domiciliare).

Si riportano in tabella 1 in sintesi (Capalbo e Caldera 2005) i vantaggi e gli svantaggi legati al tipo di strumento.

3. Quando deve essere effettuata la tricotomia?

In merito al tempo di esecuzione della tricotomia, la raccomandazione dei CDC del 1999, nella quale si sosteneva che "la tricotomia deve essere effettuata immediatamente prima dell'intervento chirurgico – Categoria IA" è stata smentita dalla più recente revisione sistematica della Cochrane Collaboration (2006).

In quest'ultimo autorevole documento si ritiene che, qualora venga utilizzato per la tricotomia il clipper o il rasoio tradizionale, non vi sono differenze significative nei tassi d'infezione del sito chirurgico qualora la tricotomia venga effettuata il



Tabella 1 - Strumenti per tricotomia

<p style="text-align: center;">CLIPPER RASOIO ELETTRICO A BATTERIA RICARICABILE, CON LAME MONOUSO. ALCUNI MODELLI SONO DOTATI DI TESTINA ROTANTE.</p> 	<p>Costituisce la prima scelta nella tricotomia preoperatoria in quanto consente una riduzione del tasso di infezioni rispetto alla rasatura tradizionale.</p> <p>VANTAGGI: Consente la rasatura dei peli, sia asciutti che bagnati, vicino alla cute (2-3 mm), senza causare graffi o tagli. Consente una tricotomia indolore, sufficientemente pratica e veloce e che non necessita di materiale aggiuntivo (sapone, garze, ecc.). È maneggevole nell'impiego. In letteratura non sono riportati problemi alla persona assistita.</p> <p>SVANTAGGI: È possibile la presenza di peli residui dopo la tricotomia, specie nelle aree umide (ascelle, pube) Il costo "puro" dello strumento e delle lame è più elevato rispetto ai rasoi monouso.</p>
<p style="text-align: center;">CREMA DEPIULATORIA</p>	<p>VANTAGGI: Può essere autogestita dalla persona assistita. Non determina microlesioni cutanee.</p> <p>SVANTAGGI: Può causare irritazioni cutanee e fenomeni di ipersensibilità che rendono l'uso della crema di seconda scelta rispetto al clipper. Ha un costo mediamente più elevato rispetto al rasoio tradizionale. Costituisce l'ultima scelta per l'esecuzione della tricotomia preoperatoria in quanto è dimostrato, senza ombra di dubbio, che incide pesantemente sul tasso di infezioni del sito chirurgico.</p>
<p style="text-align: center;">RASATURA TRADIZIONALE (CON RASOIO MONOUSO)</p>	<p>VANTAGGI: È una pratica usuale, ampiamente diffusa. Ha un costo "puro" nettamente inferiore rispetto alle altre metodiche.</p> <p>SVANTAGGI: Causa abrasioni, tagli, microtraumi della cute. Sono necessari più rasoi per singola area depilata. Richiede l'uso di materiale aggiuntivo. Comporta tempi più lunghi di esecuzione rispetto alle altre metodiche.</p>

giorno dell'intervento anziché il giorno prima.

Relativamente alla tempistica di utilizzo delle creme depilatorie, ad oggi non esistono studi comparativi.

4. È utile effettuare la doccia/shampoo preoperatoria con soluzione antisettica al fine di ridurre il rischio di infezioni del sito chirurgico?

Le linee-guida dei CDC del 1999 rispondevano chiaramente a questo quesito raccomandando di "Far eseguire al paziente una doccia o un bagno con soluzione antisettica almeno la sera antecedente il giorno dell'intervento chirurgico – Categoria IB".

Tale raccomandazione si fondava sulle conclusioni a cui erano giunti diversi studi sperimentali nei quali si sosteneva che l'effettuazione di una doccia o bagno preoperatorio con soluzione antisetti-

ca consente di ridurre la conta delle colonie microbiche cutanee.

Una recentissima (2006) revisione sistematica condotta dalla Cochrane Collaboration che ha incluso sei studi controllati randomizzati (con un campione totale di 10.000 pazienti) contraddice la raccomandazione dei CDC affermando che gli studi ad oggi condotti dimostrano che la doccia antisettica preoperatoria, comparata a doccia con soluzione non antisettica o all'assenza di doccia, non comporta un minor tasso di infezioni del sito chirurgico, in quanto la riduzione della conta delle colonie microbiche cutanee non comporta necessariamente la riduzione del tasso di infezione del sito chirurgico.

Alla luce delle considerazioni di cui sopra e tenuto conto anche di alcuni limiti legati all'esecuzione della doccia antisettica (fenomeni di ipersensibili-



tà, costi, tempo, ecc.), si ritiene di non dover più raccomandare tale pratica in quanto le migliori prove di efficacia oggi sostengono che l'igiene preoperatoria con soluzione detergente espone il paziente al medesimo rischio di contrarre un'infezione del sito chirurgico, comportando minori costi ed effetti collaterali.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Come già accennato nell'introduzione risulta chiaro che per favorire una pratica assistenziale di comprovata efficacia è indispensabile sapere effettuare una buona revisione della letteratura alla ricerca di fonti scientifiche valide, attendibili e aggiornate.

Questo è ancor più fondamentale alla luce del fatto che oggi si stima un volume di circa 2 milioni di articoli pubblicati ogni anno in più di 20 mila riviste biomediche e che si valuta in soli 19 anni il tempo di raddoppio del volume della letteratura.

Accanto alla certezza che nessun infermiere può stare al passo della letteratura vi è però la consapevolezza che una conoscenza più approfondita della tipologia di fonti e dei criteri di scelta delle stesse è fondamentale per potersi districare fra le mille risorse che la letteratura scientifica oggi offre. Universalmente non si considerano come fonti valide per una pratica assistenziale evidence-based le cosiddette fonti tradizionali (collega esperto, libri di testo, revisioni narrative) in quanto esse non forniscono sufficienti garanzie di aggiornamento e completezza riguardo alle innovazioni in campo biomedico contribuendo a ritardare l'introduzione di interventi efficaci o addirittura a mantenere pratiche assistenziali inefficaci e potenzialmente dannose.

Le migliori prove di efficacia devono essere quindi reperite all'interno di documenti che favoriscano il passaggio delle informazioni dall'ambito di ricerca alla pratica clinica; proponiamo una delle possibili classificazioni (Casati (2006) che prevede la distinzione in quattro categorie, a seconda del numero di autori intervenuti oltre a quelli primari (vedi tabella 2).

Risulta chiaro che quanto più ci si allontana dall'articolo originale quanto più aumentano le possibilità di distorsione dell'informazione scientifica. Le fonti secondarie, terziarie e quaternarie sono però caratterizzate da una maggiore utilità in quanto gli autori delle stesse hanno già compiuto sulla fonte primaria un'attività di selezione, valutazione critica

e sintesi che richiederebbe all'utilizzatore finale della letteratura competenze metodologiche, tempo e risorse, non sempre disponibili.

Per facilitare il reperimento delle fonti sono inoltre accessibili on-line diverse banche dati biomediche che, archiviando il contenuto delle diverse fonti in formato elettronico, consentono la ricerca informatizzata. Esistono banche dati primarie (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, ecc.) che indicizzano prevalentemente anche se non esclusivamente articoli primari, banche dati di linee-guida e banche dati di revisioni sistematiche di cui la Cochrane Library rappresenta una delle più autorevoli espressioni.

Nella scelta delle fonti è bene considerare anche la cosiddetta gerarchia delle prove di efficacia che attribuisce alle prove stesse un peso qualitativo diverso a seconda del disegno dello studio primario dal quale derivano e dal rigore scientifico con il quale lo studio è stato condotto. Non tutte le prove sono quindi considerate di pari livello qualitativo in quanto non tutti gli studi che le originano si basano sul medesimo disegno di ricerca e sono stati condotti con lo stesso rigore scientifico.

Al di là dei vari e specifici sistemi di classificazione qualitativa delle prove di efficacia, di norma si tende ad attribuire maggior peso alle prove di efficacia derivanti da revisioni sistematiche di studi randomizzati e controllati (RCT) e via via minor peso a prove derivanti da singoli RCT, da studi non sperimentali, da studi osservazionali e dal parere degli esperti.

Indipendentemente dal tipo di fonte si ritiene comunque che ogni tipologia di documento reperito debba essere sottoposto a valutazione critica al fine di verificarne il rigore scientifico (di conduzione dello studio primario o di elaborazione delle altre tipologie di fonti) e la conseguente attendibilità dei risultati o delle raccomandazioni. A tal fine esistono diverse check-list che possono essere di supporto all'utilizzatore della letteratura scientifica nell'attività di valutazione critica della stessa.

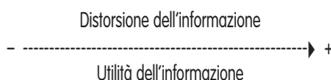
Un altro criterio che deve essere considerato nella scelta delle fonti bibliografiche è indubbiamente il tempo di pubblicazione.

È evidente che la rapida evoluzione del progresso scientifico e tecnologico determina una rapida obsolescenza dell'informazione biomedica. È anche per tale motivo che non si considerano i libri di testo valide fonti di prove di efficacia in quanto il loro contenuto al momento della pubbli-



Tabella 2 - Fonti di prove di efficacia

FONTI PRIMARIE	FONTI SECONDARIE	FONTI TERZIARIE	FONTI QUATERNARIE
Articolo scritto dalla persona che ha condotto la ricerca	Revisione (analisi, valutazione critica e sintesi) di fonte primaria, singola o aggregate	Raccomandazioni prodotte dall'integrazione delle revisioni sistematiche con l'opinione degli esperti e dei pazienti e con le valutazioni di politica sanitaria	Documenti che integrano diverse tipologie di letteratura (primaria, secondaria e terziaria), ad esempio tabelle di confronto di linee-guida
Articoli originali	Revisioni sistematiche (es. Cochrane Library) Riviste secondarie (es. Evidence Based Nursing)	Linee-guida	Sintesi di linee-guida (es. www.pnlg.it)



cazione è già scientificamente obsoleto di almeno due anni, il tempo necessario per la stampa e l'eventuale traduzione.

Alla luce delle considerazioni di cui sopra certamente non è facile decidere come orientare la propria pratica clinica sulla base delle diverse fonti di prove di efficacia anche perché spesso la letteratura scientifica è caratterizzata dalla cosiddetta "area grigia" dove esiste incertezza sull'efficacia di un intervento per mancanza di RCT o per presenza di studi eterogenei o di revisioni sistematiche non conclusive.

Bisogna però rammentare che l'Evidence Based Nursing richiede di fondare il proprio operato sulle migliori prove di efficacia disponibili, allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, e non sulle migliori prove di efficacia possibili e che la mancanza di ricerca di buona qualità non può esimere il professionista dall'interrogarsi sulla reale efficacia degli interventi erogati e dal fare in modo che questi interventi abbiano una base il più possibile scientifica.

*BISOGNA CORRERRE A PIÙ NON POSSO
PER RESTARE DOVE SI È
(L. Carrol - Alice nel paese delle meraviglie)*

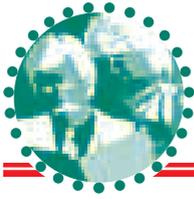
BIBLIOGRAFIA

1. A cura della redazione (2000) L'assistenza al paziente nel pre e postoperatorio Parte I. L'assistenza al paziente nel preoperatorio. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 19 (4): 249-261
2. AORN - Association of Perioperative Registered Nurses (2002). *Recommended practices for skin preparation of patients*. AORN Journal 75 (1): 184-187
3. Capalbo A., Caldera L. (2005) È evidente che... Agorà. n. 27
4. Casati M. (2006). Linee-guida e pratica clinica. *Giornale italiano di Scienze Infermieristiche*. II (4): 104-115
5. CDC - Centres for Diseases Control and Prevention (1999) *Guideline for Prevention of Surgical Site Infection*. Atlanta
6. Gobbi P. (2002) *La tricotomia preoperatoria con rasoio elettrico (clipper): l'esperienza dell'ospedale di Garbagnate Milanese*. *Orientamenti Anipio* 3: 16-25
7. Hamer S., Collison G. (2002) *Evidence-based practice - assistenza basata su prove di efficacia*. Milano: McGraw-Hill
8. JBI (2003) The impact of preoperative hair removal on surgical site infection, *Best Practice*, Vol 7, Iss 2, Black-well Publishing Asia, Australia
9. Tanner J., Wooding D., Moncaster K., (2006) *Preoperative hair removal to reduce surgical site infection*. Cochrane Database of Systematic Reviews
10. Webster J., Osborne S., (2006) *Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection*. Cochrane Database of Systematic Reviews

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

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

Responsabilità e codice deontologico: spunti di riflessione

20

di *Doriana Oatle**

IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE, 1999

1. PREMESSA

- L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica.
- L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.
- La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.
- Il Codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. È uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.
- L'infermiere, con la partecipazione ai propri organismi di rappresentanza, manifesta la appartenenza al gruppo professionale, l'accettazione dei valori contenuti nel Codice deontologico e l'impegno a viverli nel quotidiano.

RESPONSABILITÀ

Il tema della responsabilità (articoli 1.1, 1.3, 1.4) deve essere affrontato nella sua dimensione giuridica ed etico - deontologica.

Tradizionalmente, il concetto di responsabilità professionale dal punto di vista giuridico richiama un significato negativo, relativo alla possibilità di rispondere di proprie azioni od omissioni e di essere sottoposti a sanzioni (responsabilità penale), di risarcire un danno (responsabilità civile), di rispondere di propri comportamenti al datore di lavoro e/o al Collegio

di appartenenza per violazioni di regole contrattuali e professionali (responsabilità disciplinare).

Si parla di **responsabilità penale** in presenza di violazione della legge penale (reato), contenuta nel codice penale o in leggi extra penali, parti fondamentali da considerare sono l'elemento oggettivo e soggettivo del reato.

L'**elemento oggettivo** del reato è composto dalla condotta (consiste in un'azione o omissione - fare/non fare), l'evento (è il risultato di un'azione o omissione) e il nesso di causalità (rapporto tra condotta ed evento).

L'**elemento soggettivo** del reato indaga la volontarietà del soggetto rispetto al fatto materiale commesso e, in relazione alla volontà del soggetto, si distinguono:

- il dolo: si caratterizza per la volontarietà della condotta offensiva e per la previsione di un evento dannoso in conseguenza di quella condotta;
- la colpa: si caratterizza per la non volontà di compiere un determinato fatto/reato che si verifica ugualmente a causa di negligenza o imprudenza o imperizia (colpa generica), o a seguito di inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline (colpa specifica). Quindi, mentre nel dolo occorre la volontà di commettere il fatto, nella colpa occorre invece la non volontà e, nella responsabilità professionale, la colpa è di gran lunga più importante e frequente del dolo;
 - *la negligenza* è un atteggiamento di trascuratezza, di mancanza di attenzione e di accortezze, un'omissione volontaria di determinate precauzioni che il soggetto conosce e volontariamente non adotta;
 - *l'imperizia* è caratterizzata da un'insufficiente preparazione e capacità di un soggetto che in realtà dovrebbe averle (incapacità professionale);
 - *l'imprudenza* è caratterizzata da un comportamento avventato di un soggetto che, nonostante il pericolo o l'alta probabilità che il suo



comportamento produca un evento dannoso, agisce lo stesso;

- *la colpa specifica* (inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline) consiste nella non osservanza di tutte quelle regole codificate che hanno l'obiettivo di evitare la realizzazione di un evento dannoso;
- la preterintenzione: è una situazione particolare prevista dalla norma solo per due reati, l'omicidio (quando il soggetto vuole commettere un reato minore - lesioni, percosse - e da questo comportamento deriva, come conseguenza non voluta, la morte della persona) e l'aborto (quando con comportamenti tesi a provocare lesioni si provoca, come effetto non voluto, l'interruzione della gravidanza). La preterintenzione risulta essere un caso di responsabilità di dolo misto a colpa.

Il diritto civile, diversamente da quello penale (che reprime le violazioni dell'ordine giuridico generale con punizioni), è un diritto privato e ha come obiettivo la tutela degli interessi privati e la reintegrazione del diritto leso. Quindi la **responsabilità civile** è riferita ad un danno degli interessi privati, che obbliga il risanamento del danno economico. Le condizioni che devono sussistere perché la persona possa essere ritenuta responsabile del danno sono:

- il fatto deve essere doloso o colposo;
- tra il fatto e l'evento deve esserci un nesso di causalità, ossia l'evento deve essere una conseguenza diretta o indiretta del fatto;
- il danno procurato deve essere ingiusto.

La responsabilità disciplinare è direttamente in relazione al potere disciplinare che compete al datore di lavoro e/o al Collegio di appartenenza ed è esercitata considerando i doveri previsti dalla normativa giuridica o contrattuale e nella normativa ordinistica ed

extraordinistica. Si esplica erogando delle sanzioni (dal rimprovero verbale al licenziamento/dall'avvertimento alla radiazione dall'Albo del Collegio di appartenenza) in caso di comprovata responsabilità e previo provvedimento disciplinare.

Oggi è, però, fondamentale esaminare il tema della responsabilità con una visione positiva, ossia quella professionale: essere e sentirsi responsabili, assumere in prima persona la responsabilità dell'agire professionale. Si deve definire la dimensione etica della responsabilità e un punto di partenza è ciò che gli stessi infermieri dichiarano di avere attualmente. Non ci sono molti studi in merito, ma, da un'indagine Censis del 1995, emerge che gli infermieri si sentono responsabili prima di tutto della salute del paziente, del suo benessere fisico e spirituale, dell'informazione alla persona ed ai familiari. La responsabilità etica dell'infermiere si afferma in relazione all'organizzazione del lavoro, all'applicazione di protocolli terapeutici, all'uso di materiali e presidi, alla gestione dei rapporti tra i vari operatori ed ai valori culturali del cliente (vedi tabella sotto).

I dati forniscono un quadro fondamentalmente positivo, da cui emerge un infermiere sempre meno esecutore, il 61,8% degli intervistati ritiene di avere delle responsabilità; fa pensare, comunque, quel 38% circa che si esprime negativamente o dice di non sapere. Il Codice deontologico mette in risalto il tema della responsabilità nell'intero testo, l'autorità professionale sollecita gli infermieri ad un continuo sviluppo dell'etica nell'agire professionale. La dimensione etica della responsabilità proviene dalla necessità di contribuire al mantenimento della vita e/o della qualità della vita, in presenza di eventi avversi che minacciano o annullano la capacità di autodeterminazione delle persone e che possono mettere in

Opinioni dell'intervistato riguardo alla responsabilità etica e deontologica dell'infermiere (val. %)

AMBITI	L'INFERMIERE HA LA RESPONSABILITÀ		
	SÌ	NO	NON SO
La salute del paziente	92,4	4,4	3,2
Il benessere fisico e spirituale del paziente	91,6	4,9	3,5
L'informazione del paziente e dei suoi familiari	87,5	8,2	4,3
L'organizzazione del lavoro	82,0	13,5	4,5
L'applicazione dei protocolli terapeutici	80,7	12,7	6,6
L'uso dei materiali e dei presidi	77,1	15,9	7,0
La gestione dei rapporti tra i vari operatori	76,7	15,4	7,9
I valori culturali del paziente	61,8	27,9	10,3
La scelta dei protocolli terapeutici	41,4	47,6	11,0



discussione le convinzioni ed i valori dell'individuo. Inoltre, la persona con problemi di salute è particolarmente esposta all'influenza altrui, specialmente se l'altro è da lei ritenuto competente per il suo problema. Questa è una delle ragioni per le quali l'etica rappresenta per gli infermieri, così come per le altre professioni sanitarie, l'elemento principale di professionalità, soprattutto in un'epoca dove l'implemento dello sviluppo tecnologico, il cambiamento della legislazione sanitaria nell'ottica dell'aziendalizzazione, le profonde modificazioni degli stili di vita hanno condotto ad una richiesta di diversa e maggiore considerazione dell'autonomia delle persone assistite, dell'umanizzazione del rapporto con gli operatori, del benessere al quale hanno diritto. Tutto ciò ha portato all'affermazione, rispetto alla precedente etica delle convinzioni, all'etica della responsabilità. Il sociologo M. Weber ha scritto: «L'etica assoluta non si preoccupa delle conseguenze. [...] Dobbiamo renderci conto che ogni agire orientato in senso etico può oscillare tra due massime radicalmente diverse e inconciliabilmente opposte: può esser cioè orientato secondo l'etica della convinzione oppure secondo l'etica della responsabilità. Non che l'etica della convinzione coincida con la mancanza di responsabilità e l'etica della responsabilità con la mancanza di convinzione. Non si vuol certo dir questo. Ma v'è una differenza incolumabile tra l'agire secondo la massima dell'etica della convinzione [...] e l'agire secondo la massima dell'etica della responsabilità, secondo la quale bisogna rispondere delle conseguenze (prevedibili) delle proprie azioni»¹.

La responsabilità professionale, etica e deontologica, oggi si focalizza sui risultati. La normativa attuale delinea un concetto di responsabilità in modo impensabile fino a pochi anni fa.

«All'infermiere, così come agli altri professionisti della salute, viene oggi richiesto di:

- affrontare l'incertezza e il dinamismo assumendo

decisioni, senza aspettarsi soluzioni dall'esterno e senza poter dire, tranne che in casi di possibile violazione della legge, "questo non mi compete";

- rispettare e valorizzare nel luogo di lavoro le diversità culturali di cui sono portatori i diversi professionisti con competenze tecnico-specialistiche o manageriali;
- contribuire a ottimizzare l'uso delle risorse, soprattutto quelle umane, rendendolo il più possibile equo ed efficiente. Si tratta di programmare il proprio lavoro e quello degli operatori di supporto, di integrarsi nell'équipe multidisciplinare e di valutare il rapporto costi/benefici delle scelte e delle decisioni;
- assumersi la responsabilità dei risultati più che della conformità delle azioni a norme e consuetudini. Bisogna tendere a ridurre la dispersione delle energie proprie e altrui e individuare percorsi di assistenza da assicurare più che singole prestazioni da erogare;
- migliorare la propria professionalità e contribuire a migliorare l'intero sistema proponendo soluzioni innovative a partire dalla propria esperienza, mettendo continuamente in discussione le abitudini consolidate, malgrado la sicurezza che danno, e vedendo i problemi non come meri ostacoli, ma anche come opportunità di miglioramento»².

L'agire dell'infermiere deve basarsi sulla capacità relazionale, attraverso l'accettazione della diversità "dell'altro", esprimendosi in modo adatto alle sue esigenze e utilizzando più canali comunicativi, anche la competenza acquisita si deve sviluppare con la capacità di giungere ai risultati.

L'orientamento ai risultati è il punto centrale su cui si basa la responsabilità dell'infermiere oggi e, contemporaneamente, l'elemento che accomuna i membri dell'équipe.

*Commissione Esercizio Professionale
AFD SITRA Az. Ospedaliera S. Anna Como

BIBLIOGRAFIA

1. Luca Benci, *Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria*, McGraw – Hill quarta edizione, giugno 2005
2. Carlo Calamandrei, Laura D'Addio, *Commentario al nuovo codice deontologico*, McGraw – Hill, prima edizione, ottobre 1999

¹Weber M., *Il lavoro intellettuale come professione*, Torino, Einaudi, 1960, p.109

²Carlo Calamandrei, Laura D'Addio, *Commentario al nuovo codice deontologico*, McGraw – Hill, prima edizione, ottobre 1999, p.56-57





News from the web

Elenco siti utili

di (PARD) Paola Pozzi*

- AIIA** Associazione Italiana di Infermieri in Anestesia www.aiia.it
- AIIO** Il sito riguarda problematiche di nursing oncologico ed è provvisto di un forum, di bibliografie di riferimento e di alcune tesi sull'assistenza oncologica www.aiio.it
- AINS** Associazione Italiana Nursing Sociale www.ains.it
- A.I.C.O.** Associazione caposala e infermieri di sala operatoria www.aicoitalia.net
- AISACE** Infermieri Specializzati Area Critica www.aisace.it
- AISACE Liguria** Infermieri Specializzati Area Critica - Regione Liguria <http://utenti.laycos.it/aisaceliguria/index.html>
- AISLeC** Associazione Infermieri studio lesioni cutanee www.aislec.it
- A.I.Ur.O** Associazione Infermieri di Urologia Ospedaliera www.aiuro.it
- ANIFE** Associazione Nazionale Infermieri Formazione per l'Emergenza che credo nella Formazione quale strumento per lo sviluppo e valorizzazione della categoria Infermieristica, affinché essa possa Crescere, Rafforzarsi, in un ottica di Qualità dell'Assistenza. www.anife.org
- A.N.I.N.** Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze www.anin.it
- AORN** Association of Operating Nurses www.aorn.org
- CESPI** Centro Studi delle Professioni Infermieristiche: ricerca bibliografica www.cespi-centrostudi.it/default.asp
- CESRI** è un nuovissimo sito infermieristico dedicato principalmente all'incontro tra esperienze di ricerca, studio, analisi, ecc www.cesri.it
- COSABLANCA** nursing laughter www.cosablanca.it/cosablanca.html
- CUOREINFERMIERISTICO** Sito dedicato agli studenti infermieri <http://xoomer.virgilio.it/cuoreinfermieristico>
- DINAMICAMENTE** ... non solo infermieristica... www.dinamica-mente.it
- EMERGENCYNOW** sito e legato all'emergenza www.emergencynow.it
- EMODIALISI** Sito personale dedicato all'emodialisi www.nelloruocco.da.ru
- EMOFILTRAZIONE** Sito personale dedicato all'emofiltrazione <http://crea.html.it/sitoemofiltrazione>
- EMERGENCY MAGAZINE** Sito personale www.emj.altavista.org
- G.I.T.C.** Gruppo Italiano Infermieri di Cardiologia www.gitic.it
- G.I.T.M.O.** Gruppo Italiano per il Trapianto di Midollo Osseo - Area Infermieristica www.gitmo.net/n_index.htm
- GPAIN** Gruppo Permanente Associazioni Infermieristiche Nazionali <http://gpain.too.it>
- INFERMIERIATTIVI.IT** Portale di formazione ed informazione infermieristica www.infermieriattivi.it
- INFERMIERI-FC.NET** Sito del gruppo Italiano di Fibrosi Cistica www.infermieri-fc.net
- INFERMIERI EUROPA 2000** "Infermieri rappresenta l'identità dei soci, la scritta 2000 rappresenta gli obiettivi e la partenza, le bandiere rappresentano la volontà di operare con l'Europa." www.geocities.com/HotSprings/1249
- INFERMIERI ITALIANI.COM** Sito di infermieri al servizio della salute www.infermieriitaliani.com
- INFERMIERILAUREANDI.IT** è la sperimentazione di uno strumento infermieristico da utilizzare nella formazione universitaria www.infermierilaureandi.it
- INFERMIERISTICA** Sito studenti universitari www.infermieristica.com
- INFERMIERISTICAMENTE.IT** Sito personale. Dispone uno spazio forum di comunicazione. www.infermieristicamente.it
- INFERMIERI.CJB STUDENTI** Sito a cura di studenti infermieri che mettono a disposizione on line appunti di lezioni Universitarie come autoaiuto a favore della crescita professionale <http://infermieri.cjb.net>
- INFERMIERITORVERGATA.COM.** Sito gestito dai responsabili del C.L. in Infermieristica dell'Università di Roma Tor Vergata. Il sito contiene materiale informativo utile per la formazione di base ed post base, statuti, ordinamenti didattici dei vari corsi attivati per l'infermiere www.nfermieritorvergata.com





Ciao a tutti e... buon anno. Nel periodo natalizio mi sono fatto un regalo: un viaggio in "Benin" (Africa) al "seguito" di una spedizione "umanitaria". Paroloni per dire in sostanza che ho fatto una vacanza diversa, visitando luoghi e persone a me sconosciuti, portando professionalità e beni in una terra bella ma povera e con molti problemi sanitari. Ho avuto modo, nonostante sia rimasto per poco tempo, di apprezzare culture diverse ed estreme ai miei occhi, di vivere luoghi incantevoli, di conoscere persone e... molto altro. Riassumo così que-

s'esperienza al seguito di medici "veterani" nell'operare in paesi del "cosiddetto" terzo mondo: un interessante modo di lavorare, lontano da visioni pietistiche e alla ricerca di modalità solidali che non siano la semplice elargizione di beni. Il tutto a partire da una generosa messa in campo di competenze e materiali che soddisfano l'inderogabile necessità sanitaria delle genti.

Ecco di seguito parte del report del viaggio a firma del dottor Aldo Lo Curto, organizzatore della spedizione e noto medico della nostra provincia.

Nuova spedizione umanitaria in Benin (Africa occidentale)

Cari amici eccomi di nuovo di ritorno dalla prima spedizione del nuovo anno. Come sapete, dopo aver prestato servizio come medico volontario itinerante in oltre 40 paesi, ormai da tempo mi reco periodicamente in Benin (Africa), Brasile (America), Mongolia (Asia) e Isole Salomone (Oceania). (...)

Anche se i paesi dove opero sono molto diversi tra loro, gli obiettivi sono sempre gli stessi:

- A) prevenzione ed educazione sanitaria;
- B) medicina curativa;
- C) donazione di materiale medico e chirurgico, educativo, sportivo e ludico;
- D) controllo sul buon uso di precedenti donazioni.

In Benin, quest'anno è andata così: l'equipe era composta tutta da italiani: il dentista Andrea Degani, l'infermiere Sandro Tangredi e il reporter Giulio Castellani. Ci ha affiancato il medico beninese Gabriel Gbogbo, proveniente dalla capitale Cotonou. Il nostro soggiorno è durato due settimane. L'area operativa è stata come in passato la città lagunare di Ganvier, soprannominata la "Venezia africana" perché i suoi abitanti vivono sull'acqua da oltre 300 anni: si erano rifugiati in una regione paludosa per sfuggire alla schiavitù, ed oggi sono 30.000 persone senza alcuna assistenza medica. Vi racconto in poche parole com'è andata:

- A) **PREVENZIONE:** come in passato è stato pubblicato un nuovo CALENDARIO DELLA SALUTE del 2007, bilingue (in francese ed in toffin, la lingua



della laguna) sul tema della prevenzione della carie dentaria; sarà distribuito gratuitamente tra i villaggi della laguna.

- B) **MEDICINA CURATIVA:** al di là dell'esame e della cura di centinaia di malati, vorrei discostarmi dal bilancio trionfalistico e numerico che è tipico di migliaia di ONG che ci fanno pervenire bollettini natalizi trionfalistici, ricordando semplicemente che **ABBIAMO SALVATO ALMENO TRE VITE UMANE**, e che questo da già un senso alla nostra spedizione.
- C) **DONAZIONI:** il materiale medico, chirurgico, dentistico, oculistico, educativo, sportivo e ludico, è stato distribuito a Ganvier (Scuola Materna), Pahou (orfanotrofio Exode House) e alle Missionarie della carità (ordine fondato da Madre Teresa di Calcutta) della capitale Cotonou.

(...)

Ringrazio, per finire, tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione della spedizione.

Aldo Lo Curto



Naturalmente ognuno dei partecipanti alla spedizione potrebbe raccontare la sua "Africa", alla luce delle proprie emozioni, dei propri vissuti. Molto è accaduto nella laguna in quei pochi giorni per me straordinari: assistere ad un parto in una palafitta senza luce e senza acqua (un'infermiera la "sage femme", presenza preziosa per la comunità), visitare villaggi dove le correnti della laguna concentrano i rifiuti che vi vengono versati (Aimniophidé. l'inferno ai nostri occhi), danzare al ritmo dei loro tamburi, dormire in capanne dal tetto di paglia, passare insonni notti con le ore scandite dalle percussioni e dai canti che accompagnano le lunghe veglie funebri. E poi Cotonou, la capitale: gli affollati orfanotrofi, il centro delle suore della carità di Madre Teresa e il loro ambulatorio sanitario per i più poveri (tutte infermiere le suore, con una ben rifornita farmacia), il caos di una città assediata dal traffico e dalla polvere. Insomma.. una serie di eventi e luoghi ai miei occhi realmente straordinari... ed ancora Ouidha, città sul maestoso oceano, luogo della memoria per questa porzione d'Africa, teatro di pesante storia, una delle tante pagine amare della nostra "civiltà" d'occidente: la tratta degli schiavi, basso costo per un'esistenza.

...
Ganvier, nostra base, è un villaggio di palafitte molto suggestivo e... romantico!! La vita vi scorre lentamente, scandita da una quotidianità fatta di pesca e poco altro. Ci si sposta in piroghe leggerissime e tutte le volte che ci sali ti raccomandi a santi ed angeli del paradiso: impensabile immaginarsi a bagno in quelle acque... impensabile!! Comunque per fortuna o bravura dei nostri angeli non vi è stato mai nessun problema durante le necessarie navigazioni, a volte qualche schizzo... ma veramente poca roba. Vi abbiamo fatto ambulatorio per parecchi giorni a Ganvier: malaria ed infezioni varie le principali malattie, qualche ulcera e... mal di denti, campo d'azione di Andrea, il dentista, a cui ho fatto spesso da assistente (...alla sedia, visto che di poltrone neanche l'ombra!!!). La malaria ("le paludisme" in francese) è naturalmente la malattia più comune, i sintomi riferiti sono sempre gli stessi: febbre alta ad intermittenza, affaticamen-

to, brividi... È, come altre malattie croniche, ben curabile se trattata adeguatamente ed in tempo: è sufficiente una terapia farmacologia a base di cloroquina a cui si aggiungono vitamine e ferro se vi è anche anemia (...nella maggioranza dei casi). Se trascurata è invalidante, riduce notevolmente la carica vitale e può essere anche mortale. Non vi è nei villaggi alcuna presenza medica, per cui chi ha problemi deve recarsi nella capitale, in ospedale, dove (se ho ben capito il funzionamento del sistema sanitario pubblico del Benin) lo stato assicura solo le consulenze mediche, mentre le cure ed il vitto sono a carico dell'ammalato, e, di conseguenza, non sono molte le persone che si recano in città per curarsi. Da quest'anno prende il via un progetto che dovrebbe in parte affrontare il problema: verrà stipendiato un medico della capitale (il doctor Gbogbo) per garantire almeno settimanalmente un ambulatorio medico nella laguna che assolva in parte la necessità di medicina di base, semplice ma indispensabile. Molto altro potrei aggiungere, molto altro potrei dire. Mi limiterei ad una semplice riflessione finale che vuole anche essere la "molla" per la spedizione del prossimo anno: la presenza degli infermieri in questa realtà si è rivelata indispensabile. Essi offrono alla comunità un servizio prezioso e necessario... naturalmente i mezzi e le capacità sono legati alle caratteristiche sociali e culturali del territorio. Un sostegno economico, programmi di igiene ambientale e sanitaria, oltre al rifornimento di elementari presidi sanitari, potrebbero essere di notevole aiuto e sostegno alle loro attività. Abbiamo tempo un anno per progettare e trovare qualche fondo per finanziare un eventuale allestimento di un ambulatorio infermieristico o un programma di educazione sanitaria. Lo so, sembra ambizioso ed oneroso, ma tant'è, queste sono le necessità che da infermiere ho rilevato. Vi lascio con questa immagine: una comunità unita che vive con pienezza la propria esistenza e senza drammi la morte, dove la vita è semplice, i problemi tanti e le risorse poche... e danza e canta e suona.
Non mi è parso poco.

*Sandro Tangredi
movimentazione@alice.it*



Rilevazione della complessità assistenziale in terapia intensiva

Inf. Angelo Urso, Inf. Sabrina Colombo, Inf. AFD Rosi Votta, Terapia Intensiva Ospedale "Sacra Famiglia" ERBA

26

In molte realtà sanitarie il calcolo del fabbisogno infermieristico, vista la mancanza a livello nazionale di un quadro normativo di riferimento, è basato su parametri che poco hanno a che fare con la professione infermieristica.

La rilevazione della complessità assistenziale nella nostra Terapia Intensiva istituita nel Gennaio 1999 dopo riconoscimento regionale DEA, nasce quindi dall'esigenza di ottimizzare le risorse umane e verificare il fabbisogno numerico infermieristico. Dopo l'istituzione del gruppo di lavoro, si è avviata una ricerca infermieristica che ha evidenziato sostanzialmente una carenza di documenti in merito.

Lo strumento di rilevazione della Complessità Assistenziale basato sul "Modello delle prestazioni infermieristiche" è stato modificato e adattato alle nostre necessità.

È stata successivamente elaborata una griglia di rilevazione e linee guida che hanno permesso di identificare le varie prestazioni assistenziali.

Sono stati, quindi, definiti i range di complessità.

La rilevazione è stata eseguita per 2 mesi, periodo considerato sufficiente per degenza media, tasso di occupazione e tipologia di pazienti ricoverati.

L'Indice di Complessità Assistenziale (ICA) rilevata nella nostra Unità Operativa richiede un rapporto infermiere/paziente di 1:2, standard attualmente esistente nella nostra realtà.

Questo strumento, inoltre, ha permesso di individuare con maggiore efficacia le attività assistenziali nel nostro contesto operativo quotidiano.

INTRODUZIONE

La Terapia Intensiva dell'ospedale "Sacra Famiglia" di Erba è stata istituita nel Gennaio 1999 in seguito al riconoscimento regionale DEA.

Attualmente sono attivi complessivamente sei posti letto, tre di Rianimazione e tre di Unità Coronarica, con un organico complessivo di 18 Infermieri e un pool unico di personale OTA (Terapia Intensiva - Cardiologia) che nella nostra Unità Operativa garantisce il supporto alle attività non assistenziali.

Le principali patologie afferenti sono: Insufficienze Respiratorie, Post Chirurgiche, Sindromi Coronariche Acute e Scompeni Cardiocircolatori refrattari.

Sin dal 1999, al fine di ottimizzare le risorse umane in organico e verificare la reale necessità numerica del personale stesso, il gruppo infermieristico si è impegnato nella ricerca di uno strumento operativo per il raggiungimento di tale scopo.

A supporto dell'iniziativa vi è la considerazione che in molte realtà sanitarie l'organizzazione, il funzionamento dei servizi e le attività assistenziali sono ancora oggi centrate più sui bisogni dell'or-

ganizzazione stessa che sui reali bisogni dei pazienti.

La mancanza di un quadro normativo di riferimento nazionale, porta come conseguenza una definizione a livello aziendale del calcolo del fabbisogno infermieristico basato esclusivamente su parametri condizionati principalmente da attività mediche quali il tasso medio di occupazione, l'indice di rotazione, la degenza media, numero di ricoveri ecc.

La "quantità" d'assistenza da fornire ai pazienti non corrisponde affatto al loro numero, quindi l'adozione di un mero parametro numerico per la misurazione del fabbisogno di personale è destituita di ogni fondamento ed è del tutto inaffidabile.

Tutto questo si traduce in una scarsa considerazione dell'operato degli infermieri, la mancanza di un riconoscimento professionale, la riduzione a "numeri" dei pazienti, e quindi una progressiva demotivazione professionale infermieristica legata alla mancata corrispondenza tra sviluppo professionale e realtà sanitaria.

Ci è sembrato quindi indispensabile ricercare un sistema che ci permettesse di misurare più che i carichi di lavoro con tempificazione delle varie atti-



Figura 1 - Griglia di rilevazione

BISOGNI	A	B	C	D	E
ALIMENTAZIONE / IDRATAZIONE					
ELIMINAZIONE URINARIA / INTESTINALE					
IGIENE					
MOBILIZZAZIONE					
RESPIRAZIONE					
FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA					
PROCEDURE TERAPEUTICHE					
PROCEDURE DIAGNOSTICHE					
RAPPORTI INTERPERSONALI					
RIPOSO E SONNO					

vità, lo specifico livello di **complessità assistenziale** intesa come " *un insieme di interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espressi in termini di intensità, di impegno e quantità di lavoro dell'infermiere*" (1).

La complessità assistenziale è determinata dalla:

- Salute-malattia
- Stabilità/instabilità clinica che determina l'area collaborativa con il personale medico
- Capacità dell'assistito di definire le proprie necessità e di scegliere i comportamenti a lui più idonei e possibilità dell'assistito di agire su se stesso autonomamente ed efficacemente
- Ambiente in cui si opera
- Dipendenza

Obiettivi:

- Garantire un numero sufficiente di infermieri per turno di servizio tale da erogare un'assistenza infermieristica personale di elevata qualità in condizioni di sicurezza sia per i pazienti ricoverati sia per gli operatori.
- Valorizzare le competenze infermieristiche

METODOLOGIA

- Istituzione del gruppo di lavoro
- Ricerca bibliografica:
 - Consultazione libera su motori di ricerca. Parola chiave "Complessità Assistenziale".
 - Consultazione di bibliografia nazionale sull'argomento oggetto della ricerca.
- Applicazione di uno strumento derivato dal "Modello delle prestazioni infermieristiche"(2) e adattato alla definizione di indicatori di complessità validi, affidabili e applicabili nel conte-

sto intensivo. Lo strumento definito permette di valutare l'attività svolta o da svolgere e stabilire un "Indice di Complessità Assistenziale", ossia un metro di misura definito in termini numerici.

La revisione critica ha previsto:

- Maggiore rilevanza alla complessità delle prestazioni piuttosto che alla classica definizione dei 5 livelli di complessità assistenziale (INDIRIZZARE-GUIDARE-SOSTENERE-COMPENSARE-SOSTIUIRE)(3)
- Ulteriore suddivisione di alcune prestazioni ad alta complessità per meglio identificare il livello di complessità intrinseca alla prestazione stessa.
- Rivalutazione dei punteggi in base al riconoscimento delle competenze necessarie all'espletamento della prestazione stessa, in rapporto alla difficoltà riscontrata nella sua applicazione e quindi ad una maggiore complessità dell'atto stesso.

Alcune caselle annerite indicano l'impossibilità di procedere all'intervento per la mancanza dei necessari presupposti clinico-infermieristici.

Si sono definiti i range di riferimento dei livelli di complessità assistenziale, prendendo in considerazione punteggi numerici, da 1 a 12.

1-2-3 BASSA COMPLESSITÀ
4-5 MEDIA COMPLESSITÀ
>5 ALTA COMPLESSITÀ

Successivamente si sono identificati i range di complessità:



- La bassa complessità non è stata considerata in quanto realmente mai riscontrata. Non tutti i campi di valutazione contengono punteggi pari ad 1-2-3, alcuni partono da valenza pari a 4 (già espressione di media complessità).
- Si è considerata dunque la valutazione di media complessità, suddividendola in complessità medio-bassa, medio, medio-alta per ottimizzare al massimo la globale percentuale di media complessità ottenuta.

Range di riferimento 21-77

- COMPLESSITÀ MEDIO BASSA: 21-29
- COMPLESSITÀ MEDIA: 30-36
- COMPLESSITÀ MEDIO-ALTA: 37-45
- COMPLESSITÀ ALTA: 46-77

Elaborazione delle griglie di rilevazione e delle linee guida per la compilazione.

La compilazione delle schede di rilevazione rappresenta un momento di lettura ed interpretazione della realtà assistenziale e permette di associare ad ogni prestazione un valore di riferimento che dipende dalla complessità dell'atto assistenziale.

Da sottolineare che nella rilevazione si è considerato un bimestre (61 giorni) in quanto il periodo è stato esaustivo per media degenza, tasso di occupazione e tipologia dei pazienti ricoverati (vedi fig. 1).

L'elaborazione delle linee guida ha permesso di identificare le varie prestazioni assistenziali fornite nella nostra Terapia Intensiva. Queste rappresentano un mezzo per orientarsi nella compilazione delle griglie di rilevazione e hanno lo scopo di rendere il più oggettivo possibile il riconoscimento dei bisogni dei pazienti.

LINEE GUIDA

PUNTEGGI	ALIMENTAZIONE / IDRATAZIONE
A.	
B. (2)	Si alimenta da solo, ma è necessario posizionarlo. Fornire gli ausili necessari
C. (3)	Totale dipendenza, è necessario posizionarlo e imboccarlo (Pz. Non Tracheotomizzato)
D. (4)	Totale dipendenza, è necessario posizionarlo e imboccarlo (Pz Tracheotomizzato/Intubato)

E. (6)	Idratare ed alimentare il paziente per via Parenterale (NPT) o con Nutrizione Enterale per SNG.
--------	---

PUNTEGGI	ELIMINAZIONE URINARIA / INTESTINALE
A.	
B. (2)	Il paziente può essere accompagnato in bagno in comoda o aiutato ad assumere posizioni idonee per l'evacuazione di feci e urine. Necessita di ausili per la raccolta.
C.	
D.	
E. (5)	Catetere vescicale permanente. Cateterismi estemporanei. Incontinenza fecale. Enteroclistmi.

PUNTEGGI	IGIENE
A. (1)	Il paziente può essere accompagnato in bagno con la comoda
B. (2)	Il paziente è autonomo ma comunque allettato. Fornire gli ausili necessari. Informarlo dei limiti imposti dai presidi presenti.
C. (3)	Igiene parziale al letto. Fornire ausili per mani e viso. Igiene perineale
D.	
E. (5)	Igiene totale al letto

PUNTEGGI	MOBILIZZAZIONE
A. (1)	Mobilizzazione a letto. Si muove autonomamente
B. (2)	Mobilizzazione passiva a letto con minima assistenza
C. (3)	Mobilizzazione assistita su sedia, comoda, poltrona
D.	
E. (5)	Totalmente dipendente. Eventualmente affetto da lesioni da decubito

PUNTEGGI	RESPIRAZIONE
A. (1)	Monitoraggio della corretta funzione
B. (2)	Far assumere posizioni idonee per la respirazione
C. (4)	Somministrazione di ossigenoterapia con ausili
D. (6)	N.I.V (Ventilazione Non Invasiva)
E. (8)	Intubazione oro-nasotracheale. VAM, gestione tracheotomia con aspirazioni frequenti



PUNTEGGI	FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA
A. (4)	Paziente stabile: monitoraggio della corretta funzione
B. (5)	Paziente stabile: monitoraggio di aritmie minori. Mantenimento della temperatura corporea adeguata (ghiaccio, coperta termica etc).
C.	
D. (6)	Paziente instabile: aritmie maggiori di breve durata (TPSV, Flutter, TVNS ecc.). Sostegno farmacologico della funzione cardiocircolatoria. Monitoraggio del tratto "ST-T". Rilevazione PVC, Pressione arteriosa invasiva.
E. (12)	Paziente altamente instabile: frequenti aritmie maggiori, sostegno farmacologico della funzione cardiocircolatoria. Monitoraggio del tratto "ST-T". BLS

PUNTEGGI	PROCEDURE TERAPEUTICHE
A.	
B. (4)	Terapia endovenosa (boli), orale, s.c., i.m.
C. (5)	Gestione catetere venoso periferico con infusioni continua.
D. (8)	Gestione catetere venoso periferico e/o C.V.C. con infusioni continue di farmaci particolari.
E. (12)	Gestione C.V.C. e catetere arterioso. Fibrinolisi. Gestione medicazioni di competenza infermieristica. Gestione drenaggi vari, PRISMA. Angioplastica (preparazione e controllo post procedura).

PUNTEGGI	PROCEDURE DIAGNOSTICHE
A. (2)	Routine (rilevazione dei parametri vitali di base, prelievi ematici non urgenti ecc.)
B. (3)	Routine e urgenze ematomichimiche. Urinocoltura Broncoaspirato. Rx torace al letto. E.C.G.
C. (4)	Monitorizzazione continua. Parametri vitali tra le 2 e le 4 ore

D. (8)	Monitorizzazione continua. Parametri vitali inferiori alle 2 ore
E. (12)	Monitorizzazione continua. Parametri vitali a tempo indeterminato. Gestione "Swan-Ganz". Trasporto in radiologia per TAC o altra diagnostica. Coronarografia-Angioplastica

PUNTEGGI	RAPPORTI INTERPERSONALI
A. (2)	Paziente in coma
B. (2)	Intraprendere e/o mantenere l'interazione con il paziente e/o familiari.
C. (3)	Il paziente deve essere rassicurato e sostenuto, rispondendo alle domande utilizzando un linguaggio semplice.
D. (4)	Paziente estremamente ansioso e depresso. Necessità di un rapporto interpersonale fortemente motivato e personalizzato.
E. (6)	Sorveglianza paziente psicotico, etilista etc. Interventi mirati al conseguimento e mantenimento dell'integrità fisica, psichica e sociale nei pazienti fortemente disadattati e ostili all'ambiente. Paziente intubato. Utilizzo di vari mezzi di comunicazione in sostituzione della comunicazione verbale

PUNTEGGI	RIPOSO E SONNO
A.	
B. (2)	Il paziente riposa adeguatamente (o paziente in coma)
C. (3)	Il paziente riposa a tratti. Necessità di creare situazioni (psicologiche e ambientali) favorenti il sonno.
D. (4)	Il paziente necessita di blandi sedativi per favorire l'inizio e il mantenimento del sonno.
E. (6)	Interventi mirati al conseguimento e mantenimento dell'integrità fisica, psichica e sociale nei pazienti fortemente disadattati e ostili all'ambiente, con riequilibrio del ritmo sonno-veglia. Sedazione continua



Al termine della stesura del documento, il gruppo infermieristico è stato coinvolto nel progetto con la presentazione e ovviamente la condivisione delle griglie e relative Linee Guida. In seguito, giornalmente sono state rilevate per due mesi le complessità assistenziali dei pazienti ricoverati e quindi raccolti e interpretati i dati ottenuti.

RISULTATI

	2 MESI DI RIFERIMENTO					
	N° pazienti ricoverati	Presenza media giornaliera	Tasso Occupazione	Rilevazioni (A)	Somma dei punteggi delle rilevazioni (B)	I.C.A. (B/A)
Rianimazione	21	4,2		253	14160	56
Unità Coronarica	31	1,4		88	2791	32
TERAPIA INTENSIVA	52	5,6	93 %	341	16951	50

30

Grafico n° 1 - I.C.A. e Complessità assistenziale espressa in percentuale sulle rilevazione dei pazienti ricoverati in Rianimazione

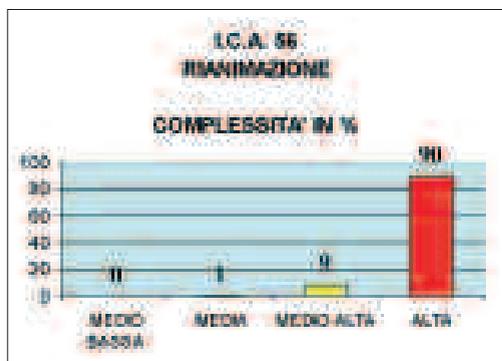


Grafico n° 2 - I.C.A. e Complessità assistenziale espressa in percentuale sulle rilevazione dei pazienti ricoverati in Unità Coronarica.

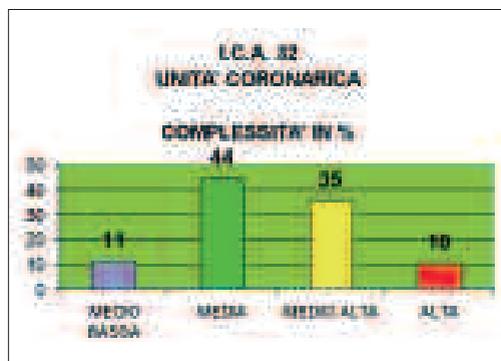


Grafico 3 - I.C.A. e Complessità assistenziale espressa in percentuale sul totale delle rilevazione dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva.



CONCLUSIONI

La ricerca bibliografica, ha dimostrato che solo l'assistenza fornita da infermieri può ridurre in maniera significativa l'incidenza di mortalità e morbilità e inoltre può ridurre in maniera significativa la durata del ricovero e le riammissioni (CACCN, The Canadian Association of critical care nurses 1999) (6).

A seguito di questa valutazione il CACCN ha raccomandato che solo l'infermiere deve fornire assistenza diretta al paziente e che in area critica il rapporto infermiere-paziente, non deve mai scendere al di sotto di 1:2

L'I.C.A. rilevata nella nostra Unità Operativa esprime un'alta complessità. Sono quindi richiesti livelli assistenziali di elevata qualità e un rapporto numerico

minimo di un infermiere/due pazienti. Tale standard, attualmente esistente nella nostra unità operativa, è stato quindi mantenuto.

L'utilizzo di questo strumento ci ha inoltre fornito dati importanti sulla nostra specifica realtà assistenziale permettendoci di individuare l'operato degli infermieri in modo più competente e consapevole aumentando di fatto la qualità dell'assistenza e rendendo soprattutto visibile quello che giornalmente siamo chiamati a svolgere.

Sicuramente la costruzione di uno strumento proprio della professione ha motivato l'operato di chi ha partecipato (ma anche di tutto il personale infermieristico) alla stesura di questo documento, nella logica della evoluzione e crescita che ormai da tempo gli Infermieri rivendicano.

Note

1. M.Cristina Rossi, Silvia Viarengo, Giulia Sacco, "Analisi della Complessità Assistenziale in un caso di un S.M.A." Atti Congresso Nazionale Aniarti 2003, Bologna
2. Cantarelli M., "Il modello delle prestazioni infermieristiche", Milano, Masson, 1996
3. Cavaliere B. et Al., "Metodologia per la rilevazione della Complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale", Management infermieristico, 1 (NS), 1999, pp 323-36
4. "La definizione del fabbisogno della risorsa infermieristica". Supplemento ordinario n° 2 al <Bollettino Ufficiale> - Serie generale n° 7 del 16 febbraio 2005 Regione Umbria, Gruppo regionale infermieri
5. AAVV, "I Quaderni", Supplemento de "L'Infermiere", n° 8-9/03, pp 20-31
6. C.DIVO "Rapporto infermiere-paziente in area critica rivista", SCENARIO N. 1-2004

Informiamo che la Segreteria
del Collegio IPASVI rimarrà chiusa
per le festività pasquali da venerdì **6 aprile** a
martedì **10 aprile** compreso.



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 19 marzo 2007

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.

Grande fratello

Accendi la televisione
e scollega pure il cervello;
non ci interessa la tua opinione,
questa è l'ora del grande fratello.

Gente comune, selezionata
che vive per te la sua giornata
dentro una casa, in compagnia,
con l'occhio elettronico che spia.

Vivono insieme e, nel cucinare,
dormire, parlare, litigare
lavarsi, vestirsi e andare al cesso,
oppure persino facendo del sesso,
con molta scioltezza e disinvoltura,
questi ragazzi fanno "cultura".

Guarda e segui ogni giorno il filmato;
ne rimarrai entusiasmato;
ti sentirai anche tu adeguato
più che normale per questo mondo,
fino a convincerti che, in fondo in fondo,
non vi è alcuna cosa che sia più gradita
che mettere in piazza la propria vita
e vivere la nuova grande emozione
di farti i tuoi fatti in mondovisione.

Accendi dunque la televisione
e scollega pure il tuo cervello;
in questa mediatica dimensione
la protezione del "grande fratello"
potrebbe innescare in te l'illusione
che star "nella casa" sia pure bello:
"che bello sentirsi una grande famiglia
clonati dal capo alla caviglia".

(Losca - 11 agosto 2006)



Relazione sintetica sui bilanci di previsione 2007 e sul consuntivo 2006

A cura di IPAFD Adelaide Pina – Tesoriere del Collegio IPASVI di Como

BILANCIO PREVENTIVO 2007

In data 22 novembre 2006, come previsto dal nuovo regolamento di contabilità, il Consiglio Direttivo ha provveduto ad approvare il bilancio di previsione per l'anno 2007. Tale bilancio si compone delle seguenti parti:

- Preventivo finanziario gestionale delle entrate e delle uscite
- Il quadro riassuntivo della gestione finanziaria
- Il preventivo economico.

Il preventivo finanziario gestionale, sia per le entrate che per le uscite, è articolato in titoli, categorie, capitoli.

Per quanto concerne il totale delle entrate, per l'anno 2007 sono state previste entrate complessive pari ad € 289.400,00 e per le uscite un totale pari a € 344.800,00.

Poiché il totale delle uscite è superiore a quello delle entrate, si è deliberato l'utilizzo di parte dell'avanzo di amministrazione degli esercizi precedenti, che al momento della stesura del bilancio di previsione è stimato in misura presunta a € 61.003,45, per un ammontare di € 55.400,00.

Il quadro riassuntivo della gestione finanziaria illustra in modo sintetico l'andamento in via prospettica della gestione finanziaria evidenziando la copertura del disavanzo di gestione mediante l'utilizzo dell'avanzo di amministrazione come sopra descritto.

Il preventivo economico attraverso la rielaborazione dei dati del preventivo finanziario, evidenzia un disavanzo economico pari ad € 53.682,00; disavanzo ampiamente coperto dagli avanzi di gestione degli anni precedenti.

CONTO CONSUNTIVO 2006

Il conto consuntivo relativo all'anno 2006 è stato approvato dal Consiglio Direttivo in data 30/01/2007. In esso si evidenziano entrate complessive di competenza pari ad € 282.660,71 ed uscite di competenza pari ad € 274.444,80, l'avanzo di amministrazione che si è determinato

per l'anno 2006 è di € 8.215,91. Tale importo, sommato all'avanzo di amministrazione dell'anno precedente, porta complessivamente ad un avanzo di amministrazione al 31/12/2006 pari ad € 71.599,04. Per quanto riguarda la gestione di cassa le riscossioni complessive sono state di € 280.910,71 ed i pagamenti ammontano complessivamente a € 277.262,61.

La disponibilità finanziaria al 31 dicembre 2006 è pari ad € 84.238,21.

I residui passivi alla fine esercizio risultano di € 14.629,17 e comprendono le quote accantonate per il trattamento di fine rapporto che ammontano a € 10.165,05.

I residui attivi a fine dicembre 2006 ammontano a € 1990,00.

Il conto economico evidenzia un avanzo di € 2.009,96.

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2006 è di € 81.136,27.

VARIAZIONI AL PREVENTIVO 2007

Poiché l'avanzo di amministrazione in sede di consuntivo risulta essere superiore a quanto presunto alla data del preventivo (avanzo di amministrazione presunto € 61.003,45, avanzo di amministrazione effettivo € 71.599,04) si è deliberato di ridistribuire la differenza, pari ad € 10.595,59, su alcune voci del preventivo delle uscite per l'anno 2007; voci che hanno presentato una maggior criticità di previsione e sono relative agli oneri previdenziali ed assistenziali, alle consulenze, ai gettoni di presenza, Irap collaboratori, al fondo accantonato per il progetto di ricerca infermieristica.

Il bilancio preventivo, il conto consuntivo, le variazioni e le relazioni e le relative note esplicative ed integrative sono state approvate dal Consiglio Direttivo (22/11/2006 e 30/01/2007) dal Collegio Revisori dei Conti (08/02/2007) dall'Assemblea degli Iscritti (23/02/2007) e sono a disposizione presso la sede del Collegio IPASVI.



Assemblea Ordinaria Collegio IPASVI - Provincia di Como

a cura del presidente dott. Stefano Citterio

Relazione Consuntiva anno 2006 Como, 23 febbraio 2007

IL COLLEGIO OGGI

Iscritti al 31 dicembre 2005: 3026

Iscritti al 31 dicembre 2006: 3158

di cui 86% femmine
 14% maschi
 8% extracomunitari
 5,5% liberi professionisti

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Organizzazione in tre commissioni:

- Commissione formazione
- Commissione esercizio professionale
- Commissione comunicazione e immagine

COMMISSIONE FORMAZIONE

Attività Formativa

N. 13 eventi, n. 345 partecipanti

Progetto ricerca

Definizione progetto, consenso strutture e campione d'indagine

Biblioteca (gestione e aggiornamento)

COMMISSIONE ESERCIZIO (tre sottogruppi)

Extracomunitari

9 commissioni esami per 34 candidati

Esercizio professionale

- Risposta a quesiti iscritti e strutture
 - Volontariato, Infermieri pediatrici, ...
- Partecipazione commissioni esami OSS
- Rinnovo Polizza assicurativa

Libera professione

COMMISSIONE IMMAGINE E COMUNICAZIONE

Agorà

5 numeri + allegati

12 maggio 2006

1° concorso fotografico/Piazza/volantino

Sito WEB

incarico per revisione grafica e interattività

Comunicati stampa (12 ottobre, 12 maggio, intervista qui ASL Como...)

PARTECIPAZIONE CONSIGLI NAZIONALI ROMA

- n. 5 Consigli nazionali
- Elezioni nuovo Comitato Centrale e sostegno ad attuale lista
- Questione Ordinistica (legge 43/2006)
- Manifestazione a Roma del 12 ottobre 06
- Prossima Conferenza Nazionale Politiche professionali
- Modifica al Codice Deontologico

PARTECIPAZIONE COORDINAMENTO REGIONALE

- n. 11 Coordinamenti Regionali IPASVI
- Incontri con Assessore C'è
- Apertura commissioni regionali su Dirigenza, formazione, libera professione, psichiatria, OSS
- Responsabilità della commissione libera professione regionale

FLUSSI INFORMATIVI GENERALI

- n. protocolli in entrata e uscita n. 3580
- Quesiti telefonici n. 17
- Incontri consigli direttivi n. 11
- Incontri commissioni varie: 30
- Consulenze legali n. 4
- Incontri con consulente del lavoro n. 35
- Biblioteca, testi consultati n. 45

Relazione Programmatica anno 2007 Como, 23 febbraio 2007

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Organizzazione in tre commissioni

- Commissione formazione
- Commissione esercizio professionale
- Commissione comunicazione e immagine

COMMISSIONE FORMAZIONE

Attività Formativa:

- Ipotesi almeno 12 eventi

Progetto ricerca

- Conclusione progetto

Biblioteca

- Adesione al sistema BBL
- Postazioni accesso internet



COMMISSIONE ESERCIZIO (tre sottogruppi)

Extracomunitari

- prova di italiano estesa anche ai cittadini comunitari
- Revisione documentazione

Esercizio professionale

- Risposta a quesiti iscritti e strutture
- Partecipazione commissioni esami OSS

Libera professione

- Lotta abusivismo
- Adeguamento al Codice deontologico
- Opuscolo sintesi su Libera Professione

COMMISSIONE IMMAGINE E COMUNICAZIONE

Agorà

4 numeri: rubriche fisse

12 maggio 2007

2° concorso fotografico/Piazza/Concerto

Sito WEB

Avvio revisione grafica e interattività

Incrementare comunicati stampa

Interventi di promozione c/o scuole superiori e comuni

ATTIVITÀ ISTITUZIONALI ORDINARIE

- Consigli direttivi
- Consulenze legali
- Consulenze del lavoro
- Attività di rappresentanza

PARTECIPAZIONE CONSIGLI NAZIONALI ROMA

- Partecipazione CN
- Questione Ordinistica (legge 43/2006)
- Conferenza Nazionale Politiche professionali (marzo 2007)

35



LAURI

- Valutazione dei bisogni assistenziali dell'anziano: metodi e strumenti – 12 aprile
- Complessità assistenziale infermieristica e determinazione del fabbisogno – 13 aprile
- Prevenzione e trattamento delle complicanze dell'allettamento prolungato – 13/14 aprile
- Le aree critiche nella comunicazione interpersonale – 13 aprile
- Preparazione e somministrazione dei farmaci antiblastici – 14 aprile
- Il politraumatizzato: approccio e trattamento in pronto soccorso – 14 aprile
- Organizzazione e coordinamento dell'équipe assistenziale – 14 aprile
- Pianificazione dell'assistenza infermieristica – 16 aprile
- Il controllo delle emozioni come fattore di qualità assistenziale – 20 aprile
- Accoglienza in ospedale del paziente con infarto miocardico acuto – 21 aprile
- Competenze infermieristiche nel moderno contesto assistenziale – 28 aprile
- La motivazione come fattore di qualità assistenziale – 4/5 maggio
- Progettare e organizzare il lavoro per turno – 9/10 maggio
- Autonomia e responsabilità giuridica dell'infermiere – 10 maggio
- Documentare l'assistenza infermieristica – 11 maggio
- Prevenzione e trattamento delle complicanze dell'allettamento prolungato – 11/12 maggio
- Triage in pronto soccorso – corso base – 12 maggio
- La gestione del burnout come fattore di qualità assistenziale – 18 maggio
- Valutazione dei bisogni assistenziali dell'anziano: metodi e strumenti – 19 maggio
- Le funzioni manageriali dell'infermiere con responsabilità di coordinamento – 19 maggio
- Pianificazione dell'assistenza infermieristica – 21 maggio
- Rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione precoce – BLS – 26 maggio
- Assistenza al paziente pediatrico in situazioni di emergenza – 4 giugno
- Legge sulla privacy e ricadute operative per gli infermieri – 4 giugno
- Il controllo dello stress come fattore di qualità assistenziale – 5 giugno
- Controllo delle infezioni ospedaliere – corso base – 5 giugno
- Metodologia della ricerca infermieristica – 8 giugno
- Complessità assistenziale infermieristica e determinazione del fabbisogno – 8 giugno
- Organizzazione dell'assistenza in area geriatrica – 8/9 giugno
- Linee guida, protocolli e procedure per la prassi assistenziale – 9 giugno
- Organizzazione e coordinamento dell'équipe assistenziale – 9 giugno
- Gestione infermieristica dell'arresto cardiocircolatorio – 11/12 giugno
- La gestione dei conflitti come fattore di qualità assistenziale – 15 giugno
- Le aree critiche nella comunicazione interpersonale – 22 giugno
- Competenze infermieristiche nel moderno contesto assistenziale – 23 giugno
- Preparazione e somministrazione dei farmaci antiblastici – 23 giugno
- Accoglienza in ospedale del paziente con infarto miocardico acuto – 27 giugno
- Il controllo delle emozioni come fattore di qualità assistenziale – 29 giugno
- Il politraumatizzato: approccio e trattamento in pronto soccorso – 29 giugno

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



Commissione formazione

Nel corso dell'anno 2006 sono stati formati 327 infermieri, per un totale di 3378 crediti:

Da un'analisi dei questionari di gradimento, relativi a tutti i corsi del 2006 possiamo trarre le seguenti conclusioni:

- Le iniziative formative hanno corrisposto le aspettative del 60% dei partecipanti con indice massimo di gradimento; il 34% ha indicato un buon soddisfacimento delle aspettative. Il 6% non ha trovato corrispondenza tra aspettative e svolgimento degli eventi.
- I contenuti delle iniziative formative hanno soddisfatto pienamente il 61% dei partecipanti; il

34% ha gradito gli stessi contenuti; il 5% non è stato soddisfatto.

- Gli argomenti trattati dai relatori sono risultati molto interessanti per il 67% dei partecipanti; il 29% li ha ritenuti abbastanza interessanti; il 4% non era interessato all'argomento trattato.
- I relatori hanno esposto con il massimo della chiarezza nel 73% dei corsi frequentati; il 23% ha chiaramente espresso i contenuti; il 4% non è stato chiaro.
- Il 66% ha valutato le iniziative con il massimo punteggio; il 30% con un buon punteggio; il 4% non è stato soddisfatto.

36

Programmazione eventi formativi primo semestre 2007

TITOLO	DATA	PARTECIPANTI	CREDITI
La contenzione fisica e farmacologica: implicazioni assistenziali, etiche e deontologiche	19 aprile 2007	25	6
La contenzione fisica e farmacologica: implicazioni assistenziali, etiche e deontologiche	14 maggio 2007	25	6
La contenzione fisica e farmacologica: implicazioni assistenziali, etiche e deontologiche	30 maggio 2007	25	6
Il lavoro di gruppo fra necessità professionale e codice deontologico	22 maggio 2007	30	In fase di accreditamento
Responsabilità giuridica nella prescrizione e nella somministrazione della terapia farmacologica	9 giugno 2007	100 infermieri 100 medici	In fase di accreditamento
Stress, burn out e mobbing: dalle indagini alla prevenzione	20-21 giugno 2007	30	14

In attesa come sempre della vostra numerosa partecipazione la Commissione Formazione augura buon lavoro a tutti.



FORMAZIONE IN AGORA

- Metodologia della ricerca per le professioni sanitarie: corso base – Padova 16/17 aprile 2007
- Infermiere e processo di assistenza: accertamento infermieristico – Padova 8/9 maggio 2007
- Linee guida, procedure e protocolli per l'assistenza sanitaria in area medica, chirurgica e critica – Padova 10/11 maggio 2007
- Metodologia della ricerca per le professioni sanitarie: ricerca bibliografica e lettura critica di articoli scientifici – Padova 14/15 maggio 2007
- Management sanitario: analisi organizzati – Padova 16/17 maggio 2007
- Infermiere e processo di assistenza: diagnosi infermieristiche – Padova 29/30 maggio 2007
- Metodologia della ricerca per le professioni sanitarie: progetto e redazione – Padova 5/6 giugno 2007
- Management sanitario: integrazione organizzativa della risorsa umana – Padova 7/8 giugno 2007
- Assistenza alla persona in condizioni critiche: BLS-D – Padova 11/12 giugno 2007

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



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 Collegi

Data apertura

iscrizioni:

mercoledì 11

aprile 2007 e fino

ad esaurimento

posti (vedi modalità

iscrizioni eventi

formativi)

Evento

n. 1830 – 266167

Crediti ECM 6

LA CONTENZIONE FISICA E FARMACOLOGICA: implicazioni assistenziali, etiche e deontologiche

Como – Centro Cardinal Ferrari

3° edizione 19 aprile 2007
4° edizione 14 maggio 2007
5° edizione 30 maggio 2007

Ore 8.30 - 9.00

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

Ore 9.00 - 9.15

▷ Contenere fisicamente: quando sì e quando no?

Ore 9.15 - 9.45

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

Ore 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

Ore 11.00 - 11.15

▷ Pausa – caffè

Ore 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

Ore 12.30 - 13.30

▷ Pausa pranzo

Ore 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

Ore 14.45 - 15.00

▷ Medico, Infermiere e contenzione

Ore 15.00 - 15.15

▷ Pausa caffè

Ore 15.15 - 15.45

▽ Aspetti etici e deontologici relativi all'impiego della contenzione

▷ Contenzione e valori etici

▷ Contenzione e deontologia infermieristica

Ore 15.45 - 16.00

▷ Aspetti giuridici della contenzione

Ore 16.00 - 17.15

▷ Uso e disuso della contenzione fisica

Ore 17.15 - 17.30

▷ Verifica dell'apprendimento e conclusione dei lavori



Costo:

€ 20,00 IPASVI

Como

€ 40,00 IPASVI

iscritti ad altri Collegi

Destinatari:

Infermieri

Posti a disposizione:

n. 27 IPASVI Como

n. 3 IPASVI iscritti
ad altri CollegiData aperturaiscrizioni:**giovedì 3 maggio**2007 e fino ad
esaurimento posti
(vedi modalità
iscrizioni eventi
formativi)

Il lavoro di gruppo fra necessità professionale e codice deontologico

Como - Centro Cardinal Ferrari – viale C.Battisti 8

22 maggio 2007**Docente IPAFD Verga Pierluigia****Lavorare in gruppo: stimolo o sopravvivenza?****Ore 9.00 - 9.15**

▷ Presentazione del corso, della conduttrice e dei partecipanti

Ore 9.15 - 9.30

▷ Vissuti di benessere e di malessere all'interno del proprio gruppo di lavoro

Ore 9.30 - 10.15

▽ Vissuti di benessere e di malessere all'interno del proprio gruppo di lavoro:

▷ il valore della comunicazione all'interno del gruppo

▷ il valore dell'integrazione strutturata

▷ il valore delle regole

Ore 10.15 - 10.30

▷ Equipe, gruppo di lavoro e il lavoro di gruppo: definizioni e implicazioni deontologiche

Il metodo di lavoro come pre-requisito e facilitatore dell'integrazione**Ore 10.30 - 11.15**

▷ Efficacia e funzionamento dell'equipe

Ore 11.15 - 12.15

▷ Caratteristiche necessarie e sufficienti del lavoro in equipe

Ore 12.15 - 13.00

▷ "L'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito"

Dinamiche psicologiche all'interno dell'equipe**Ore 14.00 - 14.15**

▷ Ostacoli all'integrazione e "interferenze psicologiche"

Ore 14.15 - 15.00

▷ I meccanismi di difesa all'interno del gruppo

Ore 15.00 - 15.30

▽ I percorsi di crescita nell'integrazione:

▷ dalla comunicazione occulta alla comunicazione assertiva

▷ dal conflitto alla capacità di dissentire

▷ dalla colpevolizzazione all'analisi e alla spiegazione

Ore 15.30 - 17.00**Ore 17.00 - 17.30**

▷ Verifica dell'apprendimento e conclusione dei lavori



Costo:
gratuito

Destinatari:
Infermieri, Infermieri
Pediatrici, Medici,
Odontoiatri

Posti a disposizione:
Infermieri
n. 90 IPASVI Como
n. 5 IPASVI iscritti
ad altri Collegi
Infermieri Pediatrici
n. 4 IPASVI Como
n. 1 IPASVI iscritti
ad altri Collegi

Data apertura
iscrizioni:
giovedì 10 maggio
2007 e fino ad
esaurimento posti
(vedi modalità
iscrizioni eventi
formativi)

È stato richiesto
accreditamento ECM
per:

- Infermieri
1830/280466
- Infermieri
Pediatrici
1830/280467
- Medici
1830/280464
- Odontoiatri
1830/280465

La responsabilità giuridica nella prescrizione e nella somministrazione di farmaci

in collaborazione con Ordine dei Medici della provincia di Como

Como – Camera di Commercio via Parini, 16
Sala Scacchi

Sabato 9 giugno 2007

Docente - Dott. Luca Benci Giurista

Ore 9.00

- ▷ La nozione di medicinale e la sua distinzione con altri concetti. Gli obblighi connessi all'etichettatura e al contenuto del foglio illustrativo compresa l'etichettatura per i blister e il confezionamento primario di piccole dimensioni.
- ▷ Disposizioni per farmaci particolari (es. radionuclidi) o per sostanze non farmacologiche come il sangue e gli emocomponenti e i farmaci omeopatici
- ▷ I farmaci stupefacenti. I farmaci campioni.

Ore 11.00

- ▷ La classificazione dei farmaci: soggetti a prescrizione medica, a prescrizione medica speciale, utilizzabili esclusivamente dallo specialista, utilizzabili esclusivamente in ambito ospedaliero, non soggetti a prescrizione medica, da banco ecc.
- ▷ La detenzione di farmaci scaduti. La sperimentazione di farmaci.

Ore 12.15

- ▷ Dibattito guidato

Ore 13.00

Pausa pranzo

Ore 14.00

- ▷ Le caratteristiche della ricetta medica e della prescrizione farmacologica secondo la normativa e la giurisprudenza (obbligo di prescrivere secondo l'evidenza scientifica, secondo l'appropriatezza, secondo le note AIFA, ecc.). Le sanzioni previste per i medici di medicina generale

Ore 15.00

- ▷ La somministrazione dei farmaci in ambito ospedaliero e domiciliare. La prescrizione incompleta, condizionata, secondo protocollo, al verificarsi di determinati eventi. La prescrizione orale e la prescrizione telefonica. Il problema della mancanza di prescrizione in ambiente domiciliare e residenziale. L'autosomministrazione di determinate tipologie di pazienti.
- ▷ La trasfusione di sangue e di emocomponenti: analisi delle problematiche.
- ▷ La responsabilità del medico e dell'infermiere secondo i criteri della responsabilità di equipe. La distribuzione diretta dei farmaci.

Ore 16.00

- ▷ Dibattito guidato (o lavoro di gruppo su casi di responsabilità professionale condivisa)

Ore 17.00

- ▷ Effettuazione del test di verifica e chiusura del corso



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 aperturaiscrizioni:

**mercoledì 23
maggio 2007** e fino
ad esaurimento
posti (vedi modalità
iscrizioni eventi
formativi)

Stress, burnout, mobbing: dalle indagini alla prevenzione

in collaborazione con Centro Studi e Formazione Fatebenefratelli

Como – Centro Cardinal Ferrari

20/21 giugno 2007

20 giugno 2007

Ore 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

Ore 13.30 - 17.30

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

21 giugno 2007

Ore 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

Ore 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



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.

41

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**.



Polizza R.C. – Collegio IPASVI di Como

Nel ricordare che il Collegio IPASVI di Como ha stipulato una polizza sulla responsabilità civile e professionale a favore dei propri iscritti, di seguito indichiamo le caratteristiche principali della copertura assicurativa e le modifiche introdotte con decorrenza 1 marzo 2007.

Il nuovo contratto sostituisce quello in essere garantendo continuità alla Assicurazione sia in termini di premio annuo che di servizi offerti.

Segnaliamo di seguito le caratteristiche sostanziali delle polizza:

42

CARATTERISTICHE	CONDIZIONI
COMPAGNIA ASSICURATIVA	BPU
DIFESA LEGALE	Compresa nel premio annuo entro il limite di un importo pari ad un quarto del massimale stabilito in polizza
DIFESA PENALE	Compresa nel premio annuo con massimale per sinistro pari ad € 2.600,00
DANNI DERIVATI DA VIOLAZIONE DELLA PRIVACY	Sono oggetto di assicurazione
DANNI ALLE COSE IN CUSTODIA O STRUMENTI DI LAVORO	Sono oggetto di assicurazione
MASSIMALE	€ 1.000.000 massimale per sinistro per assicurato. Limite ad euro 2,5 milioni se nell'evento sono coinvolti più assicurati
PREMIO ANNUO	€ 25,00
CERTIFICATI DI ASSICURAZIONE	i certificati di assicurazione verranno rilasciati solo agli assicurati che ne faranno richiesta; avrà valore la ricevuta di pagamento del bollettino postale

Copia integrale della nuova polizza è a disposizione di tutti gli iscritti presso la segreteria.

Ricordiamo che l'adesione è facoltativa ed è possibile sottoscrivere la polizza in qualsiasi momento dell'anno, versando l'importo di € 25,00 sul c/c postale n. 60697448 intestato a Collegio IPASVI Como. Causale polizza r.c. anno 2007. La copertura decorre dal giorno successivo al versamento del premio. Scadenza fissa annuale 28 febbraio.

POLIZZA R.C. PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE IPASVI

La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, grazie a una convenzione con la Carige Assicurazioni, offre agli iscritti agli Albi l'opportunità di stipulare una polizza volontaria per la responsabilità civile derivante dall'attività professionale.

La polizza garantisce una copertura verso le richieste di risarcimento per danni legati allo svolgimento dell'attività inferieristica indipendentemente dal luogo in cui questa sia svolta: in ambito pubblico, privato o libero-professionale

La domanda di sottoscrizione è reperibile in segreteria. Maggiori informazioni sul sito della Federazione Nazionale IPASVI www.ipasvi.it





12 maggio 2007

Giornata Internazionale dell'Infermiere

Caro/a amico/a,

come ogni anno il 12 maggio si festeggia la giornata internazionale dell'Infermiere. Quest'anno il Collegio degli Infermieri della Provincia di Como, in collaborazione con diverse associazioni, ha deciso di avviare diverse iniziative finalizzate a promuovere tra la popolazione l'immagine e il ruolo dell'infermiere.

Per queste ragioni il Consiglio Direttivo del Collegio ha deciso di riproporre il concorso fotografico dal titolo significativo "L'apertura delle frontiere ... gli infermieri in Europa", il cui scopo è di far conoscere e promuovere, attraverso l'arte fotografica, la storia, i gesti e il senso dell'assistenza infermieristica in Europa (vedi regolamento allegato).

Il Concorso, aperto a tutti gli iscritti, prevede l'esposizione al pubblico delle foto pervenute e la premiazione dei vincitori nell'ambito della manifestazione organizzata in Piazza Cavour il giorno 12 maggio 2007 a partire dalle ore 14.00 circa. La premiazione avverrà alle ore 21.00 e le foto resteranno esposte per l'intero mese di maggio presso il centro "Cardinal Ferrari".

Durante questa giornata tutti gli infermieri sono invitati a partecipare alla gestione dello stand, dove saranno disponibili depliant informativi sulle funzioni e ruolo dell'infermiere (scaricabile dal sito www.ipasvicomo.it), un televisore che trasmette le immagini fornite dalla Federazione Centrale, il "Patto Infermiere cittadino", il "Codice Deontologico", le nostre iniziative, copie della nostra rivista "Agorà".

Ti chiediamo, se lo riterrai opportuno, di distribuire/ esporre il depliant di cui sopra nella giornata del 12 maggio, in particolare agli utenti che accedono alle prestazioni ambulatoriali. Ci sembra un'occasione importante da utilizzare per diffondere una maggiore conoscenza del mondo infermieristico.

Vi attendiamo numerosi Sabato 12 maggio 2007: nel pomeriggio, dalle ore 14,00 nella gestione e visita degli stand - dalle ore 19,00 alle 20,00 circa, ci sarà un intrattenimento musicale offerto dalla "Simpaty Band"; a seguire, concerto dei SEMISUITE

*Il Presidente e il Consiglio Direttivo
Collegio degli Infermieri Provincia di Como*



2° CONCORSO FOTOGRAFICO Collegio IPASVI Como

"L'immagine dell'Infermiere ieri e oggi -
L'apertura delle frontiere... gli infermieri
in Europa"

44

CATEGORIE:

Iscritti ai Collegi IPASVI Italiani, loro familiari e/o conoscenti, non sono ammessi fotografi professionisti.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE:

- I partecipanti dovranno inviare sino ad un massimo di 5 immagini in bianco e nero o a colori in formato 20x30 cm unitamente alla scheda di adesione compilata e firmata
- Sono ammesse stampe su carta fotografica ma anche laser o inkjet purchè di alta qualità
- Le fotografie non dovranno essere montate su alcun tipo di supporto e dovranno indicare sul retro nome e cognome, luogo e anno dello scatto
- Tutte le fotografie dovranno inoltre essere accompagnate da una breve motivazione della scelta dell'immagine
- La partecipazione al concorso sottintende l'autorizzazione all'utilizzo delle immagini da parte dei soggetti raffigurati, la cui responsabilità ricade interamente sull'autore della fotografia

SEDE E DATA DEL CONCORSO:

L'esposizione delle foto e la premiazione si terranno il 12/05/2007 alle ore 20.30 in piazza Cavour in Como.

PREMI PREVISTI:

1° PREMIO: week end per due persone a Bruxelles con visita alla sede della FEPI

2° PREMIO: fotocamera digitale

3° PREMIO: Lettore MP3

I premi saranno attribuiti ad insindacabile giudizio della giuria.

GIURIA:

La giuria del Concorso sarà presieduta da un fotografo professionista e sarà composta da due membri del Collegio IPASVI di Como.

SCADENZA:

Le opere dovranno pervenire entro e non oltre il 20/04/2007 unitamente alla scheda di adesione compilata e firmata.

INVIO DI MATERIALE

Il materiale dovrà essere indirizzato esclusivamente al Collegio IPASVI Como, Viale Cesare Battisti, 8 - 22100 COMO.

UTILIZZO DEL MATERIALE:

Le stampe inviate per la partecipazione al concorso e utilizzate per l'esposizione non verranno restituite agli autori se non dietro specifica richiesta.



Scheda di adesione

2° CONCORSO FOTOGRAFICO: "L'IMMAGINE DELL'INFERMIERE IERI E OGGI - L'APERTURA DELLE FRONTIERE... GLI INFERMIERI IN EUROPA..."

NOME	_____				
COGNOME	_____				
INDIRIZZO	_____				
CITTÀ	_____	CAP	_____	PROV	_____
TELEFONO	_____				
E-MAIL	_____				
DATA DI NASCITA	_____				
PROFESSIONE	_____				

45

Ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 196/2003, la informiamo che i dati forniti saranno trattati nell'ambito dell'attività istituzionale dell'Ente esclusivamente ai fini del corretto svolgimento del Concorso in oggetto, a fini statistici e per scopi di ricerca interna, i dati potranno circolare all'interno dell'Ente, previa valutazione della compatibilità della richiesta con i fini istituzionali dell'Ente stesso, nella misura e secondo le modalità strettamente necessarie a soddisfare la richiesta. L'art. 7 della legge medesima conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tali diritti potranno essere fatti valere in qualsiasi momento nei confronti del responsabile del trattamento dei dati personali.

Dichiaro di voler partecipare al concorso fotografico "L'apertura delle frontiere ... gli infermieri in Europa" di cui accetto in tutte le sue parti il bando e regolamento con particolare riferimento alle modalità di partecipazione.

Data _____

Firma _____

Tale regolamento è scaricabile dal sito www.ipasvicomo.it

REGOLAMENTO:

- ART. 1 La prima edizione del concorso fotografico indetto dal Collegio IPASVI di Como è aperto a tutti gli iscritti ai Collegi IPASVI Italiani, loro familiari e/o conoscenti. Non è consentita la partecipazione ai fotografi professionisti
- ART. 2 Il tema della presente edizione è "L'apertura delle frontiere ... gli infermieri in Europa"
- ART. 3 I partecipanti dovranno inviare sino ad un massimo di 5 immagini in bianco e nero o a colori in formato 20x30 cm unitamente alla scheda di adesione compilata e firmata
- ART. 4 Sono ammesse stampe su carta fotografica ma anche laser o inkjet purchè di alta qualità
- ART. 5 La partecipazione è gratuita e subordinata all'iscrizione, che dovrà essere effettuata compilando la scheda allegata
- ART. 6 Le fotografie non dovranno essere montate su alcun tipo di supporto e dovranno indicare sul retro nome e cognome, luogo e anno dello scatto
- ART. 7 Tutte le fotografie dovranno inoltre essere accompagnate da una breve motivazione della scelta dell'immagine
- ART. 8 La partecipazione al concorso sottintende l'autorizzazione all'utilizzo delle immagini da parte dei soggetti raf-

figurati, la cui responsabilità ricade interamente sull'autore della fotografia

- ART. 9 Saranno assegnati i seguenti premi:
 - 1° PREMIO: week end per due persone a Bruxelles con visita alla sede della FEPI
 - 2° PREMIO: fotocamera digitale
 - 3° PREMIO: Lettore MP3
- La premiazione è prevista il giorno 12/05/2007 durante la manifestazione a Como in piazza Cavour alle ore 20.30 I premi saranno offerti dal Collegio IPASVI COMO
- ART. 10 La giuria del Concorso sarà presieduta da un fotografo professionista e composta da due membri del Collegio
- ART. 11 Le stampe inviate per la partecipazione al concorso e utilizzate per l'esposizione non verranno restituite agli autori se non dietro specifica richiesta
- ART. 12 Il materiale utilizzato per l'esposizione sarà trattato dall'organizzazione del concorso in quanto se ne prevede l'utilizzazione per l'allestimento di successive mostre di cui sarà data di volta in volta notizia agli autori
- ART. 13 L'iscrizione implica l'accettazione integrale del presente regolamento



Elenco esercizi commerciali convenzionati con il Collegio IPASVI di Como

ESERCIZIO COMMERCIALE	TIPO DI CONVENZIONE	MODALITÀ DI ADESIONE
CENTRO BENESSERE PAOLA POGGI Via Dante, 2 - Cantù - 031/7073559 lun/ven dalle 10,00 alle 20,00	Sconto del 20% su servizi relativi al rimodellamento della figura femminile nonché del benessere fisico	Consulto gratuito su prenotazione. Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
CENTRO ESTETICO LARIANO Via Napoleona, 24 - Como Tel. 031/590335	Sconto del 10% sui servizi offerti	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
CENTRO ESTETICO PROFESSIONALE EDEN Via Fratelli Recchi, 7 - Como Tel. 031/570367- 570571	Sconto dal 10% al 40% a seconda dei programmi e trattamenti	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
LA CITTÀ DEL BENESSERE Via dei Mille, 5 - Como Tel. 031/278483	Sconto del 10% su: tutti i trattamenti estetici, tutti i prodotti per la cura della persona, tutta la regalistica e la bigiotteria	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
LIBRERIA GIUNTI DEMETRA SRL C.C. Cantù 2000 C.so Europa, 23 - Cantù Tel. 031/714606	Sconto del 10% su tutti i libri esclusi i prodotti con IVA	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
OTTICA MONTORFANO S.A.S. Via F.lli Rosselli, 13 - Como Tel. 031/572518	Sconto del 20% su montature da vista e sole, lenti oftalmiche, lenti a contatto annuali	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
PALESTRA LARIO Via Bellinzona, 35/a - Como Tel. 031/570640	Sconto del 20% su ogni tipo di abbonamento, corso o lezioni private (anche per familiari o conviventi)	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
RANCH MA.LU Via Olcellara, 24 - Cavallasca Tel. 031/539988	Sconto del 10% su cene, consumazioni bar, passeggiate a cavallo ecc (anche per familiari) Iscrizione Annuale € 10,00	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE Via Dei Mille,5 - Como Tel. 031/275049	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
ISTITUTO DEL MASSAGGIO Via Bellinzona, 27 - Como Tel. 031/573818	Sconto del 10% su trattamenti curativi ed estetici. Sconto del 15% su abbonamento	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
STUDIO COMMERCIALISTI ASSOCIATI SALERNO E BRUNETTI Via dei Mille, 5 - Tel. 031/270321	Sconto del 10% su prestazioni professionali di carattere fiscale, contabile, denunce, paghe e contributi	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
STUDIO MEDICO DENTISTICO INCERRANO Dr. SERGIO E ASSOCIATI Via D.Guanella, 6 - Montano Lucino Tel. 031/471779	Sconto su prestazioni professionali	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como



Modifica al codice deontologico

Ai sensi dell'art. 2 della legge 4 agosto 2006 n. 248 sulla Conversione in legge, con modificazioni del D.L. 04/07/2006 n. 223 "...omissis..." in conformità al principio comunitario della libera concorrenza ed a quello di libertà di circolazione delle persone e dei servizi, nonché al fine di assicurare agli utenti una effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato, dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero-professionali e intellettuali:

- l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime ovvero il divieto di pattuire compensi parametrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti".

Il comma 3 dello stesso articolo prescrive che "Le disposizioni deontologiche e pattizie e i codici di autodisciplina che contengono le prescrizioni di cui al comma 1 sono adeguate, anche con l'adozione di misure a garanzia della qualità delle prestazioni professionali, entro il 1° gennaio 2007. In caso di mancato adeguamento, a decorrere dalla medesima data le norme in contrasto con quanto previsto dal comma 1 sono in ogni caso nulle".

Premesso quanto sopra il Comitato Centrale della Federazione Nazionale IPASVI, visto l'obbligo nascente dalla norma, ha deliberato l'adeguamento del Codice Deontologico dell'Infermiere.

Di conseguenza l'articolo 5.4 del Codice Deontologico dell'Infermiere risulta così riformulato:

Nell'esercizio autonomo della professione l'infermiere si attiene alle norme di comportamento emanate dai Collegi IPASVI.

Contro la pena di morte - infermieri in Libia

La Federazione dei Collegi Ipasvi e la Federazione degli Ordini dei Medici hanno firmato congiuntamente una mozione per chiedere al Governo italiano di intervenire contro la sentenza di condanna a morte della giustizia libica nei confronti di cinque infermiere bulgare.

La mozione è già stata discussa e approvata da molti Collegi e Ordini provinciali. Anche il Collegio di Como ha aderito a questa iniziativa.

Alla fine di febbraio le adesioni raccolte verranno presentate al Governo italiano per sollecitarlo ad assumere tutte le iniziative possibili a salvare la vita dei colleghi.

Rif. www.ipasvi.it editoriale





“L’immagine dell’infermiere di oggi...”

di Lucia Ostinelli

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

**“Io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a... favorirti nel mantenere le relazioni sociali e familiari”
Oggi con l’aiuto dell’infermiere la mamma può stare vicino al suo bimbo ed accudirlo, in sicurezza e tranquillità
anche in un reparto in terapia intensiva.**