

Contiene I.R.



Giugno 2007 - N. 35

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



Editoriale

INFERMIERI e CONTRATTO:
prospettive ed aspettative

2

1° conferenza nazionale
delle Professioni: Mozione conclusiva

4

Campagna giovani - Infermiere
Protagonista nella vita vera

6

CUP - 1° congresso professioni
intellettuali : mozione finale

8

Professione e Responsabilità

La partecipazione della funzione
dirigenziale e di coordinamento
infermieristico alla definizione
del budget della struttura complessa
e del dipartimento

9

È evidente che...

L'utilizzo delle scale FACES
nella misurazione del dolore
acuto in ambito pediatrico

12

Infermieristica e Cure complementari

La medicina cinese,
applicazioni pratiche: lo shiatzu

16

Etica e deontologia

Codice Deontologico dell'Infermiere:
premessa... ma non solo

19

News from the Web

21

Commissione Libera Professione

22

Bacheca

23

L'angolo della Poesia:
Il mondo rotondo

24

Commissione formazione

25

Notizie in pillole

30

INFERMIERI e CONTRATTO: prospettive ed aspettative

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

Il 29 maggio u.s. Governo e Sindacati hanno raggiunto l'intesa circa gli aumenti contrattuali che dovranno essere elargiti con i prossimi rinnovi al personale del pubblico impiego. In particolare per il comparto della sanità sono previsti circa 104 euro mensili, a partire dal 1° febbraio 2007 cui aggiungere l'indennità di vacanza contrattuale dal gennaio 2006 (lo scorso contratto è scaduto a dicembre 2005).

Accanto a questi paletti "economici" si è anche definito il carattere triennale della prossima contrattazione assorbendo, tra ritardo nel rinnovo e prolungamento della durata, una tornata contrattuale. Praticamente due contratti al prezzo di uno.

Al di là delle valutazioni circa la rilevanza economica dell'accordo, che lascio a ciascuno di voi, intendo proporre degli spunti di riflessione per evidenziare la valenza professionale che può assumere uno strumento come il contratto di lavoro del pubblico impiego che coinvolge la gran parte dei nostri iscritti.

Gli infermieri vogliono che il contratto consenta una adeguata valorizzazione della professione e contemporaneamente sia uno strumento di garanzia della qualità delle prestazioni rese ai nostri assistiti. Concretamente cosa significano queste due cose? Cosa occorre attendersi per evitare che diventino, come spesso è accaduto, "parole vuote"?

Valorizzare la professione significa, innanzitutto, iniziare a considerarla come tale. Purtroppo, tutti parlano di professione ma, soprattutto a livello contrattuale la considerazione non è questa. Basti evidenziare che lo stipendio degli infermieri è storicamente costruito grazie al concetto delle indennità legate al disagio lavorativo. Tutto ciò ha portato alla situazione, più unica che rara nei contesti lavorativi, per cui un coordinatore guadagna meno degli infer-



mieri che coordina. Ovviamente non si tratta di ridimensionare o ridurre il valore attribuito al disagio (anzi, è più che legittimo riconoscerlo) ma di equilibrare la retribuzione al livello di competenza espresso e non solo al disagio o al numero di ore/turni effettuati. Se non si supera questa logica da "esecutore" pochi passi avanti saranno possibili. Solo dentro questa concezione professionale può essere giusto premiare un infermiere esperto e capace piuttosto che un coordinatore neoassunto o in una posizione ritenuta non strategica.

Concretamente **mi aspetto che il nuovo contratto recepisca quanto definito dall'articolo 6 della legge n. 43/2006**, nel quale si è prospettata una duplice possibilità di valorizzazione degli infermieri: a livello clinico e a livello organizzativo. Vedere riconosciuta la formazione ed esperienza sviluppata in questi settori rappresenta un obiettivo essenziale per superare l'attuale appiattimento verso il basso della professionalità e della retribuzione.

La differenziazione dei ruoli e delle competenze, senza introdurre eccessive rigidità al sistema, mi pare una modalità interessante per valorizzare il contributo di ciascuno all'efficacia e all'efficienza dell'organizzazione. Oramai, è lecito attendersi che un infermiere che abbia acquisito un master in un determinato ambito clinico abbia la possibilità di vederselo riconosciuto anche a livello economico. Personalmente confermerei il carattere preferenziale del titolo come già indicato nel profilo dell'infermiere a proposito della formazione post-base.

Abolizione dell'incompatibilità e riconoscimento della libera professione intra ed extramoenia anche per gli infermieri. Oramai dal 1999 lo Stato ci ha riconosciuto lo status di professione sanitaria a tutto tondo, ma non possiamo esercitare un'altra attività in presenza di un rapporto di dipendente pubblico a tempo pieno. I Collegi IPASVI della Lombardia si sono fatti promotori di un DDL teso a superare questo vincolo (vedi Agorà n. 29 del febbraio 2006) sulla base del consolidamento delle basi scientifiche dell'agire dell'infermiere e sulla necessità di affrontare e risolvere il problema del doppio lavoro, del lavoro

nero e dello sviluppo reale della libera professione. I benefici sarebbero evidenti anche nei confronti della cronica carenza di infermieri.

Per garantire la qualità della prestazioni erogate ai cittadini occorre innanzitutto misurarle con standard professionali (output e outcomes) riconosciuti e validati.

Senza l'introduzione di meccanismi seri di valutazione delle prestazioni e dei professionisti non è possibile parlare di alcuna qualità o di garanzie per il cittadino, ne tantomeno di professione. Occorre ridurre i meccanismi automatici di distribuzione delle risorse che rischiano di alimentare l'appiattimento professionale anziché valorizzare il merito.

Si tratta, per esempio, di estendere quanto già accade per il gradimento degli utenti alla identificazione/rilevazione di standard e livelli di prestazioni attese dai professionisti. Ovviamente i professionisti stessi devono giocare un ruolo attivo e positivo in questo processo.

Il contratto deve incentivare modelli organizzativi che favoriscono la personalizzazione dell'assistenza e l'utilizzo di metodologie di assistenza per obiettivi attraverso l'elaborazione di opportuni incentivi vincolandoli, per esempio, a specifici obiettivi di produttività. Anche le c.d. "risorse aggiuntive" possono rientrare in questa valutazione. Consideriamo l'incidenza positiva che possono avere questi modelli e metodologie, non solo sull'utenza, ma anche sulla valorizzazione dei professionisti, specie con l'inserimento di nuovi operatori come gli OSS.

Queste sono solo alcune riflessioni che devono accompagnare il rinnovo della parte normativa del contratto per farlo diventare uno strumento di promozione professionale. Chiediamo a tutti, in particolare alle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative di esprimere un'opinione su queste proposte che pubblicheremo sul prossimo numero di Agorà.

Per questo attendiamo i vostri contributi e le vostre opinioni ed esperienze.....

**GRAZIE per l'attenzione
e BUONE VACANZE A TUTTI !!!**



“Pubblichiamo la mozione finale della prima conferenza nazionale della professione infermieristica che si è svolta a Roma dal 14 al 16 Marzo scorso. Si tratta di un documento importante e forte che vuole tracciare la strategia professionale del futuro”.

Le politiche della professione infermieristica

4

Prima Conferenza nazionale DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Essere infermieri oggi nella manifestazione delle diverse funzioni e competenze professionali significa:

- a. sostenere un sistema salute universale, solidaristico unitario e a governo pubblico;
- b. affermare:
 - la scelta del prendersi cura e di formare e organizzare affinché questo percorso possa avvenire in maniera corretta e completa,
 - la consapevolezza di svolgere un ruolo rilevante ed anche insostituibile a fianco di altre professionalità, delle persone e delle comunità che hanno bisogno di cura e assistenza,
 - la volontà di essere sempre all'altezza dei propri compiti, sia sul piano umano che su quello tecnico-scientifico,
 - la serietà e la responsabilità,
- c. raccogliere e rilanciare la sfida di un riposizionamento degli infermieri nel sistema salute, a pieno titolo e con pieno riconoscimento ai diversi livelli dell'articolazione organizzativa;
- d. chiedere un reale e fattivo impegno alle forze politiche, sindacali e professionali affinché venga tradotto in termini concreti e reali il fatto che oggi l'infermiere:
 - è un professionista,
 - è un laureato,
 - ha una funzione fondamentale all'interno delle diverse articolazioni del Ssn e delle strutture private,
 - opera come libero professionista,
 - ha ottenuto riconoscimenti accademici (associati, ricercatori, professori a contratto, direttori e coordinatori dei corsi di laurea),
 - dirige e coordina unità operative, dipartimenti e strutture complesse,
 - è infermiere generalista e specialista,
 - opera con piena autonomia assistenziale,
 - è responsabile delle figure che lo coadiuvano nei processi di assistenza,
 - è impegnato in nuove sperimentazioni assistenziali sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Sulla base di queste considerazioni, a FNC IPASVI si impegna in prima persona e chiede alle Autorità competenti:



- a. che l'infermiere non sia costantemente costretto in modelli organizzativi che premiano la ripetitività delle attività, il lavoro per compiti, la limitazione nelle proprie possibilità decisionali e nella definizione dei percorsi di assistenza;
- b. che il ruolo di coordinamento e di dirigenza non venga più utilizzato nella logica del trovare soluzioni a contenimenti e razionamenti, ma nell'impegno a individuare soluzioni innovative che possano mantenere buoni livelli assistenziali, pur nella limitatezza delle risorse fornite;
- c. che si trovi la disponibilità aziendale ad un recepimento fruttuoso delle ridefinite responsabilità dell'Infermiere ed una reale volontà di mettere in gioco le sue nuove competenze specialistiche o gestionali acquisite con ulteriori percorsi universitari;
- d. che si aumenti il numero degli studenti infermieri, si ridefiniscano i percorsi formativi, si dia una risposta formativamente efficace alle richieste di sperimentare nuove modalità di insegnamento e si definisca in modo appropriato e coerente il ruolo degli infermieri in possesso di laurea magistrale.

Pertanto la Federazione Ipasvi, gli infermieri, i dirigenti, i formatori e le associazioni professionali

infermieristiche, riuniti nella Prima Conferenza nazionale delle politiche della professione infermieristica, ribadiscono il proprio impegno:

- per rafforzare, sostenere e valorizzare le competenze clinico-assistenziali, formative e gestionali degli infermieri nei processi di assistenza sanitaria;
- per strutturare la funzione dirigenziale, di docenza e di coordinamento al fine di valorizzare la funzione infermieristica e gli infermieri dirigenti, coordinatori e specialisti;
- per ottenere un concreto sostegno affinché si trovi la disponibilità aziendale anche nell'ambito della libera professione;
- per costruire le basi, delineare i percorsi e definire le strategie e le modalità per incidere nell'organizzazione sanitaria, governare direttamente i processi di assistenza infermieristica, sviluppare e qualificare i servizi territoriali e per garantire la qualità e la continuità assistenziale sanitaria e socio-sanitaria.

Per realizzare tale percorso, si attiveranno incontri nazionali, regionali e provinciali insieme ai cittadini.

Lo sviluppo di questo progetto costituisce una risposta efficace e possibile ai bisogni di salute del nostro Paese.

*Federazione nazionale
Collegi IPASVI
Via Agostino Depretis 70
00184 Roma
Tel. 06/46200101*



Infermiere. Protagonista nella vita vera

INFERMIERE

PROTAGONISTA NELLA VITA VERA

6

Campagna per le iscrizioni ai corsi in Infermieristica

a cura di IPAFD Paola Pozzi *

"Infermiere. Protagonista nella vita vera" è una grande campagna di comunicazione che la Federazione dei Collegi degli Infermieri italiani, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Università hanno promosso in collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione. La campagna si è rivolta agli studenti dell'ultimo biennio delle scuole superiori, con l'obiettivo di rilanciare l'immagine della professione infermieristica tra i giovani, per favorirne le iscrizioni ai corsi di laurea in Infermieristica fin dall'anno accademico 2007-2008. Fulcro della campagna sono stati gli **incontri di orientamento nelle scuole** italiane, che hanno avuto lo scopo di presentare agli studenti le opportunità e i vantaggi della professione infermieristica, spesso non adeguatamente conosciuti.

Contemporaneamente allo svolgimento degli incontri è partita una **campagna radiofonica** sui network più ascoltati dai giovani: dal 25 aprile all'8 maggio su Radio Dee Jay e radio M20, dal 9 maggio al 22 maggio su Radio RDS e Discoradio sono stati trasmessi messaggi promozionali sul corso di laurea.

Per incidere sulla percezione sociale della figura dell'infermiere la campagna rivolta ai giovani è stata inoltre sostenuta da un'importante azione coordinata sui media: **Conferenza stampa nazionale, 20 Conferenze stampa regionali, Giornata del 12 maggio.**

Un sito internet è stato appositamente creato per fornire le informazioni necessarie:

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

In Lombardia "Infermiere. Protagonista nella vita vera", la Campagna realizzata in collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione, ha avuto lo scopo di **promuovere le iscrizioni ai corsi di laurea in Infermieristica e si è rivolta agli studenti degli ultimi due anni delle scuole medie superiori**: nel mese di maggio, in numerosi istituti di tutte le più importanti città della Regione, si sono svolti incontri di sensibilizzazione e orientamento tenuti da infermieri e studenti di Infermieristica.

Il Collegio IPASVI di Como ha partecipato attivamente a tale iniziativa, con sei incontri di orientamento, uno dei quali si è tenuto presso il Liceo Pedagogico T. Ciceri ed un altro presso l'Istituto per Dirigenti di Comunità D. Alighieri di Como; altri quattro incontri si sono svolti in Milano e provincia, e a Varese. L'esperienza presso questi istituti è stata positiva, anche se siamo ancora lontani dall'obiettivo: la percezione del ruolo sociale dell'infermiere è ancora di subordinazione rispetto a quella del medico. Si è posto dunque l'accento sulla diversità delle figure sanitarie, sottolineando in particolar modo l'autonomia decisionale che l'infermiere ha ogni giorno durante il lavoro quotidiano.





INFERMIERE

PROTAGONISTA NELLA VITA VERA

SCEGLI IL CORSO DI LAUREA

IN INFERMIERISTICA

Cerca le informazioni per iscriverti al corso di laurea
per l'anno 2007-2008 sul sito www.infermiereprotagonista.it

INFERMIERI: PROFESSIONISTI AL CENTRO DELLA VITA

Ministero della Salute - www.ministerosalute.it
Ministero dell'Università e della Ricerca - www.mur.it
Federazione Nazionale Collegi Infermieri - www.fnpi.it



Anche l'“Open day” che si è tenuto il 4 maggio 2007 presso la sede di Como del corso di laurea in Infermieristica dell'Università dell'Insubria ha visto una buona ed attiva partecipazione degli studenti delle scuole superiori di Como.

Il test d'ingresso per frequentare l'anno accademico 2007- 2008 si terrà il 12 settembre. Tutti i dettagli sul sito dell'Università dell'Insubria e sul sito www.infermiereprotagonista.it sul quale si potranno provare anche le simulazioni delle domande e possibili risposte della prova d'ammissione.

Nonostante l'aumento delle immatricolazioni, in Italia mancano ben 60 mila infermieri, 12.800 nella sola Lombardia. Ogni anno quelli che vanno in pensione (circa 13 mila) sono più di quelli che prendono la laurea in Scienze infermieristiche (circa 9 mila). È necessario dunque lanciare un messaggio forte a coloro che terminano le scuole superiori perché prendano in considerazione il corso di laurea in Infermieristica, che offre sicuramente ottime prospettive occupazionali con un lavoro qualificato e gratificante.



MOZIONE FINALE

Il C.U.P. (Comitato Unitario Professioni) della Lombardia, cui l'IPASVI fa parte, si è riunito nel primo congresso regionale a Lecco lo scorso 11 maggio. L'occasione è stata importante per dibattere alla presenza di numerosi esponenti politici la situazione attuale della riforma delle professioni (vedi editoriale scorso Agorà). Questa è la mozione finale, che tra le altre cose, ha lanciato una campagna di raccolta firme per una proposta di legge di iniziativa popolare sull'argomento, cui l'IPASVI ha aderito.

8

Il CUP Lombardia, con i propri delegati, a conclusione dei lavori del 1° Congresso delle Professioni Intellettuali

APPROVA

la relazione predisposta dal Presidente

DA MANDATO

al proprio Consiglio Direttivo di dare attuazione ai contenuti espressi nel documento medesimo in particolare

CHIEDE

al Governo Regionale della Lombardia che venga riconosciuto il ruolo del sistema delle professioni intellettuali che oggi può rappresentare, grazie alla propria capillare organizzazione unitaria, il propulsore di una nuova fase di sviluppo favorita dal coinvolgimento delle professioni nei processi decisionali di competenza regionale, per la promozione di una competitività basata sulla qualità delle prestazioni e sulla formazione permanente, condizione indispensabile per favorire e promuovere una sempre più elevata qualità della vita.

ESPRIME LA PROPRIA CONTRARIETÀ

coerentemente con le valutazioni espresse dal CUP Nazionale e dal Forum delle Professioni Intellettuali, in merito al progetto di legge governativo di riforma delle professioni

RIBADISCE IL NO

- a deleghe in bianco a tutto campo in assenza di propedeutiche condivise e chiare soluzioni sulle principali criticità della riforma;
- alla assimilazione delle attività professionali alle attività di impresa;
- alla assimilazione del cittadino/cliente al consumatore/utente.

CHIEDE

A tutela degli interessi generali connessi all'esercizio delle professioni intellettuali ed alla garanzia della terzietà, indipendenza ed autonomia dei

professionisti intellettuali che la riforma non possa prescindere dai seguenti punti fermi:

1. definizione di professione intellettuale;
2. definizione di un confine più marcato tra le prerogative degli Ordini e delle Associazioni;
3. riconoscimento delle sole professioni, tra quelle non regolamentate, le cui attività non coincidano con quelle esercitate dalle professioni oggi regolamentate;
4. conferma di tutti gli Ordini esistenti le cui eventuali riorganizzazioni o accorpamenti devono essere condivisi dalle professioni interessate;
5. regolamentazione delle strutture societarie nel rispetto degli ordinamenti di ciascuna professione;
6. conferma del formale riconoscimento degli Ordini quali "Enti pubblici non economici";
7. conferma della autonomia dei livelli territoriali dei singoli Ordini, a garanzia di un sistema rappresentativo, democratico e partecipativo;
8. individuazione di standard qualitativi minimi prestazionali, in particolare per prestazioni riservate o ad evidenza pubblica;
9. garanzia di intangibilità, autonomia e valorizzazione delle Casse di Previdenza dei liberi professionisti.

ESPRIME IL PROPRIO APPREZZAMENTO

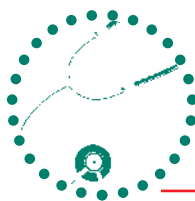
Pur riservandosi proposte di emendamenti migliorativi, nei confronti della proposta di legge di iniziativa popolare "Riforma dell'ordinamento delle professioni intellettuali"

GARANTISCE

Il massimo impegno, in sinergia con il Forum delle Professioni Intellettuali, di tutti i CUP territoriali aderenti, per la raccolta delle firme

*Il Presidente
Enrico Rossi*





Professione e responsabilità

*La partecipazione della funzione dirigenziale
e di coordinamento infermieristico
alla definizione del budget della struttura
complessa e del dipartimento*

9

A cura di Dott.ssa Barbara Mangiacavallo*

La trasformazione delle strutture sanitarie in aziende dotate di personalità giuridica e autonomia imprenditoriale, i meccanismi di finanziamento strettamente correlati con le tipologie di pazienti curati e con i servizi prestati, il rispetto dei vincoli di bilancio e dell'equilibrio tra costi e ricavi sono i principali criteri normativi e incentivi che stanno modificando il volto ed il modo di operare della Sanità italiana. La massima qualità dell'assistenza sanitaria, sia ospedaliera che territoriale, deve essere garantita non solo in termini di prestazioni sanitarie erogate, di personalizzazione e flessibilità dell'assistenza, di diritto all'informazione e prevenzione delle malattie, ma anche sotto l'aspetto gestionale e imprenditoriale. Questo cambiamento è stato supportato anche da un nuovo quadro normativo nazionale e in particolare della Regione Lombardia (L31/97 art.13 e 14; Dlgs 286/99, Dlgs 229/99 e DGR 18 gennaio 2002 n.7780) che richiede l'esercizio di una puntuale attività di monitoraggio per il controllo di costi, rendimenti e risultati al fine di garantire una corretta ed economica gestione delle risorse disponibili e quindi di un contenimento dei finanziamenti statali alla sanità (la logica del finanziamento basato sul criterio della spesa storica si è rivelata dannosa). Da queste necessità sempre più impellenti, cresce di pari passo l'importanza di essere supportati da un solido ed allo stesso tempo flessibile impianto di Contabilità Economico-Patrimoniale ed Analitica fortemente orientato al Controllo di Gestione al fine di identificare un efficiente processo di approvvigionamento e manutenzione del patrimonio acquisito, una attenta ed ottimale gestione del Capitale Umano

ed una efficace gestione delle relazioni con il pubblico (Assistiti, Pazienti, Utenti, che sempre più devono essere considerati anche Clienti).

All'interno di questo scenario risulta evidente che uno degli aspetti più importanti, nella conduzione e gestione dell'organizzazione, è la capacità di razionalizzare decisioni efficaci. Infatti, esse scaturiscono dall'analisi di un quadro complessivo della situazione, di parametri di riferimento certi e di indicatori affidabili di attività e performance. Il Direttore Generale di un'azienda Sanitaria ospedaliera (la specificità delle riflessioni sono in riferimento alla mia esperienza avuta in 3 aziende sanitarie ospedaliere lombarde) al fine di raggiungere importanti obiettivi, tra cui gestire il cambiamento in situazione di risorse limitate (le finanziarie di questi ultimi anni non sono sempre state favorevoli), ottenere che persone con ruoli e professionalità diverse operino insieme per aggiungere concretamente i risultati desiderati, guidare un'organizzazione al raggiungimento di obiettivi prefissati (in particolare qualitativi ed economici), utilizzare razionalmente i fattori produttivi, comparare il servizio offerto da più fornitori, oppure valutare l'attività di una Unità Operativa in funzione degli obiettivi concordati, realizzare e controllare i fenomeni di cambiamento, implementare l'utilizzo di metodi scientifici, può ricavare profondo beneficio da uno strumento ormai irrinunciabile di verifica dei risultati dell'attività come il controllo di gestione. Il panorama delle aziende ospedaliere lombarde denota ancora un processo di cambiamento in fase di attuazione, se i controlli di gestione sono pressoché attivati ovunque è anche vero che dall'analisi di alcuni elementi di impostazioni degli stessi si possono evidenziare le tendenze organizzative delle aziende:



- I flussi informativi necessari per raccogliere dati devono essere tempestivi e congruenti fra i vari settori direzionali (Dipartimento Risorse Umane o Area gestione risorse Umane, Ragioneria, Ufficio Rilevazioni presenze/assenze, SITRA, Ragioneria, Presidi, Dipartimenti, Unità Operative, Servizi), il centro di elaborazione dati sarà solo il connettore dell'informatizzazione del dato. L'informatizzazione come strumento routinario di operatività permette di fornire al management gli elementi di conoscenza necessari per assumere tempestivamente decisioni puntuali e assicurare con pienezza i servizi e le prestazioni finalizzate alla tutela psicofisica dei cittadini. A volte invece i dati non vengono forniti per situazioni conflittuali fra i vari settori che preferiscono non rendere trasparente la loro attività e i loro carichi di lavoro.
- Il controllo di gestione è un processo dinamico, che fa riferimento ad un insieme coordinato ed integrato di criteri, strumenti e metodologie e procedure finalizzati a attivare un processo interattivo di programmazione degli obiettivi, dove costi e strutture vanno correlati al volume di attività da svolgere e la loro adeguatezza alle necessità e ai risultati in termini di quantità ed efficacia.
- Il reporting deve essere chiaro, disponibile, evidenziare gli scostamenti, affidabile e trasparente esempio sempre pubblicato in intranet con report schematici suddivisi per centro di costo o inviata via rete aziendale con pochi file riassuntivi a tutti gli operatori sanitari dirigenti e non che abbiano responsabilità di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi aziendali. In una grossa azienda ad esempio permette di fare benchmark e confrontare ad esempio 2 chirurgie
- La frequenza dei rapporti fra Direzione Strategica e controllo di gestione, nonché la collocazione logistica di quest'ultimo rispetto alla direzione generale rispecchiano un controllo di gestione non sufficientemente supportato dalla direzione generale.
- L'instabilità/stabilità politica che guida la direzione generale può influenzare la formulazione di obiettivi aziendali predisposti sulle linee di indirizzo regionali. Inoltre la presenza di un

sanitario al controllo di gestione, anziché un'economista, farà sì che si sviluppino più obiettivi di salute che non di gestione. I fondamentali del controllo di gestione sono i costi e ricavi, la gestione dei flussi finanziari, il controllo patrimoniale del capitale investito, il controllo organizzativo (sistema delle ricompense, sistema motivazionale e stile di direzione) e il controllo qualitativo (efficacia).

- La dipartimentalizzazione dell'azienda ospedaliera e la suddivisione in unità semplici e complesse, strutturata in un organigramma e la definizione delle rispettive funzioni e responsabilità a tutti i livelli gerarchici (sanitari e non nella loro specificità tecnico professionale), strutturata in un funziogramma, favorirà la costruzione di centri di costo e responsabilità che consentiranno analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, di monitorare le responsabilità, di definire a chi spettano le funzioni di controllo e valutazione a tutti i livelli nonché di garantire l'unitarietà dell'azione aziendale attraverso l'integrazione di settori diversi sia per la natura dei processi produttivi gestiti, che per l'ambito specifico di intervento.
- Lo sviluppo di un'attività direzionale con approccio razionale anticipatorio come quella del controllo di gestione risulta ancor più importante in un periodo come quello attuale, in cui la stabilità della direzione aziendale sanitaria di media durata è una situazione che si verificherà sempre più raramente (nomine annuali o al massimo biennali del direttore generale). Certo è che risulterà difficile fare un piano strategico che solitamente dura due tre anni.
- La direzione operativa e non solo quella strategica può verificare che la propria gestione si sta svolgendo in maniera efficace, funzionale, efficiente ed economica e quindi sia tale da permettere il raggiungimento degli obiettivi generali richiesti dall'azienda e ancor più dalla Regione per rispondere al meglio alle esigenze della popolazione.
- L'utilizzo dei risultati, seguire l'andamento del consuntivo rispetto a ciò che ho pianificato, può permettere di attivare il confronto con le risorse utilizzate per conseguirli, coinvolgendo



tutti gli operatori di cui l'organizzazione si avvale. Il processo di formulazione del budget, quale strumento di lavoro annuale di un controllo di gestione, deve avvenire in senso bottom up, coinvolgendo proprio tutti gli operatori della struttura aziendale. La formulazione e discussione di budget favorisce le relazioni, i confronti, la discussione, la crescita professionale, nonché la collocazione di quei costi indiretti che sono comunque fondamentali per

- Non è sufficiente disporre degli strumenti informatici adeguati per produrre le informazioni necessarie al processo decisionale, importante è creare le condizioni favorevoli alla raccolta dei dati (relazioni fra i vari centri di costo e di responsabilità) e l'acquisizione degli strumenti di lettura degli stessi. I dati sono ciò che potranno supportare il processo decisionale, le parole possono essere sempre smentite, possono derivare solo da sensazioni e non da elementi precisi.
- L'articolazione temporale del processo di controllo di gestione nelle specifiche fasi: 1) controllo antecedente, cioè pianificazione strategica di medio periodo che coinvolge un piano a medio termine, 2-3 anni e programmazione aziendale di breve termine per le attività che verranno svolte nell'anno (budget) 2) controllo

sussequente, cioè man mano che l'attività si sviluppa si controllerà ciò che è avvenuto attraverso l'analisi di costi e ricavi (contabilità analitica e sistema di reporting) 3) controllo feed forward che permette di fare in corso d'anno una previsione (di fine anno) alla luce di ciò che è successo (i dati consuntivi li proietto a fine anno) permette di garantire correzioni tempestive, anticipare gli avvenimenti interni che possono condizionare i risultati e fare una previsione (fore cast) quando gli avvenimenti sono accaduti. I tempi corretti scanditi dal controllo di gestione si scontrano però con una realtà che arriva sempre tardi, per cui i miglioramenti richiesti nei prossimi anni saranno di cercare di ricondurre le aziende sanitarie ai tempi adeguati per questo tipo di azione.

- Raggiungere risultati di efficienza, gestendo al meglio le risorse disponibili. Le risorse sono sempre scarse sia strumentali che umane (mancano i finanziamenti per l'acquisizione).
- Valutazione delle performance dei centri di responsabilità (quel centro funziona in modo economico o no, anche se fosse solo per una scarsa domanda) e distribuzione del sistema premiante aziendale (al buon andamento del centro si collega la retribuzione variabile contrattuale).

**Dirigente SITRA - Policlinico S.Matteo Pavia*

BIBLIOGRAFIA

1. AA.VV., Sistemi di controllo e valutazione per la regolarità la direzione e l'incentivazione, Giuffrè, Milano, 2000
2. Anthony RN., Young DW., No profit. Il controllo di gestione, McGraw-Hill, Milano, 2002
3. Bruno P., La competenza manageriale in sanità, Franco Angeli, Milano, 2006
4. Calamandrei C., Orlandi C., La dirigenza infermieristica, McGraw-Hill, Milano, 2002
5. Casati G., Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, Milano, 2000
6. Copello F., Testi A., Economia sanitaria e controllo di gestione, Carocci Faber, Roma, 2004
7. Cuccurullo C., Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche, McGraw-Hill, Milano, 2003
8. Damiani G., Ricciardi G., Manuale di programmazione e organizzazione aziendale, Idelson-Gnocchi, Napoli, 2005
9. Lega F., Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità, McGraw-Hill, Milano, 2001
10. Martinelli M., Programmazione e controllo del costo del personale nelle aziende sanitarie, Giuffrè, Milano, 2003
11. Pontello G., Il management infermieristico, Masson, Milano, 1998
12. Pintus E., Il project management per le aziende sanitarie, McGraw-Hill, Milano, 2003
13. Saita M., Kainich F., Saracino P., La pianificazione strategica e il controllo di gestione nella sanità, Il Sole 24 Ore, Milano, 2002
14. Santullo A., L'infermiere e le innovazioni in sanità, McGraw-Hill, Milano, 2004
15. Tarricone R., Valutazioni economiche e management in sanità, Mc Graw-Hill, Milano, 2004
16. Vendramini E., Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche, Mc Graw-Hill, Milano, 2004.





È evidente che...

(Per questa uscita di Agorà lasciamo la parola ad una neo-laureata infermiera che ha approfondito, attraverso una ricerca bibliografica, una tematica assistenziale in ambito pediatrico)

12

L'utilizzo delle scale FACES nella misurazione del dolore acuto in ambito pediatrico

*a cura di MD Luigia Caldera'
MD Adriana Copalbo³, Giovacchini Fabiola***

Per molto tempo il dolore, sintomo forse più temuto della malattia e del ricovero, ha ricevuto, nella pratica clinica e nella ricerca, limitata attenzione. Se questo presupposto è vero nell'adulto, ancor più lo è per il bambino.

Fino a pochi anni fa, infatti, si pensava che il neonato e il bambino non provassero dolore con la stessa intensità dell'adulto. False convinzioni e preconcetti riguardo il dolore e il suo trattamento,

come pure reali difficoltà di valutazione e scarsità di ricerca e di conoscenza, hanno fatto sì che questo problema venisse spesso sottovalutato.

Valutare adeguatamente il dolore pediatrico è stato molto difficile principalmente per due ragioni:

- il bambino possiede scarse abilità di comunicazione verbale e di pensiero associativo;
- poche sono le realtà che utilizzano strumenti di valutazione validi nella pratica clinica.

Nonostante ciò, negli ultimi decenni si è notato un importante incremento dell'interesse riguardo questo argomento soprattutto da parte della professione infermieristica che quotidianamente viene a stretto contatto con questo complesso sintomo. Le nuove conoscenze scientifiche, emerse da diversi studi condotti in questo campo, hanno portato ad una continua evoluzione e ad enormi miglioramenti nella valutazione e nel trattamento del dolore pediatrico, tanto da rendere necessario l'utilizzo di strumenti appropriati per valutare e misurare questo sintomo, al fine di programmare un adeguato intervento terapeutico.

Essendo il dolore un sintomo prettamente soggettivo è necessario che sia la persona stessa a quantificare la sua intensità. La scala di misurazione del dolore FACES è diventata al giorno d'oggi il più famoso approccio di auto-valutazione del dolore del bambino. Questa consiste in una serie di immagini raffiguranti diverse espressioni facciali che rappresentano le variazioni della gravità del sintomo, dalla sua "assenza" al "maggior dolore possibile"; al bambino viene chiesto di indicare la faccia che meglio rappresenta la sua sintomatologia.

La ricerca bibliografica effettuata ha come scopo la valutazione della validità di tale strumento nella misurazione dell'intensità del dolore pediatrico.

MATERIALI E METODI

La ricerca di prove di efficacia è stata condotta inizialmente su Internet con motori di ricerca generici, su libri di testo e su appunti presi durante le lezioni dei tre anni di corso di Laurea in Infermieristica, al fine di conoscere adeguatamente l'argomento da trattare.

Dopo di che si è ricorsi alla consultazione di siti Internet di interesse infermieristico quali le pagine dedicate all'Evidence Based Nursing del Centro Studi EBN del Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna, riviste infermieristiche disponibili online, il sito del Joanna Briggs Institute per la consultazione delle revisioni sistematiche da esso prodotte e le banche dati elettroniche Medline, Cinahl ed Embase. È stato consultato anche il sito del Centro Cochrane senza tuttavia trovare articoli utili.

Per la ricerca nelle banche dati sono state utilizzate le seguenti parole-chiave, opportunamente



combinare fra loro con l'utilizzo degli operatori booleani: pain, children, child, baby, measur*, faces pain rating scales, validity, nurs*.

Sono stati inoltre posti i seguenti limiti alla ricerca:

- articoli di pertinenza infermieristica
- articoli in lingua inglese e italiana
- articoli con abstract
- articoli pubblicati dal 1995 al 2006
- soggetti _ bambini

Non sono stati inseriti limiti riguardanti il sesso del paziente e il tipo di pubblicazione ricercata. I risultati della ricerca bibliografica sono riportati in tabella 1.

Banche dati	Numero articoli reperiti	Numero articoli pertinenti
Medline	60	10
Cinahl	20	7
Embase	15	0
Cochrane	0	

Tabella 1 - Ricerca bibliografica

È stata a questo punto condotta l'analisi critica dei documenti reperiti che ha condotto ai risultati riportati nella discussione.

DISCUSSIONE

I primi studi considerati sono quelli di Keck (1996) e Tarai (1998) i quali, utilizzando la scala FACES, ne dimostrano la validità per la misurazione dell'intensità del dolore pediatrico applicandola su un campione di bambini di età compresa tra 4 e 16 anni. Per dimostrarne la validità viene utilizzata come misurazione di controllo la scala VAS (Visual Analogue Scale).

Uno studio simile, condotto da Bulloch qualche anno dopo (2002), giunge ai medesimi risultati. Il limite di questi studi è che non sono state fornite informazioni sul tipo di scala FACES utilizzata; ciò fondamentalmente perché si partiva dal presupposto che tutte le scale fossero equivalenti e intercambiabili. Le successive prove di efficacia dimostrano proprio il contrario.

Infatti gli studi di Chambers e Craig del 1998 e ripetuti nel 1999 e 2005 arrivano a dimostrare che le scale FACES che iniziano con una faccia di "non dolore" sorridente fanno sì che il bambino confon-

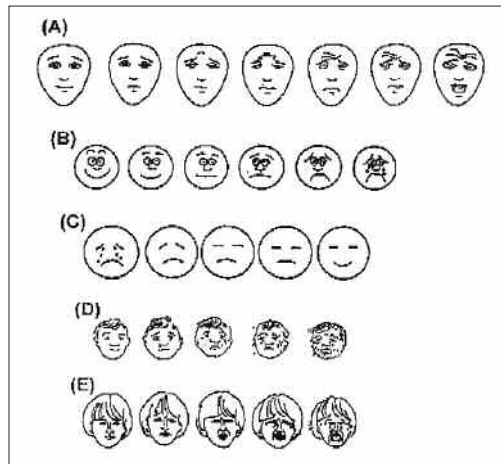


Fig. 1 Cinque tipi di scale FACES

(A) Bieri et al.

(B) Wong & Baker

(C) Maunukela

(D) LeBaron & Zelter

(E) Kuttner & LaPage

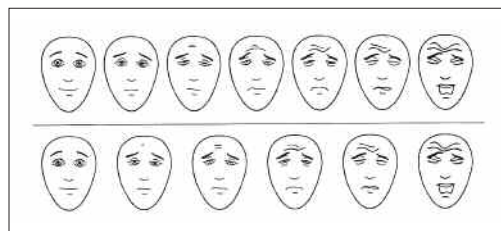


Fig. 2 Scala di Bieri nella forma originale (sopra) e quella modificata a un numero ridotto di facce (sotto)

da lo stato emotivo che prova al momento della valutazione con l'effettiva intensità del suo sintomo, sovrastimandolo.

Le scale più valide risultano perciò essere quelle che iniziano con una faccia di "non dolore" neutra. Nel 2005 Chambers rileva però un altro importante fattore di influenza: più il numero di facce presenti sulla scala è alto, maggiore è la difficoltà del bambino nella comprensione della scala e quindi nella misurazione dell'intensità del sintomo.

L'utilizzo al massimo di 5, 6 facce all'interno della scala FACES non induce nel bambino confusione, rendendola più valida.

I medesimi risultati erano stati evidenziati precedentemente da Hicks (2000) e da Bosenberg (2003).



Faces scale score	No Pain (0)	Mild Pain (1-4)	Moderate Pain (5-7)	Severe Pain (8-10)
Ladder Score	0	1-4	5-7	8-10
Behaviour	Normal activity No movement Happy	Rubbing affected area Decreased movement Neutral expression Able to play and talk normally	Protective of affected area - movement Clenched Complaining of pain Inconsolable crying Grimaces when affected part is touched, moved	No movement or defensive of affected area Looking frightened Very quiet Restless, unsettled Complaining of lots of pain Inconsolable crying
Injury Example	Bump on head	Abrasion Small laceration Scraped ankle, knee 4 fingers, denture Sore throat	Small burn or scald Finger tip injury A freckle, scratch, and/or	Large burn Long bone dislocation Appendicitis

Fig. 3 Lo strumento utilizzato da Corridio nel suo studio

La scala di misurazione FACES può essere inoltre unita ad altri strumenti (scala numerica, osservazione del comportamento) per una valutazione multidimensionale del sintomo stesso. Ciò viene dimostrato da uno studio condotto da Corridio nel 2002 su un campione di 65 bambini.

In relazione alle scale che utilizzano fotografie di bambini con espressioni di dolore di varia intensità ed in particolare alla scala Oucher, non sono stati trovati RCT (randomized controlled trials) che ne provano la validità.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Tutta la documentazione consultata evidenzia che, al fine di affrontare e curare adeguatamente il dolore nel bambino, sia necessaria una quantificazione della sua intensità attraverso strumenti validi e affidabili. Nonostante ciò gran parte della bibliografia consultata tratta solo in generale questo argomento senza addentrarsi nella valutazione della validità degli strumenti. Questo è stato uno dei limiti fondamentali della ricerca in quanto ci si è dovuti basare sulle poche fonti attinenti disponibili.

I risultati della ricerca sono comunque convincenti nell'affermare che le scale di misurazione FACES più valide sono quelle che possiedono una faccia di non dolore seria rispetto a quelle con espressione sorridente in quanto queste ultime inducono confusione nel distinguere l'intensità del sintomo dalla condizione emotiva. Inoltre, più il numero delle facce come opzioni di scelta all'interno della scala è alto, maggiore è la difficoltà del bambino nella comprensione della scala e quindi nella misurazione dell'intensità del sintomo, rendendola meno valida.

1 Tutor Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria di Varese - Sede di Como - A.O. S'Anna

2 Responsabile Qualità e Ricerca - SITRA - A.O. S'Anna Como

** Infermiera - U.O. Geriatria - A.O. Sant'Anna Como

BIBLIOGRAFIA

1. Anand KJ, Hickey PR (1987) Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N. Engl. J. Med.* 31: 1321-1329
2. Atkinson R, Atkinson R, Smith E, Bem J (1999) Introduzione alla psicologia Padova: Piccin
3. Badon Pierluigi, Cesaro Simone (2002). Manuale di nursing pediatrico. Casa editrice Ambrosiana
4. Bieri Davia, Reeve Robert A., David Champion G., Addicoat Louise and Ziegler John B. "The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties" *Pain*, 41 (1990): 139-150.
5. Boseng A, Thomas J, Lopez T, Kokinsky E, Larsson LE. (2003) Validation of a six-graded faces scales for evaluation of postoperative pain children, *Paediatric Anaesthesia* Oct;13(8):708-13
6. Brunner S. (2001) Nursing Medico-Chirurgico. Milano: Ambrosiana (2nd) vol. 1(12)
7. Bulloch B, Tenenbein M. Validation of 2 Pain Scale for Use in Pediatric Emergency Department, *Pediatrics* 110;33
8. Cantarelli. (2003). Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano: Masson (2nd)
9. Carta dei diritti dei bambini e delle bambine in ospedale redatta dall'U.N.E.S.C.O
10. Capilli S. (2003) Bambino in ospedale [on line] Disponibile elettronicamente sul sito www.psicolinea.it [consultato il 28 aprile 2006]
11. Chambers CT, Craig KD (1998) An intrusive impact of anchors in children's faces pain scales *Pain* 78 (1): 295-300
12. Chambers CT, Giesbrecht K, Craig KD, Bennett SM, Huntsman E (1999) A comparison of faces scales for the measurement of pediatric pain: children's and parent's rating. *Pain* 83 (1): 25-35
13. Chambers CT, Hardial J, Craig KD, Court C, Montgomery C. (2005) Faces scales for the measurement of postoperative pain intensity in children following minor surgery, *Clinical Journal Pain* 21(3):277
14. Champion GD, Goodenough B, Von Baeyer CL, Thomas W. Measurement of pain by self-report. In: Finley GA, McGrath PJ, editors. *Measurement of pain in infant and children*, Seattle, WA: IASP Press, 1998, pp.123-160



15. Corridoio J (2002) La convalida di un attrezzo pediatrico di valutazione di dolore. [on line]
16. Reparto pediatrico di emergenza dell'Ospedale di Londra. Disponibile elettronicamente all'indirizzo www.rlheagueofnurses.org.uk [consultato il 10 aprile 2006]
17. Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. Codice Deontologico. maggio 1999
18. Fitzgerald M., Millard C., MacIntosh N. (1988). Hyperalgesia in premature infants. *Lancet*, 6 (1):292.
19. Hain RDW (1997) Pain scale in children: a review, *Palliative Medicine* 11(5):341
20. Hamilton P.(2000) Pain: Pediatric Patients [online] *Nursing Continuing Educator*. Accredited courses by and for health professionals. Disponibile elettronicamente al sito www.nursingceu.com [consultato il 28 aprile 2006]
21. Hester N, Foster R, Jordan-Marsh M, Ely E, Vojir C, Miller K. Putting pain measurement into practice. In: Finley GA, McGrath PJ, editors. *Measurement of pain in infant and children*, Seattle, WA: IASP Press, 1998, pp. 179-198
22. Hicks L, Carl L, Von Baeyer, Pamela A, Spafford, Inez van Korlaar, Belinda Goodenough (2001) The Faces Pain Scale - Revised; toward a common metric in pediatric pain measurement, *Pain Aug*;93(2):173-83
23. International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage, *Pain* 6:249-252.
24. Keck JF, Gerkensmeyer JE, Joyce BA. Schade JG (1996) Reliability and validity of the Faces and Word Descriptor Scales to measure procedural pain, *Pain Nurs* 11(6):368-74
25. Kuttner L (1996) A child in pain: how to help, what to do. Vancouver, BC: Hartley & Marks
26. Markel S, Malviya S. Pediatric pain, tools and assessment (2000) *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 15 (6):408
27. McGrath PJ, Unruh A. (1987) Pain in children and adolescent. Amsterdam: Elsevier
28. Orlando S. Il dolore nel bambino [online] Sala Operatoria Chirurgica Pediatrica Ospedale dei bambini "Di Cristina" ARNAS Palermo. Disponibile elettronicamente sul sito www.infermieronline.net/specialistiche/dolorenelbambino.htm [consultato il 10 maggio 2006]
29. Shailaja S (2000) A comparative study of pain measurement scales in acute burn patient, *The Indian Journal of Occupational Therapy* 35 (3)
30. Terai T, Yukioka H, Asada A (1998) Pain evaluation in the intensive care unit: observer-reported faces scale compared with self-report visual analogue scale, *Reg. Anaesthesia Pain Med.* 23(2):147-51
31. Trapanotto M., Benini F, Agosto C, Pardi C, Lazzarin P, Zacchello F (2001) Valutazione e misurazione del dolore in età pediatrica, *Minerva Pediatrica* 53 (2):107
32. Vihunen R, Sihvonene M. (1998) Use of Faces Scale in children's self-assessment of pain, *Hoitotiede* 10(3):123-33
33. Wong DL (2002) Faces Pain Rating Scale: development of the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale [online] Elsevier Health. Disponibile elettronicamente all'indirizzo www.3.us.elsevierhealth.com [consultato il 7 aprile 2006]

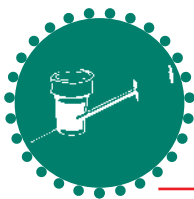
FORUM PUBBLICA AMMINISTRAZIONE: La Turco lancia l'ammodernamento del SSN, già a partire da giugno

Secondo il Ministro Turco, intervenuta alla tavola rotonda svolta nell'ambito del Forum PA/2007 ha affermato che "il percorso di ammodernamento del SSN ha lo scopo di renderlo più efficiente, equo ed in grado di farsi carico della persona.(...) Il vero cambiamento è trovare le regole che garantiscono l'eccellenza, il merito, la trasparenza la valutazione dei risultati". Concretamente è stato Filippo Palumbo, DG della Programmazione sanitaria al Ministero della Salute, ad indicare i sei punti qualificanti destinati a guidare lo sviluppo nel settore.

In particolare intensificazione dell'investimento tecnologico e dell'innovazione, accelerazione del livello di informatizzazione, ottimizzazione dell'accesso alle prestazioni per i cittadini, attivazione di centri di riferimento interregionali per l'EBM e l'EBP, sviluppo di progetti di cooperazione tra regioni del nord-centro e del sud, investimenti in strutture di eccellenza.

(fonte: *Ilsole24oreSanità* n. 21, 29 mag - 4 giu 2007)





Infermieristica e Cure complementari

La medicina cinese, applicazioni pratiche: lo Shiatzu

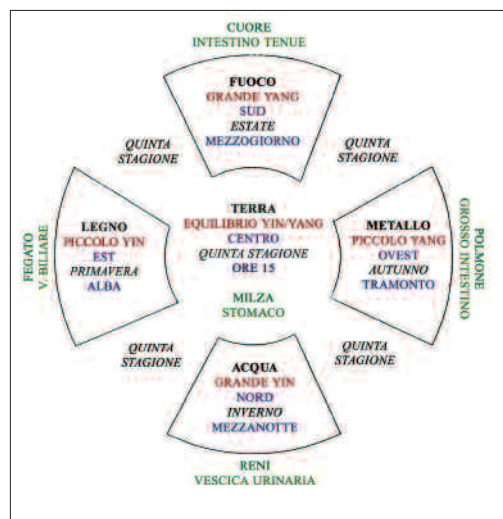
16

A cura di *Valentina Iacchia**

La Medicina Tradizionale Cinese è l'insieme di tecniche terapeutiche che, a partire da una concezione della vita e dell'uomo elaborata nei primi secoli a.C., ha permesso ai Cinesi di studiare e di trattare globalmente le questioni che si sono poste e si pongono sulla salute. Il termine «tradizionale» precisa il fatto che il fondamento di questo sapere è antico e che la conoscenza sempre più approfondita in campo medico non ha escluso, ma anzi ancora oggi si rifà a quei principi filosofici elaborati nell'antichità. La medicina cinese affonda le sue radici in un pensiero, in una logica, in generale in una civiltà che è molto diversa dalla nostra e che ha sviluppato una propria concezione dell'uomo, del corpo, della salute e della malattia. La Medicina Tradizionale Cinese, per la concezione dell'uomo e della vita sottesa, ha certamente delle risposte alle problematiche e alle riflessioni che l'uomo moderno si pone. Infatti il merito singolare di questa medicina sta nell'interpretazione semplice e fluida della vita. Essa riconosce e privilegia nell'uomo il suo continuo «essere costituito e ricostituito dai Soffi del Cielo/Terra». Inoltre da sempre ha avuto chiaro che la malattia non è un avvenimento accidentale, dovuto al caso o a fattori esterni, ma è qualcosa che ha a che fare con il rapporto che l'uomo intrattiene con l'ambiente. Per «uomo» intende un soggetto considerato globalmente nella sua individualità, non separato in sottoinsiemi, che ha una sicura capacità di resistere o di accondiscendere alla malattia secondo un patrimonio suo personale che è anche ereditario.

Il rapporto analogico è alla base delle numerose descrizioni del corpo umano come di un paese, fatto di montagne, fiumi, mari, con palazzi e porte in cui, ad esempio, i vasi costituiscono le strade, gli organi i fienili ed i granai, amministrato da signori e

funzionari: «Il Cuore ha funzione di Signore... il Polmone è ministro e cancelliere... il Fegato è il comandante dell'esercito». L'analogia consente al saggio dell'antichità cinese la trasposizione della conoscenza delle relazioni tra i vari oggetti ed eventi del macrocosmo a quella piccola zona di esso, definita e delimitata, che è l'uomo. Lo yin e lo yang, come pure i Cinque elementi, non sono sostanze o principi, ma «virtù», simboli grazie ai quali si possono classificare e definire tutti i fenomeni. Essi costituiscono un criterio classificativo di un numero elevatissimo di osservazioni e, grazie alla elaborazione di una teoria generale di connessioni, divennero criterio predittivo anche per situazioni non ancora osservate sia nel cosmo che nell'uomo. I termini yin e yang indicano aspetti concreti e antitetici del tempo e dello spazio: l'ideogramma yang rappresenta il sole alto sull'orizzonte che sovrasta una montagna e, per analogia, il fuoco, il caldo, la siccità, la luce, il giorno, il mezzogiorno, l'estate; è yang tutto ciò che è associabile all'idea di iniziativa, di movimento, di attività, di espansione.



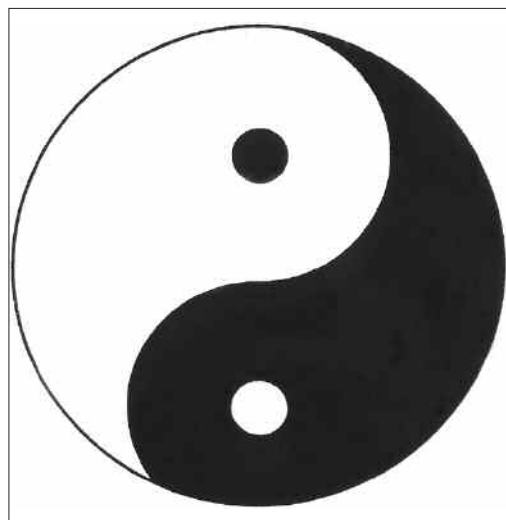
L'ideogramma yin rappresenta le nubi sopra la montagna e, per analogia, l'acqua, il freddo, l'umidità, l'ombra, la notte, mezzanotte, l'inverno e tutto quanto è riferibile all'idea di riposo e di inattività, di contrazione. Yin e yang sono comunque momenti diversi di un'unica realtà, sono tra loro complementari e si avvicinano ritmicamente.

La medicina Cinese si avvale di numerose applicazioni pratiche: la dietetica e l'erboristeria cinese, l'agopuntura, la moxibustione, le ginnastiche cinesi (il qi gong, il tai qi) lo shiatsu ed altro ancora. Che cos'è lo shiatsu? Forse il modo migliore per accostarsi a questa disciplina, che è contemporaneamente una filosofia di vita ed una tecnica corporea, è ascoltare le parole di chi lo ha studiato e in parte, praticato.

In questo articolo vorrei proprio presentare questa disciplina e soprattutto presentarvi alcune riflessioni che colleghi infermieri, che hanno approfondito l'argomento, ci propongono. Le domande che ho posto alle colleghe che si sono rese disponibili sono le seguenti:

1) Da quanto tempo e qual è stato il percorso formativo che ti ha portato ad avvicinarti alla disciplina dello Shiatsu?

Adriana: Mi sono avvicinata allo shiatsu circa 2 anni e mezzo fa. Il percorso formativo era articolato in tre livelli per una durata totale di 2 anni. È terminato circa 6 mesi fa. Da allora non ho di fatto mai praticato e sono in attesa di fare l'esame finale



Simona: Ho iniziato per curiosità insieme ad una collega, abbiamo lavorato un anno insieme ad una persona che si "vendeva" come maestro ma che in realtà di shiatsu non ne capiva molto... Per la delusione ho lasciato per un paio d'anni ma ormai l'interesse, la curiosità e la passione era scattata per cui ho ripreso la mia formazione partendo da zero e questa volta frequentando una scuola diffusa a livello nazionale e con i migliori maestri. Il percorso di formazione si è sviluppato in tre anni con l'esame di passaggio per ogni anno e con un minimo di ore di pratica attestata (un po' come nella formazione infermieristica: teoria e pratica). Il mio percorso formativo è iniziato nel 1995 e continua...!!

2) la tua formazione di base infermieristica ti ha agevolato in tale percorso?

Adriana: La mia formazione di base infermieristica mi ha agevolato solo per le conoscenze di base di anatomia. In parte mi ha però reso difficoltosa la comprensione del sistema di pensiero della medicina tradizionale cinese alla quale lo shiatsu, in parte, si riferisce, in quanto molto diverso da quello meccanicistico della medicina occidentale.

Simona: No al contrario, dovevo "sentire" e "percepire" con le dita. Questo ha richiesto un lavoro non indifferente, mettere da parte tutti i pregiudizi e le modalità usuali di apprendimento ed aprirsi alla novità, oltre che imparare a fidarsi della propria capacità di percezione. È stato ed è un lavoro lungo, quotidiano ed affascinante, ogni persona trasmette qualcosa di diverso e di differente da un'altra, io devo imparare ad accettare tutte le persone e togliere dalla mente pregiudizi e stereotipi.

3) hai trovato delle applicazioni pratiche derivanti da questa disciplina, applicabili nel tuo intervento assistenziale in risposta ai bisogni della persona?

Adriana: Premettendo che attualmente non mi occupo di assistenza diretta alla persona, ritengo comunque molto improbabile l'applicazione delle tecniche di shiatsu negli odierni ambiti assistenziali, se non in contesti molto particolari (es. hospice). Le difficoltà sono legate a fattori culturali ma anche organizzativi.



Simona: A livello di trattamento pratico non molto, anche se sono convinta del giovamento che si avrebbe dal ricevere in maniera sistematica un trattamento shiatsu. Come approccio mentale molto: nel lavoro cerco di essere accogliente con qualsiasi persona con cui mi relazio e, anche se non capisco o non condivido delle scelte, cerco di guardare oltre per cercare il suo punto di vista e per vedere il problema, la difficoltà nella direzione che sta guardando la persona che ho di fronte. Ho tolto così dal mio vocabolario la parola MAL... Le sfaccettature della realtà sono davvero molte.

4) esprimi liberamente commenti, perplessità, risorse derivanti da questa tua esperienza

Simona: Considerato che sono stata coinvolta in un momento di trasmissione delle conoscenze, mi sono resa conto che essendo per me, la prima volta che facevo esperienza di insegnamento, l'argomento dello shiatsu mi ha agevolato ed è stata una bella "avventura". Mi sono accorta come concetti che io ormai ho assimilato, dovevo esprimerli e comunicarli in maniera semplice e percepibile da tutti. Riterrei opportuno, in caso di replica, di aumentare il tempo. Un'ora a disposizione è un pochino tirata, in quanto non si può instaurare un contatto proficuo tra il praticante ed il ricevente. I passaggi si dovevano eseguire piuttosto velocemente senza soffermarsi sulla percezione e sulle sensazioni che ha suscitato l'esperienza fatta.

Adriana: In parole povere... lo shiatsu è una gran bella cosa. Una bella esperienza per chi lo pratica e per chi lo riceve ma:

a) richiede una lunghissima preparazione (teorica, pratica, "spirituale").

Non ci si improvvisa operatori shiatsu, anche se molti lo fanno. Chi fa shiatsu seriamente fa un percorso professionale ma anche personale che dura tutta la vita... Gli altri, se va bene, sono solo dei buoni tecnici. Di conseguenza vedo un pò improbabile l'integrazione fra le competenze dell'infermiere e quelle dell'operatore shiatsu.

b) la frequenza ed i tempi di trattamento sono incompatibili con l'organizzazione delle nostre

unità operative, almeno per lo shiatsu della scuola di Masunaga

c) credo che le conoscenze di base della medicina tradizionale cinese possono essere di aiuto all'infermiere anche negli attuali contesti sanitari italiani, consentendogli di acquisire una visione della persona diversa da quella classica occidentale e di conseguenza un modo diverso di risposta ai bisogni della stessa.

Valentina: Personalmente ritengo che le applicazioni pratiche che la medicina cinese ci propone, siano efficaci, praticabili, e di grande aiuto nella risposta ai bisogni dei pazienti. È altrettanto vero che la loro applicabilità all'interno delle strutture ospedaliere può essere difficoltosa ed è proprio per questo che è necessario diffondere e far conoscere la filosofia che sottostà al pensiero orientale. Eraclito diceva infatti che "il sole è nuovo ogni giorno" affermando che in questa realtà dinamica tutto muta continuamente e ogni fenomeno si trasforma invariabilmente nel suo opposto. Ogni avvenimento nel mondo, dal più piccolo al più grande, interagisce con l'intero Cosmo e scopo dell'uomo è capire l'essenza di questa grande legge Universale. Questa visione ha numerosi punti di contatto con il pensiero Taoista. Lo Shiatsu, inteso come pratica applicativa, si pone come mezzo di comunicazione, comprensione intima di un'altra persona: "capiamoci senza e oltre le parole".

Shiatsu è comunicazione globale tra "tori" (così si chiama colui che tratta) e "Uke" (colui che riceve il trattamento), una fusione momentanea ed eccezionale che produce i cambiamenti.

Ringrazio molto Adriana Capalbo e Simona Banfi, colleghe infermiere, per la disponibilità e la collaborazione. Concludo con un aneddoto di un maestro Zen:

"Una volta un discepolo chiese a Joshu, maestro Zen: se nella mia mente non c'è niente che cosa devo fare?"

Oshu rispose: Buttarlo via

Ma se non c'è niente, come posso buttarlo via? Insistette il discepolo.

Beh - disse Joshu - allora fallo"

(da 101 storie Zen)





Etica e deontologia

Codice Deontologico dell'Infermiere: premessa... ma non solo

di Doriana Valle*

1.2 L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.

Il fulcro di questo articolo è assistenza infermieristica che, così come infermiere, deriva da infermo, mentre il verbo assistere (da ad-sistere, stare accanto) ha da sempre indicato l'attività di accudimento svolta agli infermi ed alle persone in condizioni di bisogno e non assegnata, specificatamente, ad una professione.

La professionalizzazione dell'assistenza inizia con F. Nightingale (Inghilterra, 1820 - 1910), che, per prima ha individuato un corpo di conoscenze teoriche di riferimento. Oggi, di norma, si parla di infermieristica per definire l'ambito teorico (conoscenze scientifiche necessarie per esercitare) e di assistenza infermieristica per indicare l'ambito della pratica. Soprattutto dalla seconda metà del XX secolo è divenuto fondamentale individuare l'ambito specifico della professione infermieristica, attraverso l'identificazione di modelli concettuali di riferimento. L'assistenza infermieristica è un servizio, in quanto un professionista (l'infermiere) fornisce una prestazione al cliente (la persona assistita).

Rispetto all'enunciato del Codice del 1977 "l'infermiere è al servizio della vita dell'uomo", si evidenzia:

- la conferma della parola servizio, dove si intende un'attività organizzata per un'utenza, di tipo pubblico o privato.
- l'oggetto del servizio diventa la persona e la collettività, anziché la vita dell'uomo, cioè si pone l'attenzione sulla complessità e globalità dell'essere vivente rispetto alla prevalenza della dimensione biologica. Si è, giustamente, preferito il termine persona da quelli, riduttivi, di malato, paziente, ecc...

L'infermiere deve considerare, fra i molti aspetti della persona, i seguenti:

- il concetto che ha di sé la persona e il significato che dà alla salute. Questi aspetti sono in relazione, ad esempio, al livello di autostima della persona, agli interventi sanitari subiti o in programma, al comportamento dei professionisti con i quali entra in contatto.
- Le decisioni che la persona assume in merito alla salute, possono non corrispondere a quelle attese dagli operatori sanitari. Tali decisioni sono prese dalla persona sulla base delle conoscenze di cui dispone, delle sue convinzioni, al suo concetto di salute. Può essere che le debbano essere fornite ulteriori informazioni mirate, ma si deve sempre ricordare che, in ultima analisi, è la persona che compie le scelte che la riguardano.
- Dalle relazioni che la persona ha con quelle che la letteratura professionale chiama persone significative (familiari, amici, colleghi, ...), nascono molte delle abitudini e convinzioni che interessano l'ambito della salute generalmente intesa. Le persone significative - o alcune di queste - possono costituire quel sistema di sostegno che è una delle risorse di cui la persona si avvale per prendere decisioni, per aderire ad un trattamento terapeutico, ...
- La persona fa parte di un gruppo sociale, un popolo, con una propria cultura, ossia un insieme di conoscenze, modelli comportamentali, tradizioni, convinzioni, espressioni linguistiche, pratiche di salute che utilizza sistematicamente.

Per collettività (o comunità) si intende un gruppo sociale definito da confini geografici e/o da valori e interessi comuni (ad esempio, la popolazione di un quartiere cittadino, i lavoratori di una fabbrica, la famiglia). L'assistenza a gruppi e comunità è prestata - ma non in modo esclusivo



- dall'infermiere di sanità pubblica. Un infermiere che, alle competenze infermieristiche, unisce le abilità della medicina di comunità: conoscenza delle tematiche ecologiche, economiche, politiche e sociali e della loro influenza sulla salute, nonché le conoscenze epidemiologiche necessarie per determinare e analizzare i bisogni delle popolazioni a rischio.

INTERVENTI SPECIFICI, AUTONOMI E COMPLEMENTARI

L'intervento infermieristico è un insieme di comportamenti o attività, che l'infermiere attua in favore della persona o gruppo assistito. Sono interventi specifici, in quanto caratteristici della professione, anche se possono esserci delle inevitabili sovrapposizioni tra una professione e l'altra del campo sanitario. Il Codice li definisce autonomi e complementari per distinguere gli interventi che l'infermiere autonomamente mette in atto per rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica da quelli erogati in relazione a diagnosi medica (ad esempio, somministrazione di farmaci, medicazione di ferite, monitoraggio delle condizioni del paziente).

INTERVENTI DI NATURA TECNICA, RELAZIONALE ED EDUCATIVA

Gli interventi di natura tecnica comprendono tutte quelle attività manuali e/o intellettuali effettuate, seguendo le regole che la professione si è data, ad esempio: la promozione del benessere e della sicurezza, la prevenzione delle complicanze della persona che non può alzarsi dal letto; il controllo dell'ambiente per favorire la sicurezza della persona.

Gli interventi di natura relazionale non sono standardizzabili o pianificati, considerando l'unicità della persona. La relazione che si instaura è la relazione di aiuto (definita anche terapeutica o supportata) ed è caratterizzata dal fatto che l'infermiere induce una maggiore valorizzazione delle risorse personali della persona assistita, con l'obiettivo di condurla al massimo livello di autonomia che le sue condizioni di salute consentono, relativamente ai problemi di salute di competenza infermieristica.

Si può affermare che tutte le persone che necessitano di prestazioni infermieristiche hanno bisogno anche di interventi di natura educativa. Sono indirizzati a formare/informare la persona circa, ad esempio, la preparazione a determinate indagini radiologiche, la cura della colostomia, la preparazione all'intervento chirurgico, ...

L'intervento di formazione alla persona deve essere pianificato, gli obiettivi devono essere esplicitati e condivisi dal gruppo intra - interprofessionale e coerente con il piano di cure/assistenza.

Ogni specifico piano educativo deve contenere:

1. i risultati attesi;
2. il contenuto, cioè i comportamenti che ci si attende dalla persona;
3. i metodi e gli strumenti (per esempio, spiegazione e consegna di apposito fascicolo)
4. i metodi di valutazione della formazione.

L'intervento educativo al cliente ed alle persone per lui significative è particolarmente importante in vista della dimissione dall'ospedale.

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

BIBLIOGRAFIA

1. Carlo Calamandrei, Laura D'Addio, Commentario al nuovo codice deontologico, McGraw - Hill, prima edizione, ottobre 1999





News from the web

Elenco siti utili

21

di IPAFD Paola Pozzi*

I.p.ER. - Infermieri per l'Emergenza http://users.libero.it/mauro_molaz/index.htm

IT-URO - Infermieri Italiani di Urologia <http://www.paginemediche.it/it/medmap/medmap/urologia/associazioni/archive.aspx?c1=93&c2=170&lid=0>

Nursing in movimento (NIM) - Il sito infermieristico di movimento. Per una maggiore conoscenza e impegno etico e politico della professione, inoltre sulla rivista "Savar" salute e globalizzazione ed infermieri in movimento. <http://www.nelmovimento.org/>

Per fusione.net- sito dedicato alle tematiche della circolazione extracorporea e per fusione cardiovascolare. <http://www.perfusione.net/>

Piagadadecubito.it - sito personale sulle piaghe da decubito. <http://www.piagadadecubito.it/>

Riparazionetessutale.it - interessante sito dedicato alla cura-prevenzione delle lesioni da decubito. <http://www.riparazionetessutale.it/>

RIONordest - rete infermieristica oncologica del Nord est. <http://www.rionordest.it/>

Terapiaintensiva.it- sito specialistico con spazio forum. <http://www.terapia-intensiva.it/>

TRENTA3-Professione Infermieri - sito per segnalazione corsi gratuiti FAD. <http://xoomer.alice.it/trenta3/>

BLOG INFERMIERISTICI

Edicolaonline - Blog di articoli sulla professione infermieristica ed il mondo della sanità.

Appunti corporei

Blog <http://www.nursing.nelmovimento.org/>

<http://infermieri.blog.excite.it/>

<http://nursecaffesplinder.it>

* AFD - Area Chirurgica e Ambulatori - Ospedale Valduce Como

CHIUSURA ESTIVA

Si avisano tutti gli iscritti che la Segreteria del Collegio IPASVI di Como resterà chiusa per le ferie estive:

da lunedì 6 agosto 2007 a domenica 26 agosto 2007

e per la festività del Santo Patrono:

venerdì 31 agosto 2007

Si informa inoltre che da lunedì 27 agosto a giovedì 30 agosto la Segreteria resterà aperta solo al mattino dalle ore 9.00 alle ore 12.00



La libera professione infermieristica

22

La libera professione è stata oggetto di sempre maggiore interesse da parte della nostra categoria con un notevole incremento negli ultimi anni. Nel 2007 il numero delle imprese individuali si è attestato sulle 11.500 unità sul territorio nazionale.

I motivi che hanno precedentemente frenato negli anni la propulsione verso la libera professione sono stati: la mancanza di garanzie per il futuro, l'assenza di un sistema previdenziale, poche certezze economiche legate ad una non chiara visione legislativa, la subalternità nei confronti della classe medica.

Rispetto a solo un decennio fa, il panorama legislativo è cambiato radicalmente offrendo ai nuovi colleghi Infermieri svariati sbocchi occupazionali con la nascita di nuove realtà che hanno visto e vedono l'Infermiere protagonista e titolare della sua vita professionale con enormi vantaggi dal punto di vista dell'autonomia e della discrezionalità.

A dare l'impulso alla Libera Professione dagli anni Novanta in poi sono stati diversi fattori tra cui la nascita della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza, ora ENPAPI, D.Lgs. N. 103 del 10/2/96, l'abolizione del Mansionario Legge 42/ 99, la deducibilità del costo delle prestazioni, gli sbocchi occupazionali svariati. Da allora il numero di partite Iva è progressivamente aumentato e si stima che entro il 2010 raddoppierà il numero delle imprese attive in quanto la classe Infermieristica avrà sviluppato una strategia ed una propria politica anche in questo campo che renderà paritaria la scelta tra dipendenza e individualità; a Como i L.P. sono il 5% della popolazione Infermieristica.

Questa modalità di esercizio professionale presenta diverse sfaccettature con tratti positivi e negativi: tra i positivi si denotano l'autonomia, la responsabilità, la libertà di pianificare a proprio vantaggio la vita lavorativa, la non turnazione, la possibilità di lavorare con tanti committenti diversi, poter spaziare professionalmente dal fare il perito in Tribunale, il clinical specialist per una casa farmaceutica (dopo aver conseguito le dovute specializzazioni), poter fare la carriera tecnica o intraprendere l'insegnamento o la carriera Universitaria; tra i tratti negativi c'è la nettezza con cui si deve fare questa scelta: stipendio fisso/capacità personale di conseguirlo, dover avere una tranquillità economica, l'assenza di vin-

coli familiari (sono favoriti gli Infermieri che hanno appoggi familiari forti), il dover sviluppare un proprio mercato (che non sia il puro lavoro in strutture), il dover sostenere spese maggiori, il fare a volte qualche investimento economico professionale. Il L.P. in quanto imprenditore di se stesso, deve esser in grado di diversificare le entrate e di gestire con ocutezza le uscite differenziandole tra uscite di cassa dove i costi sono imputati nel periodo in cui sono stati sostenuti, ed uscite per competenza in cui i costi producono effetti non solo nell'esercizio in cui sono sostenuti ma anche negli esercizi successivi.

- Es. costi di cassa: carburante, cancelleria, riparazione auto, telefonate, affitto, ecc.
- Es. costi di competenza: acquisto auto, locali professionali, apparecchiature.

Non tutti gli Infermieri si sentono attratti dalla LP: questo tipo di attività richiede sicurezza professionale e stima di sé che frequentemente vengono acquisite solo dopo diversi anni di esercizio professionale.

L'Infermiere che intraprende la Libera Professione è una persona che pianifica gli spazi lavorativi che vuole occupare, si mette in gioco con professionalità ma anche con managerialità e che quindi fa Marketing, si pubblicizza per farsi conoscere da altri professionisti sanitari con cui svilupperà sinergie e dai cittadini/utenti che beneficeranno dei suoi servizi sanitari. Ovviamente come tutte le realtà, anche la nostra ci vede spesso prigionieri di attività imprenditoriali che imbavagliano i professionisti e non li mettono in grado di fare delle scelte congrue con la posizione che ricoprono. Questo succede specialmente per gli Infermieri provenienti da altre Nazioni che si ritrovano prigionieri di contratti fatti ad hoc da imprenditori che dalla Sanità traggono profitti enormi a svantaggio proprio di chi vi lavora.

Il pieghevole allegato ad Agorà è stato creato per quei colleghi che vogliono iniziare una esperienza nuova e vuole essere una guida per chi, indeciso, non sa come muovere i primi passi che poi lo accompagneranno lungo la sua esistenza di professionista della Sanità.

Marino Ciro

Responsabile Commissione Libera Professione



Informiamo che la COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE si incontrerà c/o la sede del Collegio nelle seguenti date:

martedì 24 luglio pre 18.30

martedì 25 settembre ore 18.30

**Gli incontri sono aperti a tutti gli iscritti interessati,
Vi aspettiamo numerosi.**

**Informiamo inoltre che ENPAPI ha organizzato la
PRIMA CONFERENZA NAZIONALE SULLA LIBERA PROFESSIONE
per il giorno 13 ottobre 2007 a Brescia.**

23



FORMAZIONE IN AGORA

Management sanitario: modelli organizzativi del lavoro - Padova 20/21 settembre 2007
Infermiere e processo di assistenza: pianificazione assistenziale con NOC e NIC - Padova 27/28 settembre 2007
Metodologia della ricerca per le professioni sanitarie: questionari e interviste - Padova 1 / 2 ottobre 2007
Assistenza alla persona in condizioni critiche: BLS sostegno e ripristino delle funzioni vitali con i presidi sovraglottici - Padova 8/9 ottobre 2007
Il governo organizzativo nelle strutture residenziali - Padova 16/17 ottobre 2007
Infermiere e processo di assistenza: pianificazione assistenziale con NOC e NIC - 18/19 ottobre 2007
Documentazione sanitaria: cartella clinica integrata - Padova 30/31 ottobre 2007
Il governo clinico nelle strutture residenziali - Padova 6/7 novembre 2007
Management sanitario: i carichi di lavoro - 8/9 novembre 2007
Strumenti gestionali nelle strutture residenziali - Padova 4/5 dicembre 2007
Motivazione e professione: per essere e per fare - Padova 6/7 dicembre 2007
Management sanitario: la turnistica - Padova 13/14 dicembre 2007
Info. formazioneinagora@virgilio.it tel. fax 049/8703457 cell. 346/2152759

AZIENDA OSPEDALIERA S.ANNA

La gestione del rischio biologico: aspetti epidemiologici ed organizzativi - Como ed. 9 ottobre 2007
Formazione del personale alla prevenzione della patologia acuta e cronica del rachide nello spostamento dei carichi, durante l'assistenza dei soggetti non autonomi - Como 1°ed. 28/29 settembre 2007; 2° ed. 26/27 ottobre 2007; 3°ed. 16/17 novembre 2007; 4°ed. 30 novembre 1 dicembre 2007
Info. formazione.como@hsacomo.org tel. 031/5854166 fax 031/5854163

FORMAT

Tecniche di applicazione di bendaggio semplice in ortopedia e traumatologia - Cortina D'Ampezzo 12/13/14 luglio 2007
Corso avanzato di elastocompressione per lesioni vascolari - Cortina D'Ampezzo 26/27/28 luglio 2007
Infermiere e wound care: tra legislazione e nuove competenze - Cortina D'Ampezzo 27/28/29 agosto 2007
Info. info@formatsas.com www.formatsas.com tel. 0533/713275 0533/717314

ISTITUTO DI BIOETICA

Corso di formazione in bioetica - Dobbiaco (Bz) 20-30 agosto 2007
Info. anver@mclink.it tel. 06/4070789 fax 06/4076279



Direttore Responsabile: Stefano Citterio
Responsabile Comitato di Redazione: Citterio Stefano
Componenti: Valeria Emilia Belluschi, Paola Pozzi, Silvia Villa
Segreteria di Redazione: Daniela Sereni, Daniela Zanini
Sede, Redazione, Amministrazione: Collegio IPASVI -
 Viale C. Battisti, 8 - 22100 Como
Proprietario: Collegio IPASVI - Como
Impaginazione e stampa: Elpo Edizioni - Como
 www.elpoedizioni.com
Foto di copertina: illaboratorioblu.it
 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 25 giugno 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) ed accompagnato da un breve riassunto (max 200 parole). Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità e vanno numerate progressivamente e/o accompagnate da didascalie. Vanno indicati con chiarezza, il nome, cognome, qualifica e l'indirizzo di riferimento dell'/degli autore/i.

Le note bibliografiche devono essere essenziali e limitate agli autori citati nel testo.

Ogni articolo è sotto la diretta responsabilità dell'autore/i ed è sottoposto all'insindacabile giudizio del Comitato di Redazione.

Se lo riterrà opportuno, il Comitato di Redazione proporrà delle modifiche che devono essere accettate dall'autore/i.

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

Gli articoli o contributi devono pervenire alla sede del Collegio IPASVI Como, viale C. Battisti, 8 su dischetto in formato Word, oppure via e-mail all'indirizzo info@ipasvicomo.it.

Il Comitato di Redazione ringrazia fin da ora chiunque vorrà contribuire alla continuità ed allo sviluppo della rivista.

Il mondo è rotondo

Un giorno sento in televisione
 che c'è stata una gran riunione
 per discutere la situazione
 di tutti i poveri del sud del mondo.
 Io che son solo un vagabondo
 ascolto perplesso e mi domando:
 il sud del mondo, esiste? da quando?

Per me questa strana definizione
 non è che una semplice invenzione
 di chi pretende in questo mondo
 di essere primo e mai secondo?

Se un poco meglio ci ripenso
 mi dico: "ci sarà pure un senso
 se Colui che ha creato il mondo
 l'ha fatto proprio bello rotondo".

Da sud da nord da ovest o levante
 ciascuno dal centro è equidistante
 e anche se ci giri in tondo
 non troverai un primo o un secondo,
 ma in verità benché rivali
 siamo nel mondo tutti uguali.

Certo per ogni paese che abbonda
 ce ne sarà uno che affonda,
 ma anche la sorte gira in tondo
 chi oggi è a galla domani va a fondo

Ma quale sarà il nostro futuro?
 Io penso, ma non ne sono sicuro,

che del, nord, del sud, dell'est od occidente
 non si parlerà proprio per niente
 poiché in meno di un secondo
 potremo arrivare ovunque nel mondo...

...oppure il futuro sarà diverso
 ed accadrà proprio l'inverso
 e sentiremo in televisione
 di una nuova grande riunione
 in cui scienziati che hanno studiato
 dimostreranno con precisione
 "che il mondo è sempre stato quadrato".

(Losca)



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 Collegi

Data apertura

iscrizioni:

mercoledì 26

settembre 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

26 ottobre 2007

Programma

Docente IPAFD Verga Pierluigia

25

Lavorare in gruppo: stimolo o sopravvivenza?

Ore 9.00 - 9.15

- ▷ Presentazione del corso, della conduttrice e dei partecipanti
Pierluigia Verga

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

- ▷ Équipe, 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'équipe

Ore 11.15 - 12.15

- ▷ Caratteristiche necessarie e sufficienti del lavoro in équipe

Ore 12.15 - 13.00

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

Dinamiche psicologiche all'interno dell'équipe

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:

€ 40,00 IPASVI

Como

€ 80,00 IPASVI iscritti

ad altri Collegi

Destinatari:

Infermieri; Infermieri

Pediatrici

Posti a disposizione:

n. 27 IPASVI Como

n. 3 IPASVI iscritti

ad altri Collegi

Data aperturaiscrizioni:**mercoledì 25 luglio****2007** e fino

ad esaurimento

posti (vedi modalità

iscrizioni eventi

formativi)

Crediti: 14 crediti**ECM - CPD**

Risk Management e Professione Infermieristica: valutazione, controllo, responsabilità

In collaborazione con Centro Studi e Formazione Fatebenefratelli

**Como - Centro Cardinal Ferrari
5/6 settembre 2007**

5 settembre

9.00 - 11.00

- ▷ Risk management: concetti di base e definizioni
- ▷ Risk management: quali e quanti perchè - Relazione

11.00 - 12.30

- ▷ Aspetti epidemiologici del rischio in sanità: prevalenza e incidenza - Relazione

12.30 - 13.30

- ▷ Pausa pranzo

13.30 - 15.00

- ▷ Dalla "caccia al colpevole" alla "ricerca della soluzione": influenza dei modelli culturali - Relazione

15.00 - 16.30

- ▷ I fondamenti dell'analisi di rischio: classificazione degli errori - tecniche di analisi e valutazione - Relazione

16.30 - 18.00

- ▷ Analisi delle situazioni e realtà locali: esempi, eventi e casi illustrati dai partecipanti. Confronto dibattito con il docente

18.00

- ▷ Conclusione della giornata

6 settembre

9.00 - 11.00

- ▷ La professione infermieristica e la gestione del rischio: errore e quasi errore aree di maggior esposizione al rischio strategie e prospettive - Relazione

11.00 - 12.30

- ▷ I fondamenti dell'analisi di rischio: scomposizione e simulazione del processo- Esercitazione

12.30 - 13.30

- ▷ Pausa pranzo

13.30 - 15.30

- ▷ Qualità, accreditamento e gestione del rischio: modelli e opportunità - Relazione

15.30 - 16.30

- ▷ ICT e risk management: information communication technology come valore aggiunto - Relazione

16.30 - 18.00

- ▷ Infermiere e gestione del rischio: aspetti normativi e responsabilità professionale - Relazione

- ▷ Confronto dibattito con il docente

18.00

- ▷ Conclusione della giornata



Costo:

€ 60,00 IPASVI

Como

€ 120,00 IPASVI

iscritti ad altri Collegi

Destinatari:

Infermieri; Infermieri

Pediatrici; Assistenti

Sanitari

Posti a disposizione:

n. 27 IPASVI Como

n. 3 IPASVI iscritti ad
altri Collegi

Data apertura

iscrizioni:

mercoledì 12

settembre 2007 e
fino ad esaurimento
posti (vedi modalità
iscrizioni eventi
formativi)

Il counseling per la relazione d'aiuto

In collaborazione con Centro Studi e Formazione Fatebenefratelli

**Como - Centro Cardinal Ferrari
10/11/12 ottobre 2007**

10 ottobre

27

9.00 - 9.30

▽ Apertura giornata

- ▷ Presentazione docente, corso, metodologia ed obiettivi
- ▷ Presentazione aula

9.30 - 10.30

- ▷ Introduzione alla comunicazione: definizione di comunicazione; funzione della comunicazione

10.30 - 12.00

- ▷ Tecniche di base per la relazione interpersonale
- ▷ I tipi di comunicazione: comunicazione verbale/comunicazione non verbale

12.00 - 12.30

- ▷ Esercitazione su comunicazione verbale e non verbale
- ▷ Discussione e commenti

12.30 - 13.30

- ▷ Pausa pranzo

13.30 - 15.30

▽ Regole della comunicazione:

- ▷ gli assiomi della comunicazione
- ▷ la cooperazione nella comunicazione

15.30 - 16.30

▽ Analisi Transazionale:

- ▷ stati dell'io strutturali e funzionali; le transazioni
- ▷ le regole della comunicazione in base alle transazioni

16.30 - 17.00

▽ Come comunicare efficacemente nell'ambito delle relazioni d'aiuto:

- ▷ definizione di relazione d'aiuto
- ▷ introduzione alla relazione d'aiuto

17.00 - 17.30

- ▷ Esercitazione su osservazione e riconoscimento degli Stati dell'io all'interno di una relazione d'aiuto

17.30 - 18.00

- ▷ Discussione sui temi trattati
- ▷ verifica e questionario conclusivo



9.00 - 9.30

- ▷ Presentazione della giornata
- ▷ Metodologia, obiettivi e raccordo con i temi della giornata precedente

9.30 - 10.30

- ▽ La comunicazione nella relazione d'aiuto:
 - ▷ comunicazione e ruoli
 - ▷ il triangolo drammatico di Karpman

10.30 - 11.00

- ▷ Lavoro di gruppo sui ruoli nella relazione

11.00 - 12.00

- ▽ L'analisi della richiesta:
 - ▷ messaggio sociale e messaggio psicologico

12.00 - 12.30

- ▷ Esercitazioni e discussione materiale emerso

12.30 - 13.30

- ▷ Pausa pranzo

13.30 - 15.00

- ▽ I giochi psicologici:
 - ▷ definizione e principali modalità di analisi

15.00 - 15.30

- ▷ Lavoro di gruppo volto al riconoscimento degli schemi di gioco psicologico

15.30 - 16.30

- ▽ Le motivazioni inconscie dei giochi:
 - ▷ alternative di risposta
 - ▷ utilizzo dei riconoscimenti

16.30 - 17.30

- ▷ Esercitazioni di gruppo e analisi dei casi

17.30 - 18.00

- ▷ Discussione sui temi trattati, verifica e questionario conclusivo

9.00 - 10.00

- ▽ Il setting della relazione di aiuto:
 - ▷ definizione di setting
 - ▷ regole e variabili del setting

10.00 - 11.00

Il contratto di relazione: definizione, tipologie, metodo contrattuale

11.00 - 11.30

- ▷ Esercitazione sul metodo contrattuale

11.30 - 12.00

- ▷ Discussione e commenti

12.00 - 12.30

- ▽ L'ascolto attivo e la teoria dei riconoscimenti:
 - ▷ definizione e tipologie di riconoscimenti
 - ▷ strumenti e risorse per sviluppare le proprie capacità nella relazione di aiuto



12.30 - 13.30

▷ Pausa pranzo

13.30 - 15.00

▷ Tecniche di comunicazione empatica:
l'ascolto attivo e la gestione dei riconoscimenti

15.00 - 15.30

▷ Esercitazione sulle tecniche di comunicazione empatica

15.30 - 16.00

▷ Discussione e commenti

16.00 - 17.30

▷ Analisi di un'esperienza portata dai partecipanti

17.30 - 18.00

▷ Discussione di gruppo sui temi trattati, verifica e questionario conclusivo

29

MODALITÀ DI ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI

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

Collegio IPASVI Como Scheda di iscrizione per eventi formativi

Titolo evento Data

Cognome Nome

Indirizzo.....

Recapito telefonico.....

Data e luogo di nascita

Codice fiscale

Qualifica

Collegio di appartenenza

Sede di lavoro

N. tessera Data di iscrizione

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

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



POCHI INFERMIERI.... MA NON TROPPO. Interessante analisi sul fenomeno "carenza infermieri"

Secondo il rapporto OASIS 2006, la carenza di personale infermieristico in Italia non sarebbe così drammatica come indicato da diverse stime effettuate partendo dalle carenze valutate negli organici delle aziende oppure da un confronto con gli indici statistici dei principali paesi Europei che vedono l'Italia tra i fanalini di coda nel rapporto infermieri per 1000 abitanti (5,4 infermieri ogni 1000 abitanti, contro i 7,5 della Francia, i 7,9 degli USA e i 9,2 del UK e i 9,6 della Germania).

L'analisi del Cergas Bocconi cerca di mettere in evidenza alcuni punti critici di queste stime circa l'attendibilità delle dotazioni organiche legate più a dati storici che a criteri metodologici rigidi, la reale confrontabilità tra gli indici dei diversi paesi considerando la variabilità delle figure professionali e le loro reali attribuzioni, la diversa distribuzione del rapporto tra medici e infermieri nelle regioni italiane (tab. 1) che attesterebbe la differente suddivisione del lavoro e renderebbe poco credibili i fabbisogni individuati, la difficoltà di alcune agenzie per il lavoro di trovare occupazione per i propri infermieri e, per finire il numero elevato di medici (rispetto alle altre nazioni) che fa pensare che da noi si dedichino ad attività altrove svolte da infermieri.

Tabella 1 - Rapporto tra Infermieri e Medici dipendenti del Ssn (2004)

Regioni	Rapp.	Regioni	Rapp.
Piemonte	2,4	Umbria	2,5
Valle D'Aosta	2,5	Marche	2,8
Lombardia	2,8	Lazio	2,2
Pa Bolzano	3,5	Abruzzo	2,3
Pa Trento	3,0	Molise	2,3
Veneto	3,2	Campania	2,2
Friuli VG	3,4	Puglia	2,2
Liguria	2,8	Basilicata	2,4
Emilia R.	3,0	Calabria	2,0
Toscana	2,9	Sicilia	1,8
Sardegna	2,2	ITALIA	2,5

Anche l'analisi della Bocconi, comunque, evidenzia una carenza effettiva di infermieri, spingendosi anche a possibili spiegazioni:

- livelli retributivi insufficienti;
- status professionale che risente di alcuni caratteri propri dell'origine della professione: femminile, "vocazionale" e subordinata al medico;
- condizioni di lavoro caratterizzate da turni, alto coinvolgimento (rischio burn-out), ritmi crescenti;
- scarsa sostituibilità tra le diverse professioni, che limita l'efficienza;
- la crisi della famiglia tradizionale con aumento delle donne lavoratrici e riduzione della offerta di assistenza familiare.

L'analisi proposta da Carlo De Pietro, infine, propone le risposte di politica e di management riscontrate nelle diverse esperienze, per affrontare tale situazione di carenza (tabella due).



Tabella 2 - Possibili risposte alla carenza di Infermieri

Risposte di POLICY	Risposte di MANAGEMENT
Programmazione del fabbisogno	Chiusura e accorpamenti reparti
Rafforzamento competenze personale di supporto	Mobilità del personale tra le diverse aree
Miglioramento condizioni contrattuali	Revisione dei piani di lavoro e recupero di infermieri da attività improprie
Reclutamento dall'estero/evitare che italiani vadano all'estero	Modifica turnistica
Aumento ore lavorate	Reclutamento dall'estero o di Liberi professionisti
Ritardare la fuoriuscita dalla professione	Acquisto di prestazioni aggiuntive
Aumentare iscritti al corso di laurea	Riduzione presenze in alcune fasce orarie
Richiamare chi è uscito prematuramente	Reperibilità per assenze improvvise
	Foresterie per attrarre infermieri non residenti
	Sospensione della formazione

Nella sua analisi De Pietro fornisce anche elementi che evidenziano quanto sinora si è fatto su ciascuno dei punti sintetizzati in tabella due.

(fonte: Ilsole24oreSanità n. 22, 5-11 giugno 2007)

Ecm: spaccatura e conflitto al tavolo misto incaricato di ridisegnare i percorsi

L'ECM non sa ancora che fine farà. Le nuove regole, che dovevano essere pronte da febbraio, sono necessarie per superare la fase sperimentale e di proroga permanente in cui versa la formazione continua nazionale ormai da troppo tempo. Per il momento è stata decisa una ulteriore proroga fino a fine luglio, ma i punti di discussione sono diversi. Il più importante, da un punto di vista tecnico, riguarda la governance, ovvero su come deve essere distribuita la catena dei poteri nei diversi livelli implicati, il contrasto consiste nell'equilibrio da ricercare tra la valenza nazionale o regionale del sistema di sviluppo professionale. Gli ordini e i collegi si candidano ad essere provider e gestori unici della anagrafica nazionale dei crediti formativi acquisiti, rivendicando ruoli attivi.

Fondamentalmente si scontrano due concezioni di ECM, la prima vede la formazione continua come "manutenzione" del singolo professionista mentre la seconda la considera uno strumento destinato alla crescita delle organizzazioni che utilizzano la risorsa professionale. Spetta alla politica il difficile compito di mediare queste due visioni.

(fonte: Ilsole24oreSanità n. 14, 10-16 aprile 2007, sito ECM Ministero della Salute)



A PROPOSITO DI SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, SISTEMA SALUTE E INFERMIERI...

Il SSN è un servizio fondamentale per il benessere dei singoli e della collettività ed è un sistema che vede crescere esponenzialmente la sua complessità, che affronta problemi crescenti, che si impegna a gestire e superare criticità strutturali, economiche, tecnologiche, assistenziali ed organizzative.

Vi accadono eventi difficili, dolorosi e drammatici, ma è anche un sistema in cui si intersecano valori etici e sociali, attenzione all'altro, competenze ed esperienze, studio e ricerca, sviluppo tecnologico e scientifico, innovazione organizzativa e assistenziale ed un grande impegno lavorativo e professionale di tanti professionisti sanitari, tra cui gli infermieri.

Gli infermieri

che nell'ultimo decennio, passo dopo passo, hanno ottenuto un profondo cambiamento dei loro percorsi formativi; si sono impegnati per innovare il loro modo di fare assistenza, di relazionarsi con gli altri professionisti e con le persone assistite; hanno adeguato i loro standard professionali a quelli dei Paesi europei più avanzati; hanno prodotto studi e ricerche; hanno proposto e propongono nuovi modelli organizzativi e assistenziali; hanno contribuito e continuano a promuovere la realizzazione di modalità assistenziali più efficaci e coerenti con l'evoluzione epidemiologica e demografica del Paese e con le necessità di cambiamento del sistema salute in cui sono inseriti.

Nonostante questo, un noto editorialista di un altrettanto noto quotidiano nazionale, in alcuni recenti articoli, ha scritto che:

- l'ineluttabile destino professionale degli infermieri è di essere "paramedici";
- il loro percorso di professionalizzazione anche gestionale, sostenuto dall'OMS, da studiosi ed esperti di caratura nazionale ed internazionale e dalle leggi di questo Paese è da considerarsi "aberrante";
- l'affrancamento da antiche sudditanze e obsolete gerarchie, l'impegno verso l'integrazione dei saperi e dei diversi percorsi professionali, anche di tipo organizzativo/gestionale, è segno di schizofrenica ricerca di carriere parallele;
- la loro crescita professionale potrebbe produrre carenze nell'assistenza...

Gli infermieri e la Federazione Ipasvi

dopo il momento dell'irritazione e degli interrogativi, hanno riflettuto e vogliono con forza sostenere:

- che l'integrazione professionale e il lavoro di squadra sono una necessità ineludibile per ogni organizzazione sanitaria moderna ed efficace;
- che esiste distinzione tra la linea clinico/assistenziale e la linea organizzativo/gestionale;
- che il ritorno a rigide gerarchie tra professioni, non solo è anacronistico, ma risponde a vecchie logiche di potere che si risolvono in un danno per il cittadino, a cui servono i diversi e integrati saperi per un'assistenza personalizzata e di qualità;
- che tutti loro, anche quelli con laurea triennale, quinquennale e master, non hanno mai smesso e non smetteranno mai di fare le prestazioni necessarie all'assistenza e al benessere dei cittadini, 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno;
- che continuano ad impegnarsi e si impegneranno quotidianamente, anche nelle condizioni difficili che oggi attraversa il sistema sanitario, a contribuire al funzionamento degli ospedali italiani e a garantire l'assistenza a chi ne ha bisogno, con serietà e grande senso di responsabilità.

340mila infermieri e la Federazione che li rappresenta chiedono

un confronto e un dibattito serio e costruttivo basato sui fatti e non sugli stereotipi, in cui esserci con la serenità e la maturità che vogliono li contraddistingua sempre.

Annalisa Silvestro

**Presidente della Federazione nazionale
Collegi degli Infermieri**

IL COMITATO CENTRALE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE IPASVI E I COLLEGI PROVINCIALI IPASVI DI:

AGRIGENTO alessandria ANCONA aosta AREZZO ascoli piceno ASTI avellino BARI belluno BENEVENTO bergamo BIELLA bologna BOLZANO brescia BRINDISI cagliari CALTANISSETTA campobasso-isernia CASERTA catania CATANZARO chieti COMO cosenza CREMONA crotone CUNEO enna FERRARA firenze FOGGIA forlì-cesena FROSINONE genova GORIZIA grosseto IMPERIA l'aquila LA SPEZIA latina LECCE lecco LIVORNO luca MACERATA mantova MASSA CARRARA MATERA MESSINA milano-lodi MODENA napoli NOVARA-VERBANIA nuoro ORISTANO padova PALERMO parma PAVIA perugia PESARO-URBINO pescara PIACENZA pisa PISTOIA pordenone POTENZA prato RAGUSA ravenna REGGIO CALABRIA reggio emilia RIETI rimini ROMA rovigio SALERNO sassari SAVONA siena SIRACUSA sondrio TARANTO teramo TERNI torino TRAPANI trento TREVISO trieste UDINE varese VENEZIA vercelli VERONA vibo valentia VICENZA viterbo