



Ottobre 2007 - N. 36

# Algorà

*Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como*



**Editoriale**

Accordo Stato regioni sulla funzione di coordinamento.  
Un'occasione persa?

**2**

Contributi sindacati sul contratto  
Accordo sulla funzione di coordinamento

**4****Professione e Responsabilità**

La documentazione sanitaria

**17****È evidente che...**

La termoregolazione del neonato durante la Kangaroo Care

**21****Cure Complementari**

La floriterapia: una risorsa preziosa per l'infermiere/ostetrica

**24****Etica e Deontologia:**

Codice deontologico dell'infermiere: quale idea di persona esprime?

**27**

Commissione esercizio

**30****Articoli originali:**

ECM: dopo la sperimentazione... cosa cambia

**31****Articoli originali:**

La formazione continua: diritto, dovere, opportunità. Esperienza in R.S.A.

**34****Articoli originali:**

Indagine di prevalenza sulle lesioni da decubito (LDD)

**37****News from the Web****41****Notizie in pillole****41****L'angolo della poesia**

"Stagioni"

**44**

Voucher formativo

**45**

Bacheca

**47**

## ACCORDO STATO REGIONI SULLA FUNZIONE DI COORDINAMENTO Un'occasione persa?

Dott. Stefano Citterio  
Presidente Collegio IPASVI Como

*Lo scorso primo agosto, nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, è stato siglato il tanto annunciato e atteso accordo sulla funzione di Coordinamento (vedi pagine seguenti) previsto ai sensi dell'articolo 6, comma tre, della legge n. 43/2006.*

*Le aspettative erano elevate considerando che la stessa legge 43/2006 si era limitata ad indicare i criteri generali per l'attribuzione delle funzioni di coordinamento rimandando a questo accordo la definizione concreta delle modalità di attivazione della funzione di coordinamento a livello Nazionale.*

*Gli interrogativi sollevati riguardavano la modalità di effettuazione del corso, le modalità di attribuzione (temporanea o permanente) e coinvolgevano in particolare le numerose persone che durante i 15 anni di vacanza normativa (ricordiamoci che il corso per caposala è stato abrogato nel 1993) hanno dovuto ricoprire tale funzione.*

*Una prima bozza dell'accordo era circolata a febbraio 2007 (vedi agorà n. 34 - [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it)) in parte ripresa per la versione definitiva.*

*In senso generale e a parziale beneficio di quanto si dirà successivamente, va detto che il modello che è stato proposto nella legge è il medesimo modello previsto nella norma di istituzione delle Scuole-Convitto per Infermiere del 1925. Anche allora per fare il Caposala occorreva un anno di formazione aggiuntiva dopo la formazione di base. Già questo pone una serie di interrogativi circa il reale valore di quanto raggiunto con la legge 43/06 anche se non va dimenticato il contesto dentro il quale si è giunti all'approvazione di questa fondamentale norma per la professione. Altro elemento di significativa problematicità di questo impianto è l'aver attribuito al Master un valore che, invece, per sua natura non può sostenere. I Master, nella normativa attuale non sono veri e*



propri titoli di studio Universitari (come la laurea triennale o la Magistrale); essi sono definiti “corsi di perfezionamento scientifico e di alta formazione permanente e ricorrente”, ed i loro regolamenti didattici sono disciplinati da ciascuna università.

Di conseguenza sono maggiormente soggetti alla Autonomia degli Atenei (che di per sé non costituisce problema) ma che rischia di complicare alcune ricadute organizzative per la gestione della funzione stessa.

Corretta, invece, a mio parere è la scelta di non entrare nel merito dei contenuti della funzione di coordinamento, evitando in questo modo di emanare una sorta di profilo del coordinatore che avrebbe complicato ulteriormente l'attuale matassa legislativa e le possibili ricadute a livello organizzativo-gestionale.

L'articolo 1, dell'accordo, dopo aver richiamato i riferimenti alla legge 43, entra nel merito del percorso formativo che deve avere una durata minima di un anno, essere effettuata nelle Università (perché solo lì?) e deve prevedere un tirocinio di almeno 500 ore.

Rispetto alla bozza del 9 febbraio u.s., è sparita la denominazione di “formazione residenziale obbligatoria”, affermazione che era stata ben accolta dalla nostra Federazione visto il proliferare dei corsi on-line.

Stupisce la genericità complessiva dei contenuti espressi nell'intero accordo e il conseguente rimando al prossimo CCNL sia della disciplina transitoria sia delle modalità per il conferimento dell'incarico (articolo 2, commi 1 e 2) senza avere dato nessuna indicazione ulteriore se non quanto già espresso dalla legge 43/06.

Consideriamo che il predetto accordo avrebbe dovuto disporre “...i criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private...”. Oltre a non esserci traccia di “criteri e modalità”, se non quanto già noto, appare anche riduttivo, per quanto maggioritario, il solo riferimento al CCNL del pubblico impiego poiché la figura dell'infermiere, ma anche quella delle altre professioni sanitarie, è presente in numerosi altri contratti.

Il risultato sarà: “contratto che vai funzione di coordinamento che trovi”?

Nell'articolo tre comma 1, viene fatta una affermazione che va letta come la possibilità che i master di

primo livello siano multidisciplinari in quanto l'intero impianto della legge 43/06 riguardava tutte le professioni sanitarie e di conseguenza, quanto affermato sulla funzione di coordinamento comprendeva anche le professioni di ostetrica, della riabilitazione, tecnico sanitarie e della prevenzione.

Considerando la trasversalità delle funzioni gestionali e di coordinamento non mi pare ci siano particolari obiezioni a questo proposito, vista anche la possibile difficoltà per certi profili ad attivare specifici master.

Va sottolineato però, che la legge 43/06 precisa che il coordinamento deve avvenire attenendosi al profilo di appartenenza (non pone neanche la possibilità del riferimento alla Classe di Laurea). Quindi: formazione in comune ma funzioni di coordinamento distinte. Con il comma 2 dell'articolo 3, viene “scaricato” sul livello regionale il problema rilevante della acquisizione del titolo di studio per tutti coloro che attualmente svolgono funzioni coordinamento senza possederlo. Nella precedente bozza era stato indicato che, queste persone, avrebbero potuto iscriversi in soprannumero ai corsi universitari per il conseguimento del Master.

Anche se, la “disciplina transitoria volta a salvaguardare i diritti quesiti” prevista nell'articolo 2, comma 1, prefigura una sanatoria per tutti coloro che si ritrovano in questa situazione.

L'articolo 4 dell'accordo, è quello più ardito, visto che blocca gli effetti dell'articolo 6 della legge 43/06 fino all'entrata in vigore del CCNL. Viene quindi affermato che un accordo stato-regioni supera, nei fatti, il valore di quanto definito da una legge dello Stato. Mi pare che questo possa creare non pochi problemi in caso di eventuali contenziosi.

Elemento che appare con maggiore chiarezza è l'assenza di oneri aggiuntivi che deve avere l'istituzione di questa funzione ribadita in premessa, nell'articolo 2 e nell'articolo 5 commi 1 e 2. Per un così breve articolato è quasi un record.

Un'ultima osservazione riguarda il metodo. La prima bozza del febbraio 2007 aveva visto il coinvolgimento della Federazione Nazionale che invece non è stata consultata e nemmeno pre-informata delle importanti modifiche attuate con il nuovo accordo.

Lascio a voi ogni ulteriore commento e la risposta all'interrogativo del titolo.

**È stata persa una occasione?**





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

4

**Accordo, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, della legge 1 febbraio 2006, n. 43 e dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute concernente l'istituzione della funzione di coordinamento per i profili delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6 della legge 1 febbraio 2006, n. 43.**

Rep. Atti n. <sup>163/CS</sup> del... <sup>1° agosto 2007</sup>

**LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E  
LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO**

Nella odierna seduta del 1° agosto 2007:

**VISTO** l'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281 che attribuisce a questa Conferenza la facoltà di sancire accordi tra il Governo e le Regioni e le Province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

**VISTO** l'articolo 6 della legge 1 febbraio 2006, n. 43, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico – sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", che:

- al comma 2, dispone che per i profili delle professioni sanitarie può essere istituita la funzione di coordinamento, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;
- al comma 3, dispone che i criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio – sanitarie pubbliche e private sono definiti con apposito accordo, ai sensi del predetto articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della Salute e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;
- ai commi 4 e 5, individua i requisiti per l'esercizio della funzione di coordinamento;

**VISTA** la lettera in data 9 febbraio 2007, con la quale il Ministero della salute, in attuazione del predetto articolo 6, comma 3, della legge 1° febbraio 2006, n. 43, ha inviato una prima versione dello schema di accordo in oggetto;

**CONSIDERATO** che, nel corso della riunione tecnica svoltasi il 6 marzo 2007, le Regioni hanno formulato una serie di osservazioni sullo schema di accordo, che i rappresentanti del Ministero della





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

salute hanno fatto riserva di valutare ai fini della stesura di una nuova versione dello schema medesimo;

**VISTA** la lettera in data 26 aprile 2007, con la quale il Ministero della salute ha inviato la nuova stesura della proposta di accordo in oggetto, che tiene conto delle modifiche proposte dalle Regioni nel corso dell'anzidetto incontro tecnico del 6 marzo 2007 e ha rappresentato che il nuovo testo recepisce anche le osservazioni formulate dalle Organizzazioni sindacali;

**CONSIDERATO** che, nel corso di una ulteriore riunione tecnica svoltasi il 5 luglio 2007, si è convenuto sulla necessità di predisporre un nuovo schema di accordo che, previamente concertato con le Amministrazioni centrali interessate, tenesse conto delle osservazioni aggiuntive formulate nel corso della medesima riunione dalle Regioni;

**VISTA** la nota del 25 luglio 2007, con la quale il Ministero della salute ha inviato la definitiva stesura della proposta di accordo in oggetto, rappresentando che la medesima è stata concertata con il Ministero dell'economia e delle finanze e con il Dipartimento della Funzione pubblica;

**VISTA** la lettera in data 27 luglio 2007, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso parere favorevole sulla predetta definitiva versione dello schema di accordo in parola;

**ACQUISITO**, nell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di accordo da ultimo pervenuto dal Ministero della salute con lettera in data 25 luglio 2007;

**SANCISCE ACCORDO**

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, nei seguenti termini:

**Art. 1**

1. Ai fini dell'accesso alla funzione di coordinamento, fatto salvo quanto previsto dal successivo art. 2, è necessario essere in possesso dei requisiti stabiliti dall'art. 6, commi 4 e 5, della legge 1 febbraio 2006, n. 43.





## Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PARIVARIANTI PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

6

2. La durata minima del master di cui al citato articolo 6, comma 4, della legge 1 febbraio 2006, n. 43, è annuale. La formazione deve essere effettuata nelle Università e deve prevedere l'espletamento di un tirocinio formativo obbligatorio di almeno 500 ore, da espletarsi presso aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliero-universitarie, enti classificati e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

### Art. 2

1. Al fine di istituire la funzione di coordinamento appare opportuno armonizzare la normativa contrattuale con le disposizioni contenute nell'art. 6 della legge dell'1 febbraio 2006 n. 43. A tali fini Il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano con il presente accordo danno mandato al Comitato di Settore per l'inserimento, nell'ambito dell'atto di indirizzo per l'apertura delle trattative, dei principi previsti dal presente accordo e finalizzati alla modifica delle norme contrattuali che attualmente regolano il conferimento dell'incarico di coordinamento, con la previsione anche di una disciplina transitoria volta a salvaguardare i diritti quesiti.
2. In sede contrattuale saranno definite le modalità per il conferimento dell'incarico di coordinamento.
3. L'attuazione dei commi 1 e 2 non deve comportare effetti di maggiore onere sul livello di finanziamento del contratto collettivo nazionale di comparto quantificato secondo i criteri ed i parametri previsti per tutto il pubblico impiego.

### Art. 3

1. Oltre che ai profili professionali infermieristici, è consentito l'accesso ai corsi di master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento anche al personale appartenente ai profili professionali di ostetrica, riabilitativi, tecnico-sanitari e della prevenzione.
2. A livello regionale saranno individuate idonee modalità per favorire la partecipazione ai master, di cui all'art. 6, comma 4, del personale già incaricato delle funzioni di coordinamento alla data del presente Accordo, ai sensi della vigente normativa contrattuale.
3. L'accesso e la partecipazione ai corsi di master di cui ai commi 1 e 2 devono comunque avvenire nel rispetto della normativa legislativa e contrattuale vigente in materia.

### Art. 4

1. Sino all'entrata in vigore del C.C.N.L. di disciplina dei contenuti di cui al presente accordo, gli incarichi di coordinamento continuano ad essere conferiti secondo la vigente normativa contrattuale. In caso di parità di punteggio e/o di valutazione, nell'ambito della contrattazione





Presidenza  
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DEL TIRRENTINO E BOLZANO

aziendale sarà riconosciuto carattere preferenziale al possesso del master e del certificato di abilitazione alle funzioni direttive, di cui all'art. 6, commi 4 e 5 della citata legge n. 43/2006.

Art. 5

1. Ai sensi dell'art. 6, comma 2, della suddetta legge n. 43/2006 l'istituzione della funzione di coordinamento non deve comportare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.
2. Contestualmente è fatto obbligo, per tutte le organizzazioni sanitarie e socio - sanitarie pubbliche e private, di sopprimere nelle piante organiche, relative ai profili professionali infermieristici, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitario e della prevenzione, un numero di posizioni effettivamente occupate ed equivalenti sul piano finanziario.

IL SEGRETARIO  
Avv. Giuseppe Busia

IL PRESIDENTE  
On.le Prof. Linda Lanzillotta

## NUOVI ORARI DI SEGRETERIA

**I nuovi orari di segreteria sono i seguenti:**

**DA LUNEDÌ A VENERDÌ  
8.30/12.00 - 14.00/16.30**



Come annunciato nello scorso numero di Agorà, abbiamo chiesto alle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative nella nostra Provincia, un commento/contributo circa i possibili sviluppi contrattuali per il c.d comparto sanità, alla luce dei recenti accordi circa la componente economica. Pubblichiamo di seguito i contributi pervenuti.

COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI - VIGILATRICI D'INFANZIA  
DELLA PROVINCIA DI COMO  
Ist.ai sensi Legge 29-10-54 n. 1049



Como, 28 GIU. 2007

prot. 1874/07

Alla c.a  
Segreterie Provinciali

CGIL  
Via Italia Libera,23  
22100 COMO  
Sig.ra LUCIA CASSINA

CISL  
Via Brambilla,24  
22100 COMO  
Sig. GIUSEPPE LANDI

UIL  
Via Torriani,27  
22100 COMO  
Sig. SALVATORE MONTEDURO

UGL  
Via F. Anzani, 9  
22100 COMO  
Sig. GUIDO ANDRIOLO

F.S.I.  
Federazione Sindacati Indipendenti  
Via Brianza, 6/b  
22030 MONTORFANO  
Sig. WALTER TOMASSINI

**Oggetto: nuovo contratto del comparto sanità pubblico impiego- richiesta di articolo per Agorà**

Con la presente siamo a richiedere, come già accaduto in passato, un vostro contributo circa gli indirizzi che l'Organizzazione Sindacale che voi rappresentate nella nostra provincia, intende assumere per il prossimo rinnovo contrattuale del comparto sanità del pubblico impiego.

In particolare gli infermieri che rappresentiamo chiedono di conoscere come sarà impostata da parte delle OO.SS. la discussione della parte normativa con particolare riferimento al riconoscimento delle funzioni specialistiche e di coordinamento alla luce di quanto disposto dalla Legge 43/06, nonché sulle ulteriori possibilità di valorizzazione professionale compreso il problema della incompatibilità e del riconoscimento della libera professione infermieristica.

E' nostra intenzione pubblicare il vostro autorevole parere sul numero di settembre p.v. della nostra rivista trimestrale Agorà. Ricordiamo che la rivista è anche consultabile on-line nel sito web del Collegio IPASVI di Como.

Considerando la vastità degli argomenti che potrebbero essere toccati nello stendere un articolo su queste tematiche e la necessaria sintesi richiesta, pensiamo di fare cosa gradita allegando il testo dell'ultimo editoriale della rivista quale spunto di partenza e confronto sulla questione.

Vi chiediamo, se lo riterrete opportuno, di commentare e reagire alle proposte contenute nell'editoriale in questione.

Ringraziandovi anticipatamente per il contributo che vorrete inviarci e rimanendo a disposizione per eventuali chiarimenti si porgono distinti saluti.



Il Presidente IPASVI Como  
Dott. Stefano Citterio



# Ipotesi di piattaforma CCNL 2006/09 del Comparto Sanità: CONSIDERAZIONI

FUNZIONE  
PUBBLICA

CGIL

La tornata dei rinnovi contrattuali dei comparti pubblici si colloca in una fase politica complessa dove i rapporti fra le OO.SS. ed il Governo sono spesso caratterizzati da elementi di forte conflittualità. In particolare, le questioni legate ai lavoratori pubblici ed al lavoro pubblico sono state oggetto di serrato confronto negli ultimi mesi, a partire dal "reperimento" delle risorse disponibili per i rinnovi contrattuali. A questo quadro vi è poi da aggiungere la campagna denigratoria contro i lavoratori ed il lavoro pubblico sostenuta da alcuni importanti mezzi di comunicazione. Vi è, quindi, l'esigenza di rispondere con i rinnovi contrattuali sia alle richieste dei lavoratori in materia di salario e di diritti che alla valorizzazione del lavoro pubblico e all'ottimizzazione dei servizi.

Nella Sanità, perseguire questi obiettivi, è ancora più problematico, a fronte delle profonde trasformazioni del Sistema Sanitario Nazionale, anche a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, delle forti spinte alla privatizzazione delle attività anche "core" ed al sistemico ricorso al lavoro precario.

L'ipotesi di piattaforma si colloca in questo contesto difficile. È una proposta aperta ai contributi della discussione che avverrà nei posti di lavoro durante le consultazioni e risponde a delle criticità poste dai lavoratori, ma, purtroppo, non risolve delle problematiche importanti e, come sempre, pensiamo che porre attenzione alle negatività, pur riconoscendo che ci sono punti positivi, aiuta ad avere sempre la massima tensione verso il miglioramento.

Di seguito, perciò, esprimiamo alcuni di questi punti, rilevati durante incontri con i lavoratori.

Il recupero economico è, nel biennio economico

2006/07, decisamente insufficiente dato che la finanziaria del precedente Governo aveva stanziato risorse irrisorie che non sono state per il 2006 implementate: il reale aumento sarà solo da febbraio 2007!

Non è espresso in modo chiaro ed inequivocabile che al riconoscimento della maggiore formazione e assunzione di responsabilità del personale si debba provvedere con il Contratto nazionale tramite un inquadramento che preveda una retribuzione base significativamente più alta: non può essere lasciato al livello decentrato l'intervento su materie che sono state modificate tramite legge ( pensiamo, per esempio agli attuali studi per la laurea infermieristica).

Non è la soluzione dei problemi inserire una regolamentazione nazionale per le prestazioni aggiuntive previste dalla Legge 1/2002: si deve fare in modo che ci sia personale a sufficienza senza dover ricorrere a rientri continui e già previsti nei turni stessi, dato che un valore importante è anche rappresentato dalla qualità della propria vita.

È improprio collegare la lotta agli sprechi ad una retribuzione accessoria per i dipendenti del comparto, visto che loro non hanno funzioni dirigenziali e non possono incidere in modo decisionale sulle dinamiche gestionali.

È da respingere il ruolo attivo dei cittadini nella valutazione dei servizi, collegando ad esso anche quote economiche, poichè il loro giudizio è sempre emotivamente viziato, mentre è importante un loro ruolo consultivo.





**Federazione lavoratori  
Pubblici e dei  
Servizi  
Como**

È stata approvata il giorno 28 giugno 2007 l'ipotesi di piattaforma unitaria per rinnovo del CCNL 2006-2009 del comparto sanità pubblica, che verrà illustrata ai lavoratori per i contributi utili alla trattativa.

### **LA PREMESSA**

In questa parte sono richiamati tutti i principi introdotti dal memorandum e soprattutto abbiamo voluto declinare il rapporto tra il percorso di evoluzione e di riforma del sistema dei servizi sanitari con il percorso di sviluppo del lavoro pubblico, delle professioni, dei modelli organizzativi e dei contratti di lavoro.

Il Lavoro Pubblico il contratto della sanità pubblica rappresenta un'occasione per affermare il valore della funzione dei servizi pubblici e dei lavoratori che vi operano e la necessità di recuperare all'interno tutte le attività proprie del Servizio Sanitario Nazionale.

### **GLI OBIETTIVI GENERALI DELL'IPOTESI DI PIATTAFORMA:**

- Il recupero e l'incremento salariale, attraverso una piattaforma quadriennale per la parte normativa e che interessa entrambi i bienni per la parte economica.
- La stabilizzazione del lavoro precario.
- La reinternalizzazione dei servizi esternalizzati.
- La valorizzazione e l'integrazione delle nuove e maggiori competenze acquisite dagli operatori della sanità.
- La partecipazione dei lavoratori agli obiettivi meritocratici del memorandum attraverso un sistema di valutazione che riconosca il lavoro e la professionalità.
- L'introduzione di strumenti sanzionatori per il mancato rispetto dei contratti di lavoro da parte delle Amministrazioni.

L'accordo del 29 maggio ad integrazione dell'intesa del 6 aprile 2007: il rinnovo contrattuale deve valorizzare tutti i risultati ottenuti con l'accordo del 6 aprile e del 29 maggio, per tutti gli aspetti economici (101 euro medi di aumento), di valorizzazione del lavoro pubblico e della contrattazione decentrata.

### **PARTE ECONOMICA**

Questo capitolo contiene tutti gli obiettivi di breve e di lungo periodo da porre ai vari livelli contrattuali:

- Il rispetto dell'accordo del 29 maggio 2007 e di quanto concordato il 6 aprile relativamente agli obiettivi del memorandum, a difesa del potere di acquisto dei salari, e per la conferma della cifra dei 101 euro medi pro capite sull'ex 6° livello, che dovrà essere parametrata anche per la sanità sulle diverse categorie e sulla base degli addensamenti professionali.
- Le risorse per il secondo biennio 2008-2009 devono permettere di superare l'accordo di luglio 1993 e di definire aumenti in grado di realizzare il reale potere d'acquisto dei salari.
- La riduzione del differenziale economico fra le tre aree contrattuali: comparto- dirigenza medica-dirigenza sanitaria tecnica professionale amministrativa, tale obiettivo vuole porre l'attenzione sul problema di un salario non adeguato al livello di autonomia e professionalità raggiunto dagli operatori del comparto.
- Il riconoscimento di risorse aggiuntive regionali in quota non inferiore ai precedenti rinnovi contrattuali.



- Il recupero delle risorse finalizzate alle prestazioni aggiuntive riportando alla contrattazione le risorse e la regolamentazione delle stesse.
- La conferma dell'attuale sistema di finanziamento dei fondi contrattuali, questo obiettivo è stato inserito al fine di confermare in modo chiaro alle Regioni che non siamo disponibili a discutere la riduzione dell'attuale finanziamento dei fondi contrattuali.
- Il recupero nei fondi delle indennità di pronta disponibilità e relative quote di straordinario che sono retribuite oltre i limiti imposti dal contratto e che chiediamo siano finanziate dalle risorse dei bilanci aziendali in misura maggiorata. Inoltre abbiamo previsto la necessità di introdurre un sistema sanzionatorio per le strutture che non rispettano i limiti quantitativi indicati nel contratto di lavoro.
- La revisione del sistema delle indennità, affinché tutti gli operatori che sono sottoposti a uno specifico disagio, rischio professionale ecc... siano riconosciuti titolari di una determinata indennità a prescindere dal profilo professionale e dal luogo di lavoro.
- La richiesta del riconoscimento del disagio notturno nelle modalità e nella misura dell'indennità riconosciuta ai dirigenti sanitari medici e non medici con il precedente rinnovo contrattuale.

### **ASSETTO DEL CONTRATTO**

Questo capitolo è di strategica importanza perché nell'esplicitare i livelli contrattuali, introduce il valore aggiunto del livello regionale e l'importanza di quello aziendale, pur ribadendo l'importanza di un unico contratto nazionale per la salvaguardia del potere d'acquisto.

In questo capitolo si precisano alcuni aspetti qualificanti della nostra azione ribadendo il valore della contrattazione e del contratto quale strumento di lavoro per raggiungere importanti obiettivi di qualità del servizio.

### **RELAZIONI SINDACALI**

In questo capitolo si chiede di:

- rafforzare gli strumenti di confronto a tutti i livelli, prevedendo modalità di confronto permanenti anche su temi della programmazione a livello regionale e dell'organizzazione del lavoro a livello aziendale;

- di prevedere nella contrattazione integrativa strumenti certi di verifica dei risultati collegati a obiettivi preventivamente individuati;
- l'introduzione di un sistema sanzionatorio che permetta un reale rispetto delle norme contrattuali a tutti i livelli.

### **ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO**

La qualità del lavoro e dei servizi: questo capitolo è molto importante perché sono state inserite richieste di particolare interesse per gli operatori relative anche alla qualità del lavoro, alla sicurezza e in generale al benessere organizzativo, oltre agli aspetti economici.

Questi obiettivi non attengono solo a un rinnovo del contratto nazionale, ma anche alla contrattazione regionale e aziendale e alla capacità del sindacato insieme ai lavoratori di avanzare nuove proposte e di realizzarle all'interno di tutte le strutture.

Le richieste:

- La verifica dei reali fabbisogni di personale.
- La valorizzazione della formazione come strategia aziendale.
- La realizzazione di una reale integrazione professionale.

### **SICUREZZA SUL LAVORO**

La piattaforma vuole favorire la sicurezza sul lavoro con alcune richieste:

- Rafforzare il recepimento della normativa nella contrattazione decentrata.
- Prevedere la programmazione delle visite periodiche.
- Garantire la piena agibilità ai rappresentanti per la sicurezza (RLS).
- La programmazione di un'adeguata e specifica formazione.

### **FORMAZIONE**

La piattaforma ribadisce l'importanza della formazione permanente per tutte le figure professionali e avanza, alcune richieste specifiche oltre alla garanzia della copertura dei costi per l'ECM.

- La formazione, non solo ECM, in orario di lavoro anche vincolando a tale attività una parte del monte ore (come la dirigenza).
- Il superamento delle difficoltà organizzative
- La copertura dei costi a carico delle aziende, e delle Regioni su progetti specifici di investimento.



- La copertura dei crediti e la registrazione a carico delle aziende.
- La possibilità di sperimentare la costituzione di enti bilaterali.

### CLASSIFICAZIONE DEL PERSONALE

La piattaforma prevede:

- Per le professioni sanitarie l'applicazione della L. 43 del 2006 con: il riconoscimento del professionista coordinatore attraverso l'accesso con il master in management e la valorizzazione del salario collegato al coordinamento e del professionista specialista attraverso l'accesso con il master specialistico e il riconoscimento di una specifica indennità.
- Per l'OSS (Operatore Socio Sanitario) il completamento di valorizzazione di questa figura con la piena integrazione organizzativa e il riconoscimento del salario accessorio.
- Per il personale amministrativo e tecnico, la previsione di un apposito finanziamento per la carriera orizzontale e verticale e il riconoscimento delle eventuali funzioni di responsabilità per la categoria DS.

La modifica degli accessi e delle declaratorie:

la piattaforma prevede la rivisitazione implicita delle declaratorie e degli accessi superando i limiti ancora presenti nei DPR n. 220 e 761.

### LE PROSPETTIVE DELLA CLASSIFICAZIONE PER IL PROSSIMO BIENNIO

L'ipotesi di piattaforma chiede di RIVISTARE, entro il quadriennio, il sistema della classificazione sulla base dell'evoluzione professionale, dello sviluppo delle fasce orizzontali realizzato con la contrattazione aziendale e dell'evoluzione dell'organizzazione del lavoro.

### PROFESSIONE IN AUTONOMIA

La piattaforma richiede di prevedere per tutte le professioni sanitarie e sociali la possibilità di esercitare la propria attività in autonomia. Tale attività dovrà riguardare anche l'attivazione o l'implementazione dei servizi o linee di attività che prevedono l'effettuazione di prestazioni rivolte direttamente ed esclusivamente all'utente.

### ALTRI ISTITUTI CONTRATTUALI

La piattaforma indica altre richieste, fra le quali:

- La valorizzazione delle specificità delle ARPA, Prevenzione, Zooprofilattici.
- La regolamentazione della mobilità.
- Verifica dei criteri di accesso del part time ecc...

Per Ulteriori Informazioni contattate i delegati e le sedi CISL FP del vostro territorio.

*La Segreteria Territoriale CISL FP  
Giuseppe Landi*

## notizie in pillole

In data 26 settembre 2007 nella seduta pubblica dell'Assemblea del Senato è stato discusso ed approvato il disegno di legge n. 1645 sul "Differimento del termine per l'esercizio della delega di cui all'articolo 4 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, recante istituzione degli Ordini delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico - sanitarie e della prevenzione". Con questa legge il parlamento ha tempo fino a marzo 2008 per dare corso a quanto previsto dalla legge 43 del 2006.



Con l'accordo del 25/9/2007 si sono create due criticità che non ci trovano d'accordo.

La prima è la perdita di aumenti contrattuali per l'anno 2006, la seconda è il contratto triennale. Per questi motivi la FSI non ha sottoscritto quell'accordo. La FSI si sta battendo da sempre per la professionalità rappresentate sia sul piano economico che sul piano normativo e negli ultimi dieci anni ha raggiunto importanti risultati. Per quanto riguarda i prossimi impegni sono stati dichiarati in occasione del nostro sciopero generale e ribadite in occasione del nostro congresso nazionale tenutosi a Montesilvano nei giorni 21/22 settembre 2007.

Questi impegni riguardano:

- riduzione delle consulenze
- riduzione delle esternalizzazioni
- riduzione del numero delle ore straordinarie
- rideterminazione ed aumento delle dotazioni organiche
- programmazione con almeno un mese di anticipo dell'orario di lavoro
- progressione costante della carriera
- raddoppio delle indennità notturne
- raddoppio delle indennità festive
- raddoppio delle indennità di pronta disponibilità
- istituzione dell'area professionale
- istituzione della VICE DIRIGENZA
- aumento del ricorso al part-time
- incentivazione reale
- assicurazione responsabilità civile e giudiziaria a carico degli enti
- spazi di lavoro adeguati per dimensione ed areazione
- due ore settimanali dell'orario di lavoro dedicate alla ricerca e all'aggiornamento professionale continuo

- aree di lavoro idonee alle riunioni operative del personale e munite di biblioteca idonea alla ricerca ed all'aggiornamento continuo
- asili nido per i figli dei dipendenti
- diritto al posteggio o a indennità sostitutiva
- sconto fiscale integrale in busta paga, per i lavoratori dipendenti, del costo della casa (affitto-mutuo-ICI - ecc.)

- aumento della sicurezza nei luoghi di lavoro  
**e per quanto concerne specificatamente il SSN**

- rideterminazione dei minimi assistenziali
- istituzione della libera professione intramuraria per il personale delle professioni sanitarie
- compartecipazione ai proventi della libera professione per il restante personale coinvolto nelle prestazioni professionali di cui alla libera professione
- revisione dei dipartimenti a seguito degli accorpamenti delle aziende
- diritto al recupero delle ore prestate in pronta disponibilità con pagamento delle eventuali differenze dovute a seguito dell'effettuazione delle stesse in regime di straordinario notturno e/o festivo.

Tornando all'accordo del 29 maggio u.s. va evidenziato che **è la somma che fa il totale.**

L'accordo sul "costo del lavoro" del 1993 (Ciampi - Confederali) prevedeva che i contratti si facessero sulla base dell'inflazione programmata nel biennio di riferimento, con l'integrazione (recupero) del differenziale tra l'inflazione reale e quella programmata del biennio precedente.

In pratica circa il 2,2% per il 2006 e il 2% nel 2007, che tradotto in cifre corrisponderebbero a circa 50 Euro dal 1 gennaio 2006 e ulteriori 45 Euro dal 1 gennaio 2007.



In cifre:

Aumento	Decorrenza	Mensilità	Arretrati
50,00 €	1 gennaio 2006	13 (genn./dic. 2006)	50 € x13 = 650,00 €
+ 45,00 € = 95,00 €	1 gennaio 2007	13 (genn./dic. 2007)	95 € x13 = 1235,00 €
		TOTALE	1885,00 €
L'ACCORDO DELLA TRIPLICE			
Aumento	Decorrenza	Mensilità	Arretrati
18,00 €	1 gennaio 2006	14 (genn. 06/genn. 07)	18 € x14 = 252,00 €
+ 83,00 € = 101,00 €	1 febbraio 2007	12 (febb. 07/dic. 07)	101 € x12 = 1212,00 €
		TOTALE	1464,00 €
		DIFFERENZA	421,00 €

14

Considerato che i dipendenti pubblici sono circa 3 milioni (arrotondati per difetto), il "risparmio" per lo Stato, a spese dei suddetti, è di circa 1,263 miliardi di euro (2446 miliardi delle vecchie lire) ma... avremo 101 Euro invece di 95!

È vero! Solo che per recuperare i 421 Euro persi ci vorranno 70 mensilità!

Più di 5 anni solo per "pareggiare i conti".

Però 101 fa "più effetto" di 95, volete mettere?!?

Segretario Territoriale Como-Lecco  
Water Tomassini

**Agorà**

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

**Direttore Responsabile:** Stefano Citterio

**Comitato di Redazione:** Citterio Stefano, Valeria Emilia Belluschi, Paola Pozzi

**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 30 settembre 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.





**FEDERAZIONE POTERI LOCALI**

*Riflessioni della UIL FPL di Como in ordine al rinnovo contrattuale 2006/2009 sanità pubblica, specificatamente per quanto riguarda le figure professionali dell'infermiere e degli operatori sanitari.*

Il prossimo rinnovo contrattuale della sanità pubblica riguardante il quadriennio 2006/2009, dovrà tenere conto della complessità dei cambiamenti intervenuti a seguito dei processi in atto nel sistema sanitario nazionale, in particolare nel settore del servizio pubblico, i cui dipendenti sono sottoposti indiscriminatamente ad una campagna che talvolta rasenta anche la denigrazione.

Il servizio sanitario nazionale è interessato da processi di riorganizzazione collegati alla riforma del titolo V della Costituzione, per effetto del quale le Regioni rivendicano piena autonomia nella gestione e controllo dei propri sistemi sanitari. Conseguenza di ciò è stato il crescendo del ricorso alle esternalizzazioni dei servizi ed alla "precarizzazione del lavoro".

Il rinnovo contrattuale dovrà quindi fare espresso riferimento a quanto sopra rappresentato con la finalità di raggiungere i seguenti obiettivi:

- il recupero e l'incremento salariale, attraverso una piattaforma quadriennale per la parte normativa e che interessi entrambi i bienni per la parte economica;
- la stabilizzazione del lavoro precario e la reinternalizzazione dei servizi;
- completa piena valorizzazione e integrazione delle nuove e maggiori responsabilità acquisite dagli operatori del SSN;
- la partecipazione agli obiettivi meritocratici del memorandum attraverso la costruzione di un sistema di valutazione capace di riconoscere il valore del lavoro e della professionalità nei risultati raggiunti;
- l'introduzione di strumenti sanzionatori per il mancato rispetto dei contratti collettivi da parte delle amministrazioni.

Per quanto riguarda la parte economica, il rinnovo contrattuale dovrà prevedere:

- il rispetto dell'accordo del maggio 2007 sottoscritto con il governo con le parti sindacali per il biennio 2006-2007 teso a garantire la difesa del potere d'acquisto mediante un incremento salariale non inferiore al biennio precedente, attraverso un congruo incremento nei tabellari delle componenti fisse e continuative della retribuzione;
- le risorse per il II biennio contrattuale 2008-2009, che superino le rigidità dell'attuale sistema, permettendo di adeguare in maniera significativa le retribuzioni, privilegiando quel processo di valorizzazione delle professionalità.

Pertanto obiettivi non più rinviabili sono:

- colmare il differenziale economico fra le tre aree contrattuali: dirigenza Sanitaria-Tecnica-Professionale-Amministrativa, Dirigenza Medica e personale del Comparto. Differenza che non ha più motivazione d'essere nei nuovi modelli organizzativi, caratterizzati da forte integrazione far le diverse professioni, dai livelli di responsabilizzazione e autonomia professionale raggiunta dal personale del comparto;
- il riconoscimento di ulteriori quote di risorse aggiuntive regionali, da recuperare attraverso un programma di eliminazione degli sprechi e delle spese inutili del sistema, attraverso l'ottimizzazione delle professionalità presenti all'interno dell'azienda piuttosto che l'utilizzo di contratti privati, consulenze e esternalizzazioni.

Dovrà confermarsi l'attuale sistema di finanziamento dei fondi contrattuali per valorizzare la contrattazione decentrata integrativa, al fine di salvaguardare il doppio livello di contrattazione, pro-



prio per soddisfare esigenze a livello aziendale, per altro difficilmente risolvibili a livello nazionale. Nell'ambito della parte normativa è necessaria l'introduzione di norme vincolanti che prevedano l'immediata applicazione agli obblighi degli istituti contrattuali portati dai contratti nazionali e integrativi, attraverso la previsione di ulteriori sanzioni nei confronti delle aziende che si rendano inadempienti nell'applicazione contrattuale dei diversi istituti, come orario di lavoro, pronta disponibilità ed altro.

Si rende importante e necessario uniformare il dettato contrattuale ad obiettivi che rispondano alle previsioni legislative quali la legge 43 del 2006 per le professioni sanitarie, attraverso il riconoscimento delle funzioni di coordinamento del professionista coordinatore, ai sensi dell'art. 6 della Legge 43 del 2006, previa acquisizione del titolo di master in management, collegato ad un percorso di esperienza dall'interno per un maggiore valorizzazione della professionalità acquisita, ciò attraverso la valorizzazione economica della funzione di coordinamento, la previsione del finanziamento a carico dei bilanci aziendali dell'indennità di coordinamento e dell'eventuale

posizione a seguito dell'individuazione di ogni nuovo incarico di coordinamento.

La piena attuazione della Legge 251, il riconoscimento della laurea magistrale e delle norme contrattuali introdotte con il CCNL della dirigenza, nonché l'applicazione del sistema degli incarichi di struttura semplice e complessa e del relativo salario di posizione.

Il rinnovo contrattuale dovrà prevedere la necessità di regolamentare, per tutti gli infermieri e i professionisti sanitari e sociali l'esercizio dell'attività in autonomia.

In conclusione questo rinnovo contrattuale deve rappresentare un punto di partenza per valorizzare, in particolare, le figure professionali infermieristiche del servizio pubblico con lo scopo di garantire servizi sempre più efficienti e qualificati a favore dei cittadini.

Imperativa ormai è la necessità di velocizzare la tempistica per la sottoscrizione del CCNL, in quanto troppo tempo ormai è passato dalla scadenza dal precedente contratto, con evidenti ripercussioni sul potere d'acquisto dei salari dei lavoratori.

*Il Segretario Responsabile UIL FPL Como  
Salvatore Monteduro*

## SEGRETERIA INFORMA

### **CAMBIO RESIDENZA**

È indispensabile comunicare tempestivamente ogni cambio di residenza con una delle seguenti modalità:

- compilare il modulo prestampato di autocertificazione presente in segreteria;
- per posta, fax o e-mail.

Coloro i quali cambiano la provincia, hanno facoltà di chiedere al Collegio della nuova residenza il trasferimento dell'iscrizione.

### **CANCELLAZIONE ALBO**

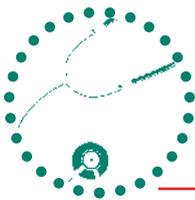
Si ricorda che le richieste di cancellazione vanno effettuate entro la fine dell'anno a valere per l'anno successivo (es. la domanda per il 2008 deve essere presentata entro il 31/12/2007). Per le domande pervenute dal 1° gennaio sarà possibile la cancellazione, ma la quota per l'anno in corso dovrà essere comunque versata.

Il modulo per la domanda di cancellazione dall'Albo per cessazione dell'attività lavorativa in Italia è disponibile presso la segreteria del Collegio o sul sito [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it)

A tale domanda vanno allegati:

- marca da bollo da euro 14,62;
- tessera di iscrizione al Collegio;
- ricevuta di pagamento della quota di iscrizione dell'anno in corso.





# Professione e responsabilità

*La documentazione sanitaria*

Articolo pubblicato su "Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche" n. 5/2007

A cura di Dott.ssa Barbara Mangiacavaliti\*

Scheda infermieristica? Cartella infermieristica? Cartella clinica integrata? Documentazione infermieristica? Documentazione assistenziale? Quale di questi termini oggi rappresenta la forma e la sostanza della cartella clinica?

Se mutuiamo, come definizione, quella contenuta nel "Manuale della cartella clinica" della Regione Lombardia (2000),

molti aspetti si chiariscono: "è la raccolta organica e funzionale dei dati attinenti ai singoli casi di ricovero, quali ad esempio:

- identificazione della struttura di ricovero;
- generalità della persona assistita;
- caratteristiche del ricovero;
- anamnesi;
- esame obiettivo;
- referti di trattamenti diagnostici o terapeutici;
- diagnosi e terapia;
- verbale operatorio;
- diario della degenza;
- lettera di dimissione e scheda di dimissione ospedaliera;
- documentazione dei professionisti sanitari non medici".

La funzione fondamentale della cartella clinica, infatti, è quella di raccogliere le informazioni relative alle singole persone ricoverate al fine di assumere decisioni per la soluzione dei relativi problemi di salute.

Trattandosi di atto pubblico di fede privilegiata, permette l'esercizio di diritti nonché la tutela di legittimi interessi della persona assistita, dell'azienda che eroga l'assistenza, degli operatori che agiscono in suo nome.

Il problema della documentazione assistenziale è sempre stato, per gli infermieri italiani, croce e

delizia che ha accompagnato gli ultimi decenni di storia professionale: per molto tempo, infatti, la documentazione assistenziale (scheda, consegna, cartella, protocolli) è rimasta qualcosa a latere della cartella clinica intesa come cartella medica. Il passaggio a professione sanitaria (legge 42/99) ha gradualmente legittimato una posizione più coerente con la norma, che è quella di considerare la cartella clinica come una raccolta organica dei dati e delle informazioni che riguardano l'assistito.

Ripercorrendo la storia e l'evoluzione della documentazione infermieristica è possibile cogliere come a volte l'evoluzione normativa anticipi l'evoluzione professionale del nostro gruppo:

1. Dpr 225/74: "... registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio ..." (art. 1, punto b); "... tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente ..." (art. 1, punto e);
2. Dpr 384/90: "... deve attuarsi un modello di assistenza infermieristica che ... consenta ... anche attraverso l'adozione di una cartella di assistenza infermieristica, un progressivo miglioramento dell'assistenza al cittadino ..." (art. 57, lett. d);
3. nomenclatore tariffario minimo nazionale: voce 003T "... elaborazione e gestione del dossier di assistenza";
4. Dm 739/94: "... l'infermiere: a) partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; d) garantisce la corretta appli-



cazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche ...”;

5. Dpr 37/97: "... devono essere predisposte con gli operatori delle linee guida che indichino il processo assistenziale con il quale devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità ...”;
6. standard della JCAHO riferiti alla documentazione infermieristica: "NC1: i clienti ricevono un'assistenza infermieristica basata su una valutazione scritta dei propri bisogni"; "NC5: il caposala e gli altri dirigenti infermieristici partecipano ai processi decisionali insieme agli altri dirigenti dell'ospedale";
7. Dm 24/7/1996: Tabella b, Standard formativo pratico e di tirocinio: "... lo studente, alla fine del terzo anno di corso deve: ... essere in grado di ... pianificare, fornire, valutare l'assistenza infermieristica rivolta a persone sane e malate, sia in ospedale che nella comunità ... ; ... analizzare i risultati di ricerche svolte individuandone le possibilità applicabile; ricercare e sistematizzare dati nelle realtà operative ...”;
8. codice deontologico 1999: "... 4.7. l'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi”;
9. legge 42/99: "2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con Dpr 14 marzo 1974, n. 225 ... Il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base, nonché degli specifici Codici deontologici ... "(art. 1, comma 2).

L'excursus normativo illustrato ci fa cogliere non solo l'evoluzione normativa, ma anche lo sviluppo professionale: siamo cresciuti con la "consegna", un registro dove venivano annotati parametri rilevanti ed esecuzione di atti infermieristici. Negli anni Ottanta dalla consegna siamo passati alla scheda infermieristica, che conteneva l'insieme delle azioni infermieristiche praticate su un determinato paziente. La cartella clinica, intesa come cartella medica, è sempre stato un documento ad esclusivo

appannaggio del medico. Le motivazioni sono da ascrivere alla nostra storia professionale. La cartella clinica, come già accennato, è considerata a tutti gli effetti "atto pubblico". La nozione di atto pubblico è descritta nell'articolo 2699 del Codice civile (l'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato). La giurisprudenza poi, sostiene Benci, identifica due tipologie di atto pubblico: atto pubblico in senso stretto o di fede privilegiata, regolato dal Codice civile; atto pubblico in senso lato redatto dall'incaricato di pubblico servizio.

Diventa utile a questo punto, esplicitare la terminologia utilizzata.

Poiché l'articolo 358 del Codice penale definisce che "Agli effetti della legge penale sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio" e che "per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale", gli infermieri dipendenti, pubblici o privati, sono sempre stati considerati incaricati di pubblico servizio.

Il pubblico ufficiale, invece, rubricato all'art. 357 del Codice penale, ed integrato dalla sentenza n. 8987 del 23.8.88, V sez. Cassazione, è colui che "... permanentemente o temporaneamente, gratuitamente o con retribuzione, volontariamente o non, esercita una pubblica funzione, intesa questa in senso oggettivo o funzionale e non soggettivo. Ne consegue che tale deve considerarsi il sanitario che presta la sua opera professionale in favore di coloro che possono fruire dell'assistenza pubblica, in quanto svolge un'attività che oltre ad essere connotata intrinsecamente da un evidente interesse pubblico, qual è quello della tutela alla salute, è a lui attribuita, dall'ordinamento dello Stato con la conseguente efficacia di impegnare, attraverso le sue indicazioni, l'ente mutualistico all'erogazione di determinate prestazioni ...".

È evidente, a questo punto, che la dizione di pubblico ufficiale, prevedendo un potere certificativo o autoritativo, è sempre stata riservata ai medici mentre gli infermieri, professione sanitaria ausilia-



ria, rivestivano la qualifica di incaricato di pubblico servizio. Ciò portava ad alcune conseguenze relative al valore attribuito alla documentazione nel processo civile: la documentazione infermieristica assumeva valore legale in funzione della qualifica di incaricato di pubblico servizio rivestita dal personale infermieristico ed era considerata dalla dottrina giuridica come atto pubblico in senso lato, e pertanto elemento facoltativo per la ricostruzione dei fatti; la documentazione medica assumeva invece valore di atto pubblico di fede privilegiata, elemento indispensabile per la ricostruzione dei fatti.

Oggi il pieno riconoscimento della professione infermieristica come professione sanitaria (art. 1 della legge 42/99) richiama implicitamente ad un'attività infermieristica che può assumere, rispetto a certe procedure o prestazioni, la caratteristica di attività esercitata da un pubblico ufficiale. Ed inoltre, una moderna lettura degli artt. 357 e 358 lascia intendere come tutti i professionisti sanitari sono sia pubblici ufficiali, sia incaricati di pubblico servizio: ciò che connota l'una o l'altra funzione è la specifica attività realizzata in un dato momento e contesto (il medico di guardia è un incaricato di pubblico servizio, quando compila un certificato esercita una funzione di pubblico ufficiale; l'infermiere in servizio è un incaricato di pubblico servizio, quando compila una scheda di triage riveste la qualifica di pubblico ufficiale). È allora plausibile affermare che la documentazione medica come atto pubblico (cartella medica) e la documentazione infermieristica come atto pubblico (cartella infermieristica) integrano quel documento definito come cartella clinica che, come tale, non identifica solo la documentazione medica, ma è il documento di valore legale che contiene tutta l'evoluzione della situazione clinica di una persona, dal ricovero alla dimissione.

A suffragio di quanto appena sostenuto, è opportuno sottolineare che i reati in cui si incorre nella compilazione sono identici per i due documenti (medici e infermieristici) e, ancora, che nel processo penale tutta la documentazione sanitaria e clinica che riguarda la persona viene sequestrata, riconoscendole implicitamente lo stesso valore.

Sottolineare il focus della natura documentale dell'atto significa porre l'accento tra "l'annotato" in cartella e "l'eseguito" dal sanitario: si può quindi

sostenere che un alto contenuto nell'attività descrittiva della cartella clinica configuri un altrettanto alto livello di assistenza e la prestazione di un buon prodotto sanitario, mentre, viceversa, una compilazione di basso profilo sia la spia di un'assistenza scadente.

Certificare le prestazioni effettuate e la cronaca dell'assistenza fornita al paziente significa esercitare una funzione notarile che attesta quanto svolto nell'esercizio dell'attività sanitaria con una valenza probatoria privilegiata rispetto ad altri mezzi di accertamento della verità. La Corte di Cassazione, infatti, con sentenza n. 10695 del 27 settembre 1999, riconfermata con sentenza n. 7201 del 12 maggio 2003, ha evidenziato il principio che "... le attestazioni contenute in una cartella clinica sono riferibili ad una certificazione amministrativa per quanto attiene alle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, mentre le valutazioni, le diagnosi o comunque le manifestazioni di scienza o di opinione in essa contenute non hanno alcun valore probatorio privilegiato rispetto ad altri elementi di prova; in ogni caso, le attestazioni della cartella clinica ... non costituiscono prova piena a favore di chi le ha redatte ...". Nel nostro ordinamento, infatti, la prova della verità può essere solo processuale, nel senso che sarà vero solo ciò che si riesce a provare nell'ambito di un procedimento avanti l'autorità giudiziaria.

Richiamare la natura documentale dell'atto significa attestare qualcosa di avvenuto in modo tale che si possa in futuro rappresentarne i contenuti in vista di qualsivoglia effetto.

Dall'esame di quanto appena sostenuto appare chiaro come, da un lato, non si potrà mai affermare l'avvenuto compimento di un'attività materiale, ovvero il mancato compimento della medesima, in presenza di differente attestazione in cartella e, dall'altro, che va a detrimento del sanitario ciò che pur potendosi evincere dalla cartella non vi risulta perché non annotato: la garanzia del vero sino a querela di falso, spetta insomma a quelle attività che contengono l'esigenza di documentabilità in quanto altrimenti non sarà possibile effettuare una loro ricostruzione.

Un esempio delle logiche con cui si procede all'accertamento delle responsabilità può esserci fornita dal caso di richiesta di risarcimento danni



per il posizionamento di un catetere venoso periferico sull'arto superiore che ha determinato fuoriuscita di liquido e insorgenza di linfedema causativo di impotenza funzionale dello stesso. In giudizio verrà evidenziata la non attuazione delle norme di buona pratica infermieristica rispetto al posizionamento dei cateteri venosi. Un'ipotesi è quella che gli infermieri, sentiti verbalmente, dichiarino di aver applicato le prestazioni del caso (posizionamento in scarico dell'arto e applicazione di un trattamento topico), ma di non averlo riportato ritenendolo un intervento di routine, assolutamente scontato di fronte ad un'evenienza del genere, e quindi non meritevole di nota sulla documentazione assistenziale.

In sede di giudizio civile instaurato per ottenere il risarcimento dei danni causati, l'accertamento avrà per oggetto sia il carattere routinario, sia il carattere di media difficoltà dell'intervento. In base all'ultimo orientamento (Cassazione Civile, sez. 3, sentenza n. 11316 del 21 luglio 2003), compete infatti al sanitario provare, tutte le volte che il caso affidatogli non sia di particolare complessità, che l'insuccesso del suo intervento è stato incolpevole e non al paziente dimostrarne la colpa. Ma, se nel diario fossero stati annotati i vari passaggi dell'assistenza comprendenti le eventuali complicanze, la loro valenza probatoria sarebbe ben differente.

Chiarito che la documentazione infermieristica è un "di cui" della cartella clinica, al pari delle altre diverse documentazioni degli altri professionisti

sanitari, rimane da precisare il ruolo degli operatori di supporto.

Riprendendo l'ultimo comma dell'art. 358 del Codice penale, si evince come le arti ausiliarie delle professioni sanitarie, tra cui è plausibile collocare il personale di supporto, non rientrano nella disciplina giuridica degli incaricati di pubblico servizio: "... sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ... con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale".

Quindi, se da un lato è sostenibile che gli operatori di supporto non sono incaricati di pubblico servizio e che, di conseguenza, quello che compiono non è un atto pubblico, dall'altro, in ragione del ruolo che ricoprono nelle strutture sanitarie e della normativa che definisce le responsabilità della professione infermieristica, si può desumere che alla prescrizione infermieristica di un intervento debba sempre seguire la registrazione dell'avvenuta esecuzione da parte dell'operatore. Tale registrazione può ragionevolmente essere prevista in apposite schede di lavoro predisposte dall'infermiere e inserite nella documentazione infermieristica, previo controllo e vidimazione dell'infermiere da intendersi come supervisione rispetto all'esecuzione e alla plausibilità dell'intervento, non certo a conferma della veridicità di quanto attestato.

*\*Dirigente SITRA - Policlinico S. Matteo Pavia - Segretaria Federazione Nazionale IPASVI*

#### BIBLIOGRAFIA

1. Casati M. La documentazione infermieristica, McGraw-Hill, Milano 2005.
2. Benci L. Manuale giuridico-professionale per l'esercizio del Nursing, McGraw-Hill, Milano 2000.
3. Rodriguez D., Aprile A., Medicina legale per infermieri, Carocci Faber, Roma 2004.
4. Lusignani M., Mangiacavalli B., Casati M., Infermieristica generale e organizzazione della professione, Masson, Milano 2003.
5. Riva A., Marena C., Vlacos D., Linee guida per la gestione della cartella clinica, Torchio de Ricci, Pavia 2000.
6. Raimondi S., Appunti del modulo "Organizzazione ed economia delle aziende sanitarie", Corso per direttori di struttura complessa di area ospedaliera, Scuola di direzione in Sanità e Università Bicocca, marzo 2006.
7. Regione Lombardia, Direzione generale Sanità, Manuale della cartella clinica, 2000.





## È evidente che...

*(Anche per questa uscita di Agorà lasciamo la parola ad un neo-laureato infermiere che ha approfondito, attraverso una ricerca bibliografica, una tematica assistenziale in ambito neonatale)*

### *La termoregolazione del neonato durante la kangaroo care*

21

*a cura di MD Luigia Caldera,  
MD Adriana Capalbo<sup>3</sup>, Gregorio Alfredo\*\**

...alla nascita di un bambino, per favorire il ruolo materno e paterno, il contatto fisico è senz'altro il linguaggio più semplice per stabilire una relazione tra il neonato, che ancora non sa esprimersi verbalmente ed i suoi genitori, che per farsi comprendere dal loro piccolo, non possono servirsi solo della voce.

Il problema si pone in modo serio quando il neonato alla nascita necessita di essere posto nella termoculla: questa

barriera fisica potrebbe pregiudicare i primi significativi contatti che possono essere determinati per la crescita del neonato. Per ovviare a questo inconveniente è possibile attuare la Kangaroo Care (KC).

Si tratta di una procedura assistenziale che comporta il posizionamento del neonato svestito sui seni della madre o sul torace scoperto del padre, al fine di aumentare il reciproco contatto pelle a pelle. Il termine deriva dalla somiglianza con il metodo di accudimento dei cuccioli di canguro che sono mantenuti caldi e vicini al seno nella tasca addominale della madre.

Questa procedura fu sviluppata e testata per la prima volta in un ospedale di Bogotà, in Colombia, nel 1979, a causa delle limitate risorse disponibili e dell'elevato indice di mortalità tra i neonati prematuri: i risultati mostrarono che i neonati si alimentavano meglio al seno, acquisivano peso più rapidamente e si evidenziò una migliore sicurezza della madre nell'assistenza al neonato. Da allora la KC è stata promossa ed implementata nelle terapie intensive neonatali (TIN) a livello internazionale ed è praticata oggi giorno sia dalla madre che dal padre.

Durante la KC però, nel periodo di permanenza del neonato fuori dalla sua termoculla, quindi non più in un ambiente "protetto", condizionato e controllato, potrebbe esserci la possibilità di una perdita di calore, con conseguente ipotermia, dovuta a meccanismi di termoregolazione non ancora completamente sviluppati nel neonato.

Per verificare l'effettiva l'esistenza di questo problema è stata effettuata una ricerca bibliografica al fine di reperire materiale pertinente e aggiornato.

#### **MATERIALI E METODI**

La revisione della letteratura è stata condotta attraverso la consultazione di banche dati elettroniche (MEDLINE, CINAHL, EMBASE, Cochrane), siti internet di interesse infermieristico ([www.evidencedbasednursing.it](http://www.evidencedbasednursing.it), [www.performed.it/infermieristica](http://www.performed.it/infermieristica)), siti specifici di linee guida ([www.pnlg.it](http://www.pnlg.it), [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov), [www.rnao.org](http://www.rnao.org), [www.joanna-briggs.edu.au](http://www.joanna-briggs.edu.au)), riviste cartacee disponibili presso la biblioteca dell'Az. Osp. S. Anna e libri di testo.

I documenti trovati, non precedenti al 1990 come anno di pubblicazione, in lingua italiana, inglese o spagnola, interessano sia neonati prematuri che nati a termine, ricoverati in terapia intensiva neonatale.

Al termine della ricerca sono risultati idonei allo studio 16 documenti, di cui:

- 3 revisioni sistematiche
- 3 Randomized Control Trial (RCT)
- 2 Studi sperimentali crossover
- 5 Studi descrittivo-osservazionali
- 1 Proposta di linea guida
- 1 Protocollo
- 1 Commento ad articolo



## DISCUSSIONE

Ancora oggi, all'interno delle TIN, molti dei neonati pretermine e/o con un basso peso alla nascita, vengono assistiti con metodi tradizionali, senza sperimentare l'uso della KC, per timore, da parte dei genitori, di un'eventuale dispersione di calore del loro piccolo. L'analisi degli studi effettuati ha confutato questa tesi, dimostrando, inoltre, che la KC, oltre a migliorare la termoregolazione del neonato e l'intimità con il genitore, è una valida ed efficace alternativa ai metodi di assistenza tradizionale.

La KC, consigliata sin dal momento della nascita nei neonati pretermine (McCall et al., 2005), è una valida procedura assistenziale messa in atto per scongiurare e prevenire episodi di ipotermia nel neonato, in particolar modo nel prematuro con ancora poche difese fisiologiche verso l'ambiente esterno.

È stato appurato che, durante la procedura, il calore viene fornito direttamente dal corpo della madre che, oltre a riscaldare direttamente il neonato per conduzione, crea un micro-ambiente con temperatura e umidità ideali; la temperatura del seno materno raggiunge la temperatura del neonato entro 5 minuti dall'inizio della KC. (Ludington-Hoe et al., 2000)

È importante che, al momento dell'attuazione della procedura, l'infermiere valuti e tenga costantemente controllati la posizione del neonato, la copertura del capo e del suo corpo e l'ambiente in cui viene messa in atto.

Il metodo consigliato per eseguire la procedura consiste nel posizionare il neonato sul torace del genitore, senza vestiti, solo con il pannolino. La posizione da mantenere è quella prona, con il capo rivolto in direzione di quello del genitore, con gli arti ben appoggiati al corpo della madre, in modo da aumentare la superficie di contatto, oppure la posizione fetale, sul fianco, per favorire il contenimento, diminuire la superficie esposta all'aria e trattenere il calore. (Galligan, 2006) Ludington-Hoe et al. (2003) consigliano di porre lo schienale dell'appoggio del genitore a 40° per facilitare l'ossigenazione e ridurre la possibilità di episodi di apnea nel neonato pretermine.

Per quanto riguarda la copertura del capo, i neonati sono risultati a rischio di dispersione calori-

ca dalla testa a causa dell'estensione elevata della stessa, in rapporto alla superficie corporea complessiva. (Galligan, 2006). Nello studio Karlsson (1996) viene misurata, durante la KC, la dispersione di calore in diverse zone, e si osserva che la perdita di calore dal capo non coperto è del 94% rispetto al totale, dopo 10 minuti di trattamento; dopo 70 minuti, invece, è del 74%. Sulla base dei suggerimenti dello studio di Ludington-Hoe et al. (2003), in cui si raccomanda l'applicazione del cappellino ai neonati con una temperatura ascellare o addominale inferiore a 36°C, si rileva che non è consigliato coprire il capo ai neonati con una temperatura corporea nella norma, perché ciò potrebbe far aumentare il rischio di surriscaldamento (Bohnhorst et al., 2004); l'applicazione del cappellino potrebbe comunque essere d'aiuto al presentarsi di un'eventuale ipotermia.

Tutti gli studi consigliano di coprire la parte del corpo del neonato non a contatto con il genitore; vengono suggeriti diversi modi per evitare la dispersione calorica: copertura con il camice del genitore (Lima, 2000), con una coperta o con un asciugamano di spugna (Ludington-Hoe et al., 2000, Ludington-Hoe et al., 2004 e Karlsson, 1996). Ludington-Hoe et al. (2003) supportano questa teoria affermando che nelle moderne Unità Operative di TIN non vi è dispersione di calore dal corpo quando la schiena è sufficientemente coperta.

È importante, inoltre, che vengano valutate la temperatura dell'ambiente e quella del genitore. La temperatura della stanza dovrebbe essere almeno di 25°C. Non è stato reperito, invece, alcun dato relativo alla percentuale ideale di umidità della stanza. La temperatura cutanea del genitore dovrebbe rientrare nei limiti della normalità e la sua cute essere calda e asciutta (Galligan, 2006).

Bohnhorst et al. (2004) suggeriscono di effettuare un monitoraggio continuo della temperatura corporea del neonato, durante la KC. Ciò è fattibile poiché tale misurazione può essere effettuata, in modo non invasivo, tramite una sonda cutanea posizionata, ad esempio, su di una gamba del neonato, limitando in tal modo un eventuale disagio per il genitore.



## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

I risultati ottenuti dall'analisi dei documenti reperiti dimostrano come la Kangaroo Care sia un efficace metodo di assistenza infermieristica, utile nel prevenire episodi di ipotermia e valido nello sviluppare un'adeguata termoregolazione del neonato. Inoltre la Kangaroo Care si è dimostrata significativa nello sviluppo del legame tra entram-

bi i genitori ed il neonato, consentendo anche ai genitori di acquisire maggiore abilità e sicurezza nel prendersi cura del proprio figlio.

Durante l'esecuzione, l'infermiere deve sempre tenere in considerazione la posizione del neonato, la copertura del capo e della schiena e le caratteristiche dell'ambiente circostante.

<sup>1</sup> Tutor Corso di Laurea in Infermieristica – Università degli Studi dell'Insubria di Varese – Sede di Como – A.O. S. Anna

<sup>2</sup> Responsabile Qualità e Ricerca – SITRA – A.O. S. Anna Como

<sup>3</sup> Infermiere – U.O. Cardiologia - A.O. S. Anna Como

## BIBLIOGRAFIA

- Bauer J, Sontheimer D, Fischer C, Linderkamp O (1996). Metabolic rate and energy balance in very low birth weight infants during kangaroo holding by their mothers and fathers. *The Journal of Pediatrics*; 129(4): 608-611
- Bohnhorst B, Gill D, Dördelmann M, Peter CS, Poets CF (2004). Bradycardia and desaturation during skin-to-skin care: no relationship to hyperthermia. *The Journal of Pediatrics*; 145(4):499-502
- Cattaneo A, Davanzo R, Worku B, Surjono A, Echeverria M, Bedri A, Hakasari E, Osorno L, Gudetta B, Setyowireni D, Quintero S, Tamburlini G (1998). Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paediatrica*; 87(9):976-985
- Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. (2003) Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858. CD002771
- Galligan M (2006). Skin-to-Skin treatment of neonatal hypothermia. *The American journal of maternal child nursing*; 31(5):298-304
- Ibe OE, Austin T, Sullivan K, Fabanwo O, Disu E, Costello AM (2004). A comparison of kangaroo mother care and conventional incubator care for thermal regulation of infants < 2000 g in Nigeria using continuous ambulatory temperature monitoring. *Annals of Tropical Paediatrics*; 24(3):245-251
- Karlsson H (1996). Skin-to-skin care: heat balance. *Archives of Disease Childhood*; 75: F130-F132
- Kennel JH (2006). Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth. *Acta Paediatrica*; 95(1): 15-16
- Lima G, Quintero-Romero S, Cattaneo A (2000). Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. *Annals of tropical paediatrics*; 20(1): 22-26
- Ludington-Hoe SM, Anderson GC, Swinith JY, Thompson C, Hadeed AJ (2004). Randomized controlled trial of kangaroo care: cardiorespiratory and thermal effects on healthy preterm infants. *Neonatal Network*; 23(3): 39-48
- Ludington-Hoe SM, Ferreira C, Swinith JY, Ceccardi JJ (2003). Safe criteria and procedure of Kangaroo Care with intubated preterm infants. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*; 32(5):579-588
- Ludington-Hoe SM, Nguyen N, Swinith JY, Satyshur RD (2000). Kangaroo care compared to incubators in maintaining body warmth in preterm infants. *Biological Research for Nursing*; 2(1): 60-73
- Mellien AC (2001). Incubators versus mothers' arms: body temperature conservation in very-low-birth-weight premature infants. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*; 30(2): 157-164
- McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. (2005). Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight babies (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art.No.: CD004210. DOI: 10.1002/14651858.CD004210.pub2
- Tunell R (2004). Prevention of neonatal cold injury in preterm infants. *Acta Paediatrica*; 93(3): 308-310
- Watkinson M (2006). Temperature control of the premature infants in the delivery room. *Clinics in Perinatology*; 33(1): 43-53





# Infermieristica e Cure complementari

*La floriterapia: una risorsa preziosa per l'infermiere/ostetrica*

24

*A cura di Valentina Iacchia\**

La floriterapia rientra nelle medicine vibrazionali, cioè una medicina che si basa sui concetti della fisica subatomica: si sostiene che esiste una stretta relazione tra il nostro corpo e la frequenza vibrazionale degli atomi che lo compongono. L'utilizzo dei fiori di Bach, dei fiori Himalayani e di altre categorie di essenze, può essere di grande aiuto nella gestione di disequilibri che sono alla base dell'insorgenza di malattie.

Questi rimedi, messi a disposizione dal dottor Bach (medico chirurgo, psicologo, omeopata Gallese) vanno ad agire sulle problematiche ad ogni possibile livello, fisico, emozionale, mentale e spirituale.

Non hanno alcuna controindicazione, non esistono effetti collaterali e sono compatibili con qualunque altro tipo di cura, rivelandosi così adatti alla donna in gravidanza e, successivamente, al neonato; ai bambini più grandicelli e agli adolescenti; a coloro che fanno già uso di farmaci allopatrici, a chi soffre di problematiche emotive ecc.

Risultano efficaci anche in quei casi in cui ci si trovi davanti ad una forma di sterilità priva di motivazioni fisiologiche. In genere sono utili in tante problematiche che di seguito approfondirò.

Personalmente sono particolarmente legata emotivamente a questo argomento perché è stato parte fondamentale del mio iniziale approccio alle medicine complementari. Ho iniziato ad utilizzare i fiori di Bach ad uso personale e all'interno della mia famiglia, con risultati sorprendenti ma, da sanitaria "classica" che ha bisogno di evidenze scientifiche, non riuscivo a giustificarmi il loro meccanismo d'azione, a quel punto ho sentito l'esigenza di approfondire, sia alla scuola di naturopatia che con un Master specifico, i contenuti teorici che stanno alla base della floriterapia. Quello che ho trovato, come per tutte le medicine complementari, è che

riportano sempre ad una visione della persona nella sua globalità fatta di disarmonie fisiche, psichiche e sociali. Anche questo metodo di risoluzione dei problemi ha un ampio corpo di studio che ho cercato di fare sempre più mio. Sono riuscita ad applicare la floriterapia prima in ambito sanitario classico (ospedale) dove con l'avvallo dell'equipe medica abbiamo applicato questi rimedi in alcuni disturbi dell'ambito materno infantile con grande soddisfazione. Infatti la terapia con fiori di Bach è un ideale intervento durante diversi momenti della vita, uno dei quali può essere la gravidanza, perché riequilibra dolcemente senza rischi né danni per il bambino e la mamma, come invece può accadere con farmaci chimici. I Fiori possono aiutare ad armonizzare corpo e psiche al nuovo stato, favorendone l'accettazione e sciogliendo tensioni e turbamenti. Pur essendo un evento naturale, la gravidanza e il parto, portano mutamenti biologici e fisici al corpo della gestante, e vi è un fiore in particolare che facilita l'adattamento anche a livello umorale a questo felice evento. Inoltre non tutte le gravidanze vengono vissute psicologicamente nella stessa modo, e ben si sa quanto sia importante l'umore e il senso di accoglienza che la mamma trasmette al bimbo. Il fisico cambia e ci si può sentire meno belle e desiderabili, per non parlare poi di chi purtroppo lamenta insonnia, stanchezza fisica, nausea. Per ogni stato d'animo vi è un fiore che in modo del tutto naturale, aiuta a vivere meglio questa particolare condizione. Tutto ciò che è emozione risulta amplificato. In questa situazione delicata e insieme assolutamente naturale, intervengono con grandi risultati i fiori di Bach.

Attualmente continuo l'utilizzo delle essenze floreali in ambito di attività privata anche in altri periodi della vita della persona, ad esempio anziani, adulti di entrambe i sessi, adolescenti, bambini in età scolare, ecc. Ritegno di poter affermare con convin-



zione che questo strumento possa essere veramente un ottimo supporto all'assistenza infermieristica/ostetrica nel soddisfacimento dei bisogni degli utenti. Per questo mi appresto a presentare brevemente (non pretendo assolutamente in questo mio scritto di essere esaustiva) le caratteristiche di ogni fiore partendo dai dodici rimedi principali, detti dodici guaritori, che ha identificato inizialmente il Dott. Bach:

**Agrimony:** Potenziale armonico: ARMONIA. In disequilibrio: dipende molto dal giudizio altrui, ricerca compagnia, partecipa a feste, volto sempre sorridente (a volte allegria forzata), tendenza a minimizzare i problemi, orrore per litigi e discussioni, grandi doti di diplomazia, dice spesso di sì anche quando interiormente non è d'accordo, neppure con se stesso ammette di stare male. Sintomi fisici: cefalee, digrignare i denti, epigastralgie, problemi cutanei, cistiti ricorrenti, ipertensione, pruriti, tendenza all'utilizzo del fumo, alcool, stimolati o psicofarmaci. SINTESI: MASCHERA

**Centauray:** Potenziale armonico: DISPONIBILITÀ. In disequilibrio: debolezza, desiderio di legarsi a persone dal carattere forte, incapacità a dire di no, tendenza a dare in continuazione, incapacità di creare le condizioni per ricevere, ipersensibilità ai bisogni degli altri, negazione delle proprie esigenze, bisogno di approvazione, tendenza a sentirsi facilmente ferito e non apprezzato per quello che fa. Sintomi fisici: si sente spesso stanco, problemi a carico delle vie biliari, anemia, digestione difficoltosa, dolori lombosacrali. SINTESI: personalità "Zerbino" per ECCESSIVA DISPONIBILITÀ

**Cerato:** Potenziale armonico: INTUIZIONE, SAGGEZZA. In disequilibrio: tendenza a chiedere consigli, tendenza a sbagliare, incapacità di sfruttare le proprie conoscenze, tendenza a imitare i comportamenti altrui, facilmente ingannabile, amore per le convenzioni, curiosità bisogno di sapere. Sintomi fisici: difficoltà di concentrazione, problemi di milza pancreas e colon, emicrania (soprattutto a sinistra), disturbi alle orecchie. SINTESI: INCERTEZZA

**Chicory:** Potenziale armonico: amore materno. In disequilibrio: egoista, esigente, impiccione e soffocante, tendenza al ricatto emotivo, manipolazione delle persone care con atteggiamento da martire, paura di perdere l'affetto, amore legato a condizioni: "ti amo se..." "lo faccio per il tuo bene". Sintomi fisici: dolori alle mani, insonnia, senso di oppressio-

ne, tendenza alle rigidità articolari, problemi cardiologici, tendenza alla stitichezza, problemi al fegato. Fuga nella malattia. SINTESI: POSSESSIVITÀ  
**Clematis:** Potenziale armonico: CREATIVITÀ. In disequilibrio: testa fra le nuvole, confusione, distrazione, tendenza a non notare cose o situazioni, tendenza a smarrire gli oggetti, mancanza di lucidità, indifferenza, sguardo sognante. Sintomi fisici: debolezza fisica, facilità agli svenimenti, mancanza di prontezza di riflessi, sterilità, anemia, pallore, mani e piedi freddi, difficoltà di apprendimento. SINTESI: ASSENZA

**Gentian:** Potenziale armonico: FEDE. In disequilibrio: mette tutto in discussione, tende a scoraggiarsi, resistenza al cambiamento, tende a non misurarsi con le proprie emozioni, non può vivere senza problemi, sensazione di costante abbattimento. Sintomi fisici: tendenza all'ipocondria, disturbi gastrici, nausea, malattie che tendono a recidivare. SINTESI: TRISTEZZA da causa sconosciuta

**Impatiens:** Potenziale armonico: PAZIENZA, capacità superiori alla media. In disequilibrio: fatica ad adattarsi ai ritmi altrui, non tollera ritardi e disguidi, odia lo spreco di tempo, tende a parlare a "raffica", facilmente irritabile, incapacità di stare fermo, impaziente impulsivo, precipitoso, toglie le parole di bocca agli altri, lavora meglio da solo. Sintomi fisici: tensioni muscolari, nuca contratta, psoriasi, tachicardia, insonnia, balbuzie, eiaculazione precoce. SINTESI: FRETTA, tensione interiore

**Mimulus:** Potenziale armonico: ACCETTAZIONE DELLE ESPERIENZE. In disequilibrio: soggetto timido, silenzioso e solitario, rifugge le discussioni, paure specifiche (claustrofobia, agorafobia ecc.), estrema vulnerabilità, ansia da anticipazione. Sintomi fisici: tendenza ad arrossire, tende ad ammalarsi se messo sotto pressione, balbuzie, enuresi notturna, eccessiva sudorazione, disturbi a reni e vescica. È il tipico fiore dell'infanzia SINTESI: FUGA dalle situazioni per PAURA

**Rock rose:** Potenziale armonico: CORAGGIO. In disequilibrio: non osa ribellarsi a persone ritenute più forti o più potenti di lui, spesso a vissuto situazioni di sottomissione e umiliazione, sensazione di continuo allarme interiore, paura inconscia di essere braccato o di venire punito, disperazione. Sintomi fisici: tachicardia, sudorazione profusa, attacchi di panico, fragilità del SNC, tremori, dolore e pesantezza epigastrica, svenimenti, disturbi della



termoregolazione, tossicodipendenza. SINTESI: ACCESSI DI TERRORE CHE PARALIZZANO

**Water violet:** Potenziale armonico: CONTATTO. In disequilibrio: stile di vita ritirato, tendenza a mostrarsi superiore, un po' snob, atteggiamento distaccato che può essere scambiato per arroganza, incapacità a dimostrare affetto e calore, presunzione, chiusura, si preoccupa molto della sua compostezza Sintomi fisici: irrigidimenti alla colonna, problemi alla gola, alla tiroide, difficoltà nel sonno, problemi sessuali, infezioni recidivanti. SINTESI: DISTACCO, ISOLAMENTO

**Vervain:** Potenziale armonico: ENTUSIASMO, CARISMA. In disequilibrio: all'inizio affascina poi stanca perché troppo invadente, è privo di senso della misura, idee ben precise che cambiano con difficoltà, facilmente irritabile, stressato; sforzo, impegno, zelo esagerati, vuole convincere il mondo, iperattività mentale, un po' fanatici. Sintomi fisici: mimica eccessiva, si muove e parla rapidamente, ipertensione, crampi, allergie, passo pesante, facilmente irascibile. SINTESI: ESAGERAZIONI, TENSIONE,

**Sclerantus:** Potenziale armonico: EQUILIBRIO, CENTRATURA. In disequilibrio: instabilità caratteriale, indecisione (si sente al bivio), conflitti interiori, insoddisfazione, viene considerato un po' inaffidabile, conflitto tra razionalità e cuore, inquietudine Sintomi fisici: metereopatia, nausea, vomito, capogiri, si alternano febbre e ipotermia, fame e inap-

petenza, problemi legati al ciclo mestruale. SINTESI: INSTABILITÀ.

Naturalmente ad una prima lettura sembra che ci servano tutte queste essenze e probabilmente in alcuni momenti della nostra vita ci siamo potuti trovare nelle situazioni sopra descritte anche solo per brevi periodi. L'utilizzo di un rimedio floreale può essere indicato anche se un solo aspetto del fiore è riconosciuto come rappresentativo della situazione che si sta vivendo. La decisione su quale rimedio assumere può essere definita dal floriterapeuta o tramite colloquio o mediante test kinesiologico (test Muscolare) oppure direttamente dalla persona (ricordiamo il concetto di auto cura di D.Orem?!) leggendo le descrizioni delle caratteristiche dei rimedi. Importante è sapere che in tutto i rimedi identificati sono 38...quindi ci si può sbizzarrire nella scelta della sfumatura più adeguata a noi. La preparazione dei rimedi, la posologia e le associazioni devono essere sviluppate in altra sede. Parlare di floriterapia solo in senso teorico non è possibile, infatti penso che alcuni trattamenti vadano provati in prima persona per capirne a fondo la potenza e la capacità di intervento. Forza quindi, cerchiamo poi di condividere le esperienze vissute.

N.B. se alcuni di voi dovessero avere dei quesiti particolari da porre rispetto all'utilizzo dei fiori, potete inviarmi una mail: [valentina.iacchia@libero.it](mailto:valentina.iacchia@libero.it).

\* IP / Ostetrica - Libera Professionista

#### BIBLIOGRAFIA

1. RANKIN-BOX D. Terapie complementari: il manuale dell'infermiere Milano, Edizioni McGraw-Hill, 2002
2. GERBER Richard Medicina Vibrazionale Edizioni LAMPIS 1988
3. BACH Edward, Guarire con i fiori, a cura di Claudio Mazza, Palermo, Nuova Ipsa Editore, 2001
4. HOWARD Judy, I rimedi floreali per la salute della donna Macro Edizioni 1996
5. CAMPANINI M.Elisa I rimedi floreali australiani Riza Scienze Giugno 2005
6. ZANARDI M. I fiori Himalayani Riza Scienze Luglio 2002
7. NOCENTINI F. PERUZZI M.L. Il grande libro dei fiori di Bach Demetra edizioni 2004
8. BACH Edward Tutte le sue opere Macro edizioni 2000
9. NARCISI Manuela I fiori Himalayani e fiori di bach Edizioni il punto d'incontro
10. SIMEONI M., PIROVANO D., Le carte dei fiori di bach Red edizioni 2003
11. SCHEFFER Mechthild, Terapia con i fiori di Bach, Quaderni del viveremeglio, Palermo, Nuova Ipsa Editore
12. PIGOZZI Paolo Il grande libro delle terapie naturali Demetra Edizioni 2003
13. DR.C.Tal SCHALLER La salute di madre e bambino Edizioni BIS
14. BARNES Jo et al., Complementary therapies in pregnancy, The Pharmaceutical Journal





## Etica e deontologia

*Codice Deontologico dell'infermiere: quale idea di persona esprime?*

a cura di Stefano Citterio

Per questo numero pubblichiamo l'intervento del Presidente del nostro Collegio, Stefano Citterio al IV Convegno Internazionale dell'Associazione Medicina e Persona tenutosi c/o l'Aula magna dell'università Statale di Milano dal 21 al 23 giugno 2007 intitolato "La nuova medicina: cura della persona o utopia dell'uomo perfetto?"

L'intervento è avvenuto nella 4° sessione dal titolo "È ancora possibile un Codice Deontologico?"

Prima di parlare di Codice Deontologico è opportuno chiarire sinteticamente il senso e l'utilità che può avere per un'attività professionale come quella dell'infermiere.

La Sociologia che ha studiato le professioni in termini di caratteristiche peculiari, modalità di nascita e di sviluppo ha individuato fra le diverse caratteristiche che contraddistinguono una attività professionale la presenza di un CODICE ETICO o meglio di una deontologia professionale.

**La deontologia professionale è l'espressione dell'etica professionale** in quanto traduce in norme le istanze morali, specialmente in relazione ai destinatari delle prestazioni e dell'attività professionale. In realtà i rapporti fra etica e deontologia sono più complessi<sup>1</sup>.

La deontologia presuppone una visione etica e una condivisione di valori del gruppo di professionisti che la esprime.

Tra le "ragioni" dell'esistenza dei Codici Deontologici ritroviamo:

- Espressione pubblica delle regole di autodeterminazione degli appartenenti ad una professione.
- Espressione pubblica del senso della professione.
- Asimmetria della relazione tra professionista e cliente/utente, che richiede un equilibrio.
- Tutela della professione e di coloro a cui si rivolge.

Quindi identificazione, appartenenza, visibilità delle professioni, strumento di magistratura interna alle professioni stesse, contrappeso nella asimmetria

nella relazione tra professionista e utente. Forse gli attuali CD rischiano di essere più espressione della tutela del professionista che non legati a queste necessità che ho espresso.

La storia delle professioni ci insegna che ad un certo punto il gruppo degli aderenti DEVE esprimere pubblicamente i propri valori e credenze, che in fondo esprimono anche il VALORE e i CONTENUTI della professione che esercitano. La storia, non solo delle professioni, è piena di giuramenti, promesse solenni, patti che evidenziano come l'appartenenza ad un determinato gruppo sia veicolato ed evidenziato anche attraverso queste forme.

**Parlare di Codice deontologico significa anche discutere circa l'utilità degli Ordini o Collegi**, quali istituzioni deputate alla loro emanazione. Su questo vorrei aprire una piccola parentesi per fissare due punti secondo me utili per indirizzare correttamente il dibattito sulla questione.

In tutte le esperienze anche internazionali, alle quali spesso si fa riferimento per giustificare l'opportunità di abolire gli ordini, è identificato sempre un ENTE REGOLATORE composto dagli stessi appartenenti alla professione. Quello che cambia quindi è la forma e non mi pare si possa mettere in discussione la necessità di questo ente regolatore, comunque lo so voglia poi declinare se sotto forma di emanazione dello stato (ordini) o sotto forma di associazioni private fra professionisti.

Il problema vero, anche nel dibattito in corso, riguarda i COMPITI e LE FUNZIONI che si vogliono attribuire a questo ente regolatore e come garantire la

<sup>1</sup> C. Calamandrei, L. D'Addio, commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere, McGraw-Hill, Milano, 1999, pag. 11



REALE rappresentatività. Ritengo che le essenziali attribuzioni di questi enti regolatori debbano riguardare:

- definizione dei curriculum formativi e manutenzione delle competenze (almeno come vigilanza);
- la definizione di standard di competenze richiesti ai professionisti e delle modalità di valutazione;
- la definizione della deontologia professionale ed esercizio del potere disciplinare.

Esiste poi un problema non trascurabile di questi enti, ed in particolare per la situazione italiana di oggi: la reale RAPPRESENTATIVITÀ degli ordini e collegi. Questo deve costituire per tutti un elemento di forte riflessione e non di giustificazione alla loro abolizione.

**L'attuale codice deontologico dell'infermiere** è stato elaborato nel 1999 e si tratta per gli infermieri italiani del terzo codice deontologico. Il primo risale al 1960, rivisto successivamente nel 1977.

L'attuale codice si apre con il **Patto infermiere cittadino**, elaborato nel 1996, che espone con una certa solennità e nella forma del discorso diretto "io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a...." gli impegni che i membri della professione si assumono verso i possibili utenti

Un patto ha diverse caratteristiche che identificano un certo filo rosso presente nel CD:

- È bilaterale.
- È consensuale.
- Presuppone una *partnership*, tendenzialmente paritaria fra i protagonisti<sup>2</sup>.

Si sottolinea la centralità della persona assistita per l'attività infermieristica, anche come parte attiva del processo assistenziale.

Forse chiarisce meglio dell'intero Codice cosa deve attendersi l'utente dall'infermiere, anche se il linguaggio eccessivamente informale desta perplessità. Questo documento tende a rappresentare poco il contenuto tecnico professionale dell'infermiere essendo sbilanciato eccessivamente verso la componente relazionale/emotiva della professione.

Il codice è suddiviso in premessa, disposizioni finali e 5 articoli, sviluppati in 49 commi.

### 17 articoli riguardano:

1. Premessa
2. Principi della professione
3. Norme generali
4. Rapporti con la persona assistita
5. Rapporti professionali con colleghi e altri operatori
6. Rapporti con le istituzioni
7. Disposizioni finali

Segnalo alcune scelte chiare che esplicita l'attuale codice deontologico dell'infermiere:

- rifiuto dell'accanimento terapeutico (4.15);
- rifiuto dell'eutanasia (4.17);
- rifiuto alla contenzione sia fisica che farmacologica pur riconoscendone l'utilità in casi estremi (4.10);
- l'apertura positiva alla cultura della donazione di sangue, tessuti e organi (normata per la prima volta);
- diritto all'obiezione di coscienza (2.5);
- la scelta di questo CD è di non entrare in modo specifico in quanto già normato dalla legge se non in termini generali: viene trattato in questo modo, ad esempio, il tema della privacy.

Non è possibile ovviamente in questa sede prendere in esame i singoli articoli con i rispettivi commi per questa ragione mi limiterò ad esporre i criteri con i quali ho riletto il CD, in relazione allo scopo di questa relazione: trarne l'idea di persona che viene veicolata.

Quando parlo di persona intendo sia l'infermiere che la persona assistita.

Una prima analisi parte da come questi due soggetti, I PROTAGONISTI del Codice Deontologico sono citati nell'attuale codice.

**L'infermiere** è visto come un soggetto responsabile, attivo, consapevole delle proprie competenze ma anche dei propri limiti. Che si interessa della persona assistita, in qualsiasi situazione o condizione ma attento anche all'organizzazione dei servizi e all'equo utilizzo delle risorse.

Per quanto riguarda la **persona assistita**, nel Codice non si parla mai di PAZIENTE ma di PERSONA ASSISTITA o semplicemente persona, vista nella sua globalità, come parte attiva del processo di assistenza,

<sup>2</sup> D. Rodriguez, Medicina Legale per infermieri, Carrocci e Faber, 1999



in grado di orientare le scelte assistenziali, facilitato nello sviluppo e nell'espressione di se (4.12), considerato non solo come individuo ma come soggetto inserito in un contesto familiare e relazionale.

Al di là di quanto scritto nell'attuale Codice, che rappresenta un punto di partenza significativo, è opportuno tracciare alcuni presupposti che, se contenuti nella definizione del Codice Deontologico, sostengono una concezione di persona, garantendo l'espressione del professionista e la tutela della persona assistita:

- **realismo:** l'attenzione alla realtà in tutte le sue componenti, cioè la capacità del Codice Deontologico di leggere la realtà in tutti i suoi fattori e di tutelarli. Ontologia dell'essere (come è fatto l'uomo, valore attribuito alla malattia e alla sofferenza, ...), libertà dell'esercizio professionale, ...
- **Corrispondenza tra CD ed esperienza professionale ed umana:** il CD traccia una indicazione utile al professionista per affrontare i dilemmi che riscontra durante la propria attività professionale? O si pone ad un livello eccessivamente astratto? Meglio ancora, riassume il bagaglio di esperienza e tradizione (intesa proprio come esperienza criticamente vissuta) che la professione ha accumulato?
- **Richiamo del CD alla responsabilità professionale** cioè alla chiamata che la presenza dell'altro (in questo caso la persona assistita) pone soprattutto nel caso della malattia e della sofferenza. Questa richiesta di salute che alla sua radice è domanda di salvezza. Cioè il CD valorizza il rapporto fiduciario tra infermiere e persona assistita?
- **Mantenimento della alterità:** quel principio per cui nel rapporto con l'altro non si può mai espropriare il proprio io, la propria soggettività. La professione aiuta e sostiene ma non può mai sostituire l'altro, specie nel momento della malattia e della sofferenza.

Il nostro CD, a mio parere, contiene molti spunti e riflessioni positive sui presupposti riferiti a responsabilità e alterità, potrebbe invece essere potenziato sui primi due. A volte infatti è valutato un po' astratto e lontano dalla realtà che i singoli professionisti vivono.

Lascio a ciascun professionista ulteriori valutazioni.

### Vorrei concludere con tre annotazioni finali:

- 1 **Il CD fissa il limite minimo** sotto il quale non si deve andare ma non indica l'eccellenza professionale per questo non si può chiedere al CD ciò che non può fare. Quello che c'è in gioco è la libertà del professionista che agisce nella specifica situazione, ed è questo che il CD deve tutelare. Nessun codice potrà mai sostituirsi alla libertà della persona.
- 2 **GAP tra esercizio professionale e Codice Deontologico.** Sono relativamente pochi gli infermieri che conoscono o addirittura hanno letto il CD. Ciò probabilmente è dovuto ad una crescita culturale necessaria ma anche al fatto che gli attuali CD rispecchiano poco i presupposti che ho enunciato.
- 3 **Ultima osservazione riguarda il crescente relativismo etico** che renderà sempre più difficile la definizione di un CD. I futuri CD probabilmente risulteranno sempre più annacquati e rischieranno di essere sempre meno utili come guida per l'agire professionale.

Speriamo che questo non accada anche per l'ipotizzata revisione del nostro CD per l'anno 2009 e per l'accordo sui Valori Comuni delle Professioni Liberali in Europa, che coinvolgerà anche gli infermieri per il tramite della FEPI (Federazione Europea Professioni Infermieristiche).

*Grazie per l'attenzione.*

#### BIBLIOGRAFIA

1. Codice deontologico dell'infermiere, Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 1999;
2. Patto Infermiere Cittadino, Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 1996;
3. C. Calamandrei, L. D'Addio, Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere, McGraw-Hill, Milano, 1999;
4. D. Rodriguez, Medicina Legale per infermieri, Carrocci e Faber, 1999;
5. A. Scola, Salute e salvezza: un centro di gravità per la medicina, Edizioni Cantagalli, 1999
6. Siti consultati: Collegio IPASVI COMO: [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it), Federazione Europea Professioni Infermieristiche [www.fepi.org](http://www.fepi.org)



# Commissione esercizio

30

Le vacanze estive si sono concluse e tutte le attività riprendono il loro ritmo naturale, o forse sarebbe meglio dire "naturalmente intenso", che ci accompagnerà fino alle prossime vacanze estive. Riapre anche la sede del collegio, con alcune novità:

- **Nuovo sito internet.**

A giorni sarà attiva la nuova versione del sito internet del collegio; una nuova veste grafica, contenuti meglio consultabili, link di collegamento ai siti nazionali e la possibilità di iscriversi ad una mailing list che permetta ad ogni infermiere di avere le notizie in tempo reale e sempre aggiornate.

- **È stato rivisto il regolamento per l'esercizio della professione in forma autonoma.**

La precedente versione risaliva ad una decina di anni orsono e considerate le novità legislative che nel frattempo sono state introdotte, ci è sembrato importante rivederlo, aggiornarlo e renderlo disponibile per tutti i colleghi. Il regolamento è uno strumento essenziale per l'esercizio della professione in forma autonoma ed ogni professionista dovrebbe conoscerlo, per questo è disponibile presso la sede del collegio e sul sito internet ed è allegato a questo numero.

- **Previdenza integrativa.**

La cassa previdenziale degli infermieri liberi professionisti E.N.P.A.P.I. ha stipulato un accordo, in collaborazione con altre casse professionali, con il ministero per dare la possibilità agli

infermieri dipendenti di costituirsi una pensione integrativa attraverso la cassa stessa; un ulteriore servizio a disposizione degli infermieri che per permetterci di gestirci in autonomia il nostro futuro.

Nel frattempo prosegue la normale attività della commissione, in particolare cercando di garantire i cittadini sulla professionalità degli infermieri e i professionisti sulle condizioni di esercizio professionale, attraverso l'intervento presso quei colleghi che denunciano situazioni dubbie o che chiedono chiarimenti relativamente al proprio profilo professionale; durante questa prima metà del mandato sono già stati una decina gli interventi effettuati, tutti svolti nell'ottica del favorire l'incontro tra le esigenze professionali, quelle aziendali e quelle dell'utenza.

Continuano anche gli sforzi per migliorare la presenza degli infermieri nelle scuole per o.s.s., in modo da garantirci collaboratori sempre meglio preparati e predisposti al lavoro in equipe. Il lavoro dei colleghi impegnati ad esaminare il personale extracomunitario ed il personale comunitario che chiede di esercitare nella nostra provincia, con non poche difficoltà, anche di ordine etico, che comunque non pregiudicano la serietà degli esami.

Tutto questo naturalmente per portare il contributo degli infermieri nel miglioramento della sanità comasca.

*Per la commissione esercizio professionale  
Oreste Ronchetti Vice Presidente*

## Commissione libera professione

Proseguono gli incontri mensile della commissione.  
Gli incontri sono aperti a tutti gli infermieri interessati

Calendario dei prossimi incontri  
MARTEDÌ 23 OTTOBRE  
MARTEDÌ 27 NOVEMBRE  
MARTEDÌ 18 DICEMBRE

Gli incontri si svolgeranno alle ore 18.00 presso la sede del Collegio – viale C.Battisti,8 Como



# ECM: dopo la sperimentazione... cosa cambia

a cura di dott.ssa Paola Zappa \*

\* Staff formazione – Azienda Ospedaliera S. Anna Como

L'Unione Europea, nel Consiglio di Lisbona del 2000, ha definito quale suo obiettivo strategico di diventare "l'economia basata sulla conoscenza più competitiva e dinamica del mondo" e ha identificato nell'apprendimento permanente l'elemento chiave per il suo conseguimento".

Pertanto, supportare la creazione di una società dei saperi che spenda la propria competenza "per assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal SSN" sembra essere la spinta propulsiva per la definizione delle nuove regole dell'ECM, che hanno trovato corpo nell'accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007 "Riordino del sistema di Formazione Continua in Medicina in Italia.

Quali sono i principali cambiamenti nel variegato panorama formativo della sanità italiana, dopo sei anni di sperimentazione? Quali l'impatto e le conseguenze per gli infermieri?

Un primo importante dato è il numero di crediti formativi

da acquisire nel prossimo triennio, pari a 150, con le specifiche presentate nello schema 1.

Di questi 150, almeno 90 devono essere "nuovi crediti", mentre sino a 60 potranno derivare da eventuali crediti in esubero del periodo sperimentale. Per esemplificare: se il professionista, oltre ad avere sanato il debito formativo del periodo 2004 - 2006, ha acquisito 80 crediti in

più, potrà utilizzare la quota prevista per il successivo triennio (max 60); i restanti 20 faranno parte del suo patrimonio complessivo, ma non hanno valore per il 2008 - 2010. Per l'anno 2007 restano fissati i 30 crediti, con un minimo di 15 ed un massimo di 60.

L'Accordo rinvia alla Commissione Nazionale ECM

la definitiva determinazione delle quote percentuali di crediti da conseguire (ad esempio con la FAD, con l'autoformazione, con gli stage, ecc), ma suggerisce comunque valori percentuali massimi per argomento e tipologia, come descritto nello schema 1.a.

Il rinnovato sistema ECM si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali per migliorare i comportamenti degli operatori sanitari. Questo principio appare assolutamente condivisibile, ma l'incremento del numero di crediti annuali fa intravedere un rischio: il rinnovarsi di

una "corsa ai crediti", che non si traduce automaticamente nell'auspicato miglioramento delle risposte ai bisogni di assistenza infermieristica del cittadino e della collettività, scopo principale della formazione e dell'aggiornamento professionale.

Un secondo punto riguarda i destinatari della formazione. Viene ribadito con chiarezza che tutti gli operatori sanitari che operano nell'ambito della

## Schema 1- CREDITI NEL TRIENNIO

- 2008: 50 (minimo 30 massimo 70)
- 2009: 50 (minimo 30 massimo 70)
- 2010: 50 (minimo 30 massimo 70)

## Schema 1.a - TIPOLOGIA DI CREDITI

- per argomenti di interesse generale, ma pertinenti e connessi con l'attività professionale (es. deontologia, legislazione ecc) 20% del debito triennale
- per attività di docenza 35% del debito triennale

## Schema 2 - I DESTINATARI

- infermieri dipendenti del SSN
- infermieri dipendenti da altre strutture
- infermieri che esercitano la libera professione



salute individuale e collettiva, compresi i liberi professionisti, hanno il diritto dovere di acquisire i crediti. Viene sollecitata per i liberi professionisti l'individuazione di modalità ed incentivi (ad esempio agevolazioni fiscali), che servano a facilitare il loro accesso alla formazione. In effetti, sino ad oggi, l'infermiere che esercita la libera professione è apparso penalizzato sia per quanto riguarda l'offerta formativa che per l'aspetto economico.

La terza novità si riferisce agli obiettivi formativi. Si distinguono obiettivi legati alla specificità professionale e obiettivi di interesse generale legati alla programmazione sanitaria; l'ottica è quella di fornire valore sia ai singoli professionisti sanitari, tramite lo sviluppo concreto delle loro competenze e del loro percorso di carriera, sia alle organizzazioni sanitarie, grazie all'accumulazione di capitale intellettuale e all'innalzamento delle performance individuali, con finalità del miglioramento della assistenza ai cittadini.

Tre sono gli strumenti per la definizione e valutazione degli obiettivi: il piano della formazione (Pfa), il rapporto della formazione (Rfa) e il dossier formativo individuale (Dfi) o di gruppo (Dfg).

Il dossier dovrebbe rappresentare una sorta di portfolio delle competenze (quasi una job description) necessarie per esercitare la propria professione a livello di eccellenza, e che qualificano la posizione organizzativa che l'infermiere ricopre.

La coerenza del dossier può essere valutata direttamente da organismi ad hoc nell'ambito delle aziende di appartenenza; per i liberi professionisti il compito viene svolto da Ordini, Collegi e Associazioni Professionali

La quarta precisazione puntualizza l'equivalenza tra l'offerta formativa regionale e quella nazionale: i crediti hanno il medesimo valore su tutto il territorio nazionale, sia che siano erogati da provider accreditati delle Regioni o dallo Stato.

L'Accordo, al paragrafo "Incentivi e sanzioni" tocca un quinto punto importante, e sul quale gli infermieri si sono spesso interrogati, ovvero «Cosa accade a chi non sana il proprio debito formativo?».

In realtà non viene chiarita la serie di dubbi che ci ha accompagnato in questi anni di sperimentazione; stante quella che viene definita la complessità e la delicatezza del tema, si rimanda ad un confronto successivo con i soggetti interessati, fermo restando il rispetto delle norme esistenti e quanto già previsto nei Contratti in essere.

Un ultimo e sesto aspetto specifica che gli Ordini e i Collegi ricoprono il ruolo di garanti della professione e di certificazione della formazione continua dei propri iscritti. Essi rilasciano la certificazione dei crediti formativi, su richiesta specifica del singolo professionista interessato.

Ordini e Collegi valutano la coerenza del Dossier del proprio operatore (quindi il corretto adempimento dell'obbligo formativo), avvalendosi dell'anagrafe nazionale dei crediti ECM per i professionisti della sanità, tenuta dal Consorzio gestione anagrafica professioni sanitarie (Cogeaps).

Alla domanda "Chi è il tennario del sistema dei crediti?",

che spesso gli infermieri si sono posti, oggi si è dunque data finalmente risposta. È importante precisare che la responsabilità di trasmettere alle anagrafi i crediti acquisiti in Italia è in capo ai Provider accreditati (coloro che organizzano i corsi e rilasciano gli attestati); il singolo professionista deve invece trasmettere agli organismi deputati, direttamente e per via informatica, i crediti acquisiti all'estero.

Per concludere alcune considerazioni su opportunità e pericoli che il sistema ECM porta con sé.

Buona parte del mondo infermieristico ha sempre riconosciuto alla formazione un valore aggiunto; l'ha identificata tra le reali fonti di accrescimento del proprio sapere e della propria competenza. Ha riposto nella formazione grande fiducia, in quanto strumento che sostiene e sollecita il cambiamento necessario ad erogare un'assistenza infermieristica di qualità.

Negli anni 2000 la scienza, e con lei la disciplina infermieristica, velocemente cresce, si rinnova. Alcune pratiche, usuali sino a ieri, vengono rico-

### Schema 3 - GLI OBIETTIVI

Obiettivi formativi specifici

- Assistenza infermieristica (generale o specifica di area/settore)

Obiettivi formativi generali

- Rischio clinico; management; prevenzione e protezione
- eccetera

### Schema 4 - OFFERTA FORMATIVA

Credito ECM nazionale = credito ECM/CPD Regione Lombardia



nosciute prive di efficacia (si pensi solo alla gestione e trattamento delle lesioni da pressione, alla tricotomia, all'assistenza infermieristica alla persona portatrice di stomia) e l'infermiere deve essere in grado di scegliere, tra una pletera di offerte formative, quelle realmente utili a migliorare la sua prassi quotidiana e a mettere il paziente davvero al centro dell'assistenza.

Qual è allora la formazione che serve? Come è possibile verificare le relazioni di cause – effetto tra formazione e performance individuali/aziendali? Come fare ad acquisire i 50 crediti, senza lasciarsi sopraffare dal "panico da punto"?

Come spesso accade non ci sono ricette precostituite e le affermazioni di principio si sprecano, però chi scrive è convinto che l'infermiere deve divenire il principale artefice del suo processo di apprendimento continuo, ne deve diventare partecipe e protagonista nello stesso tempo:

- suggerire/supportare le istituzioni e gli enti rappresentativi per organizzare corsi ad hoc, validi dal punto di vista dei contenuti e fruibili per tempi e spazi
- avvicinarsi con maggiore fiducia alla formazione a distanza
- farsi promotori di eventi di formazione sul

campo, dove ampie sono le opportunità da sfruttare (vedi Agorà n° 26 del marzo 2005). Verso la formazione sul campo credo vada orientato l'impegno di tutti i colleghi; si tratta infatti di sistematizzare, formalizzare e far emergere la valenza educativa di una prassi quotidiana orientata a prestazioni infermieristiche sicure e basate sulle evidenze scientifiche più recenti, con risultati benefici per il paziente e per il sistema sanitario

Si pensi all'impegno dato nell'elaborazione di protocolli/procedure assistenziali, negli audit clini-

co/assistenziali, nella ricerca infermieristica, nelle supervisioni d'équipe, nella discussione di casi assistenziali, nel tutoraggio all'infermiere neo assunto/neo assegnato, impegno che può vedersi tradotto in formazione e contabilizzato in credito formativo.

L'augurio è di imboccare la strada che ci porta oltre: avere la formazione di un infermiere portatore di cultura professionale atta a fornire un'assistenza infermieristica individualizzata a tutte le persone.

"La mente non ha bisogno, come un vaso, di essere riempita, ma piuttosto, come legna, di una scintilla che l'accenda e vi infonda l'impulso della ricerca e un amore ardente per la verità".

Plutarco

#### **Schema 5 – INCENTIVI E SANZIONI**

- Tavolo di confronto Commissione ECM e Soggetti interessati
- Leggi – Ccnl – Aacn vigenti

#### **Schema 6 REGISTRAZIONE DEI CREDITI FORMATIVI**

- Anagrafe formativa nazionale e regionale
- #### **CERTIFICAZIONE DEI CREDITI FORMATIVI**
- Ordini e Collegi

## **ELEZIONI RSU**

**Ricordiamo che dal 19 al 22 novembre pp.vv. ci saranno le elezioni per il rinnovo delle RSU: Invitiamo tutti gli infermieri a partecipare.**



# La formazione continua: diritto, dovere, opportunità. Esperienza in R.S.A.

a cura di Inf. Simona Banfi

34

*Estratto della tesi di Master Universitario di primo livello in "Management infermieristico per le funzioni di coordinamento" – Università Studi Roma Tor Vergata – Facoltà di Medicina e Chirurgia – sede IDI Padre L. Monti Saronno*

La tesi svolta è relativa ad un Progetto di Formazione calato in un contesto sociale e sanitario quale sono le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.). Per inquadrare e comprendere la realtà lavorativa delle R.S.A., è necessario ripercorrere il loro cammino a livello legislativo, strettamente legato anche allo sviluppo storico, sociale e culturale della società italiana in cui è inserito.

Negli ultimi anni si è verificato un sostanziale cambiamento dell'organizzazione sanitaria a livello nazionale, soprattutto nella realtà lombarda. A livello regionale la suddivisione dei ruoli e delle competenze, per come sono state attribuite, ha cambiato notevolmente il volto della realtà, sia a livello sanitario che a livello sociale.

La legislazione attuale richiede una maggior personalizzazione dell'assistenza con obiettivi sempre più mirati ai bisogni specifici degli utenti, e ciò richiede da parte di tutti gli operatori sanitari una preparazione competente ed aggiornata. La formazione infermieristica in questi ultimi 20 anni, è stata interessata da un rinnovamento; a partire dal 1992 si assiste all'istituzione del canale formativo solo in ambito universitario e nel 1994 arriva il riconoscimento alla professione infermieristica quale attività intellettuale e non più ausiliaria. A conclusione di questo iter legislativo estremamente professionalizzante, la Legge 251 del 2000 riconosce l'autonomia della professione, l'equipollenza del vecchio titolo di "infermiere professionale" e traccia un itinerario possibile per la carriera: nasce la dirigenza infermieristica ed il servizio infermieristico indipendente. Come per le altre professioni sanitarie, anche per gli infermieri, dal 2000 si ritiene fondamentale la formazione continua: così come in altri settori, anche in

quello infermieristico la cosiddetta "formazione permanente".

Il circuito extra ospedaliero sarà tendenzialmente meno sensibile alla necessità di organizzare al loro interno uffici preposti alla Formazione. In modo particolare, sia per quanto concerne gli infermieri liberi professionisti sia per quanto riguarda gli infermieri dipendenti di Enti Locali, Residenze Sanitarie Assistenziali, Comunità Psichiatriche, Residenze Assistenziali per Disabili, la professionalizzazione dell'infermieristica, la crescita nelle competenze infermieristiche di base, l'ancoraggio a organizzazioni di tipo culturale (Società Scientifiche, Collegi I.P.A.S.V.I., Associazioni Professionali) risulterà avvertito come poco importante. Senza pensare a una formazione indiscriminata e generica (tipica di un infermiere "tuttologo") alcune questioni legislative, scientifiche, metodologiche, tecniche, riguardanti la professione rappresentano un bagaglio di base le cui lacune inducono regressioni della categoria e ripercussioni sul benessere dell'utente.

A fronte delle riflessioni appena concluse è comprensibile la decisione di approfondire in questo lavoro di tesi la conoscenza della nascita e dello sviluppo di un Ufficio Formazione presso la "confederazione" di R.S.A. e Comunità Psichiatriche facenti capo alla Cooperativa Vitaresidence.

Il Servizio Formativo è "nato" solo dal 2005, l'Ufficio Formazione è stato riconosciuto quale Organizzatore di Attività Formative dal Ministero della Salute, per cui alcuni corsi di aggiornamento accreditati sono proposti anche ad operatori sanitari esterni alla Cooperativa. Chi scrive ha voluto effettuare un'analisi critica della tipologia dei corsi offerti e di alcune caratteristiche dell'utenza che ad essi



offerisce, basandosi anche su una revisione dei corsi proposti nel primo anno di attività dell'Ufficio. L'Ufficio Formazione come esposto nell'elaborato ha proposto nel 2005 corsi accreditati fino a raggiungere un numero di crediti complessivo pari a 60. L'Ufficio Formazione nel primo anno di lavoro è riuscita ad attivarsi in modo tale da poter soddisfare ampiamente i crediti formativi richiesti a livello legislativo, ed inoltre gli aggiornamenti proposti erano appropriati alla realtà lavorativa in cui operano gli infermieri.

Dall'esame condotto si evince una presenza minima ai corsi di operatori e professionisti interni alla cooperativa, a fronte di un afflusso più che soddisfacente di corsisti esterni. Ne segue un'analisi relativa alle motivazioni e alle conseguenze di tale stato di cose.

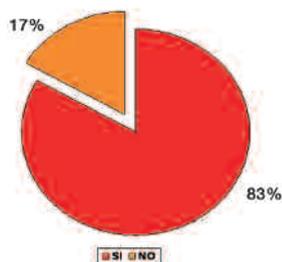
In collaborazione con il personale dell'Ufficio Formazione, è stato formulato un questionario che è stato distribuito nel mese di ottobre 2006, a tutti i 283 soci-lavoratori.

Esso era presentato da una lettera di accompagnamento in cui si esplicitava la motivazione, la modalità di compilazione ed il termine di riconsegna. Il questionario è stato impostato prevalentemente con domande chiuse, con risposte predefinite.

Le cassette di raccolta dei questionari compilati in forma anonima sono state ritirate dalle reception di ogni Vitaresidence in cui erano depositate 40 giorni dopo la loro consegna. La rispondenza alla partecipazione è stata del 25%; per quanto si tratti di un dato parziale e poco rappresentativo è possibile esprimere un commento sui risultati ottenuti dalla Cooperativa.

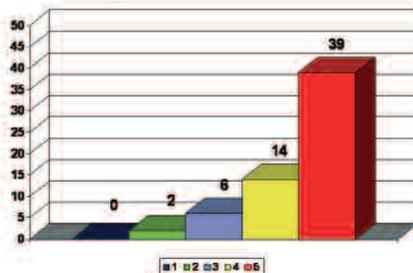
Le strutture che hanno risposto maggiormente sono il Vitaresidence n. 3, ed il n. 4 (sono le più grandi) e quelle appartenenti all'area psichiatrica (Vitaresidence n. 1. n. 5, n. 6), la categoria più responsiva è stata quella amministrativa; i medici, gli infermieri, gli operatori di supporto hanno risposto al 22%. La presenza dell'Ufficio Formazione nella realtà della Cooperativa è conosciuta in tutti i settori rappresentati; lievemente meno sono note le persone che lavorano e danno vita agli incontri, ai corsi di aggiornamento ed altri eventi formativi che sono stati organizzati durante questi anni di attività. La programmazione è nota all'83% dei soci della Cooperativa che hanno risposto al questionario.

È a conoscenza della programmazione dei corsi di formazione proposti dall'Ufficio per l'anno in corso?



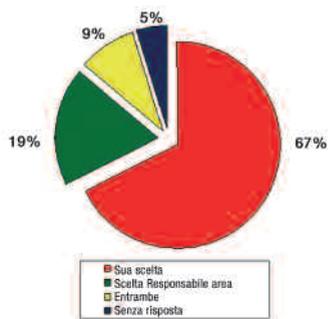
La maggior parte degli operatori che hanno risposto, reputano la formazione non solo opportuna ma necessaria per svolgere in modo adeguato e professionale il loro compito.

Per svolgere adeguatamente le Sua attività professionale Lei ritiene che l'aggiornamento e la formazione continua siano:



Da 1 = superflua a 5 = necessaria

Se hai frequentato corsi Vitaresidence, la partecipazione è stata:



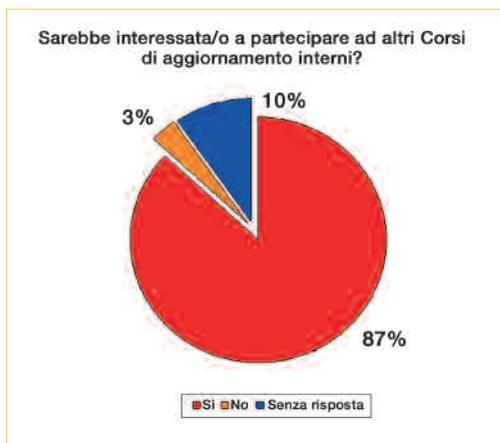
I dati indicano che la partecipazione è per il 67% un'iniziativa personale per cui è indispensabile una cultura ed una crescita da parte delle persone che occupano posizioni di controllo e di programmazione al fine di incentivare la crescita professionale,



senza avere il timore che ciò porti ad ulteriori problemi di natura organizzativa. Al contrario, la condivisione di obiettivi e strategie porta a quel lavoro di gruppo necessario per il raggiungimento di obiettivi a breve, media o lunga scadenza.

Il giudizio sulla qualità degli eventi formativi proposti è da considerare tra buona e ottima, qualunque sia l'aggettivo che si prenda in considerazione. Tale giudizio mette in evidenza come l'attenzione alla preparazione, ai contenuti, alla docenza, all'organizzazione sia considerata importante dall'Ufficio Formazione.

Tutti hanno dichiarato di considerare la formazione continua necessaria per meglio svolgere il proprio lavoro, ciò presuppone dunque la volontà di impegnarsi e di investire in ciò.



Nonostante la bassa percentuale di risposte al questionario si possono trarre delle conclusioni per la programmazione e l'elaborazione di corsi di aggiornamento futuri.

È fondamentale avviare una formazione comune e condivisa con le figure che erogano l'assistenza di base, diretta ed indiretta. Dovrebbero essere fissati alcuni obiettivi comuni e durante il prossimo anno di attività perseguirli. Tutti hanno dichiarato di considerare la formazione continua necessaria per meglio svolgere il proprio lavoro, ciò presuppone dunque la

volontà di impegnarsi e di investire in ciò. Ma tale impegno implica un coinvolgimento a medio e lungo termine della Cooperativa sia a livello economico sia come impegno da parte dei responsabili di condividere un cammino comune.

Come afferma Auteri quando scrive: *"La formazione rappresenta un punto d'incontro fra le potenzialità e i bisogni dell'individuo e le potenzialità e i bisogni dell'organizzazione, fra il sapere individuale e il saper fare organizzativo"*<sup>1</sup> ed ancora *"...il potenziamento della qualificazione reale delle persone è pertanto un investimento che l'impresa deve fare a beneficio dello sviluppo delle persone e della propria competitività. Per realizzare questi obiettivi si devono creare, in particolare da parte delle direzioni aziendali, le condizioni favorevoli (valori diffusi, politiche, sistema premiante, strumentazione ecc.) per realizzare un collegamento organico e non casuale fra apprendimento individuale, trasferimento al gruppo e all'organizzazione e miglioramento continuo e innovazione..."*<sup>2</sup>.

Un altro aspetto da non dimenticare è comunque la responsabilità di formarsi e di aggiornare le sue conoscenze, che ognuno dei professionisti e degli operatori ha verso la Cooperativa, verso i degenti e verso se stesso. Ricordando un passaggio che Auteri cita nel suo libro: *"...si evidenzia una nuova responsabilità nell'autoformazione come dovere-diritto dei soggetti operanti all'interno ed all'esterno dell'organizzazione verso la propria formazione"*<sup>3</sup>.

Ogni lavoratore attraverso la formazione deve raggiungere un grado di autonomia nel proprio lavoro, ma senza dimenticare che il cammino quotidiano è sostenuto da tante persone con lo stesso obiettivo. È necessario da parte dell'Ufficio Formazione il monitoraggio continuo degli obiettivi preposti. Si ribadisce l'assoluta importanza della cooperazione tra l'Ufficio Formazione ed il contesto organizzativo in cui esso è inserito. Dirigenti e coordinatori sono gli interlocutori principali.

Sia i punti in comuni che le differenze rappresentano presupposti importanti per formare e per autoformarsi.

<sup>1</sup> Auteri Enrico, (2001) Management delle risorse umane, Ed. Guerini e Associati, Milano, pag. 197

<sup>2</sup> Auteri Enrico, (2001) Management delle risorse umane, Ed. Guerini e Associati, Milano, pag. 299

<sup>3</sup> Auteri Enrico, (2001) Management delle risorse umane, Ed. Guerini e Associati, Milano, pag. 302



# Indagine di prevalenza sulle lesioni da decubito (LDD) presso i presidi dell'Azienda Ospedaliera S. Anna

Rosella Maffia – Infermiere Coordinatore

Nadia Colapinto – Infermiera

U.O. Dermatologia Azienda Ospedaliera S. Anna Com

**Abstract** - L'articolo propone i risultati di una indagine di prevalenza sulla diffusione delle lesioni da pressioni effettuata presso il più grande ospedale della provincia di Como con il coinvolgimento di oltre 400 ricoverati.

L'indagine mette in evidenza la distribuzione delle lesioni nei pazienti e rappresenta il primo tassello di un piano complessivo e sistematico per affrontare tali patologie messo in atto nella AO S. Anna di Como.

Tramite l'istituzione di uno specifico centro per il trattamento dei pazienti affetti da ulcere cutanee (centro vulnologico), l'Azienda si pone l'obiettivo di introdurre protocolli, procedure condivise, nel rispetto delle linee guida nazionali e internazionali sul tema per garantire ai propri utenti la massima qualità nelle prestazioni assistenziali nell'ottica principale della prevenzione di tali eventi.

Nel corso del 2006, presso l'azienda Ospedaliera S. Anna di Como, è stato istituito il "Gruppo Operativo Professionale per il trattamento di pazienti affetti da ulcere cutanee (Centro Vulnologico)". Il principale obiettivo che il gruppo multidisciplinare si proponeva era orientato alla realizzazione di percorsi uniformi e condivisi a livello di tutte le unità operative per il governo clinico della patologia in questione, attuando in ogni fase percorsi uniformi sotto il profilo diagnostico, terapeutico e della prevenzione nei pazienti affetti da lesioni vascolari, lesioni da decubito, ecc, attraverso la redazione di protocolli e procedure nel rispetto delle linee guida nazionali e internazionali. Il gruppo di infermieri facenti capo alle unità operative coinvolte nel progetto, oltre a produrre una nuova scheda di medicazione da inserire nella cartella clinica integrata utilizzata anche negli ambulatori, ha dato vita ad un sottogruppo che si è occupato esclusivamente di lesioni da decubito, elaborando un progetto specifico per la realizzazione del "Protocollo aziendale sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito". Per conoscere la situazione su cui intervenire a livello aziendale, il 7 novembre 2006 nei quattro

presidi aziendali (Cantù, Mariano, Como, Menaggio) si è svolta una indagine di prevalenza.

Lo scopo dell'indagine è stato quello di evidenziare in quali U.O. si riscontravano lesioni da decubito superiore al 20% per:

- promuovere corsi di formazione al personale infermieristico delle U.O. interessate;
- coinvolgere alcuni infermieri e medici delle U.O. con un indice di prevalenza > 20%, nella stesura definitiva del protocollo aziendale;
- ottimizzare la scelta dei presidi antidecubito (utilizzando uno strumento - scala di valutazione del rischio - scientificamente valido, unico per tutte le U.O.);
- ottimizzare la scelta delle medicazioni;
- condividere una scheda di documentazione per la registrazione dei dati dei pazienti con lesioni.

## METODOLOGIA UTILIZZATA

- tutti i pazienti sono stati valutati in un giorno-indice (il 7 novembre);
- è stata fatta formazione a tutti i rilevatori dei dati;



- la rilevazione è stata fatta da due persone per garantire maggiore obiettività
- inserimento dei dati in computer
- 4 stadi di valutazione delle lesioni da decubito secondo la stadiazione NPUAP(\*)
- valutazione del rischio di insorgenza lesioni da decubito secondo la Scala di Braden.

Per la valutazione del rischio di insorgenza lesioni da decubito è stata utilizzata la Scala di Braden.

Sono stati indagati alcuni parametri tra cui:

- età dei pazienti,
- tipo di lesioni suddivise nei quattro stadi (secondo la stadiazione NPUAP),
- localizzazione delle lesioni e se l'insorgenza è avvenuta prima o dopo il ricovero,

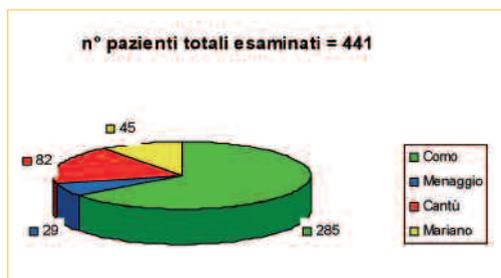
In merito alle superfici antidecubito e le medicazioni:

- tipo di superficie,
- assegnazione delle superfici,
- tipo di medicazioni applicate sulle ulcere considerando i quattro stadi NPUAP.

Altri aspetti indagati sono stati: l'incontinenza, la mobilità, l'utilizzo dei cuscini antidecubito, la valutazione dietologica.

### PRINCIPALI RISULTATI OTTENUTI

Il numero complessivo dei pazienti sottoposti a indagine, nei quattro presidi dell'azienda, è stato di 441 su un totale di 720 posti letto (escludendo i reparti di dialisi, ostetricia e psichiatria) come evidenziato nel grafico specifico.



In particolare si vogliono mettere in evidenza i seguenti dati organizzati per Presidio di rilevazione:

#### Presidio Como

n° pazienti 285

n° pazienti con lesioni 41  
n° lesioni 64  
lesioni sviluppate in ospedale 67%  
con piano di trattamento il 37%  
**prevalenza complessiva 14%**

#### Presidio Menaggio

n° pazienti 29  
n° pazienti con lesioni 2  
n° lesioni 2  
lesioni sviluppate in ospedale 100%  
con piano di trattamento il 50%  
**prevalenza complessiva 7%**

#### Presidio Cantù

n° pazienti 82  
n° pazienti con lesioni 7  
n° lesioni 12  
lesioni sviluppate in ospedale 25%  
con piano di trattamento il 100%  
**prevalenza complessiva 9%**

#### Presidio Mariano

n° pazienti 45  
n° pazienti con lesioni 16  
n° lesioni 18  
lesioni sviluppate in ospedale 83%  
con piano di trattamento il 19%  
**prevalenza complessiva 36%**

**Prevalenza complessiva delle lesioni 16,5%**

**Per quanto riguarda la localizzazione lesioni**, in ordine di quantità sono state riscontrate a livello del sacro, dei talloni, del trocantere, delle scapole, a livello dell'ischio.

#### Gli stadi più ricorrenti sono:

II° stadio **42%**,  
I° stadio **38,25%**,  
III° stadio **14%**,  
IV° stadio **3,5%**,  
escara **2,25%**.

**Altre lesioni (vascolari) = 23%**

#### Scala di valutazione

Per la valutazione del rischio di contrarre lesioni da decubito viene utilizzato un indice solo nel 3% delle U.O..



- Fra tutti i pazienti presi in esame, 66 presentavano lesioni da decubito pari al 16.5%.

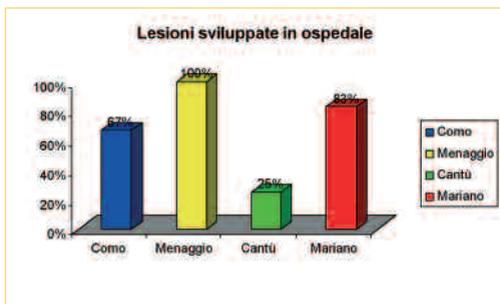


Tra tutti i pazienti che presentavano lesioni sono stati indagati alcuni parametri tra cui:

- età dei pazienti: evidenziando che la maggioranza dei pazienti aveva un'età superiore ai 65 anni (dal 57 al 100% dei pazienti in relazione al presidio di appartenenza)



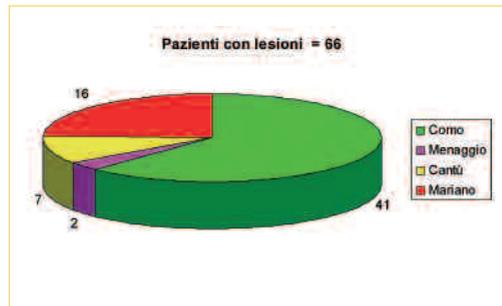
- se l'insorgenza è avvenuta prima o dopo il ricovero



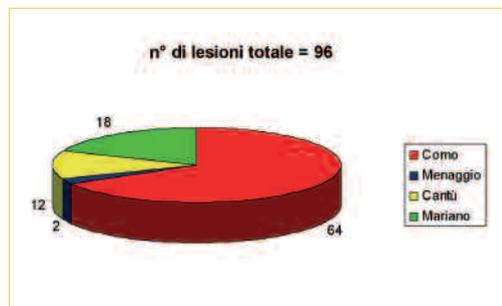
- utilizzo di schede o cartelle per documentare il piano di trattamento



- distribuzione delle lesioni per Presidio Ospedaliero



- n° lesioni



- localizzazione delle lesioni

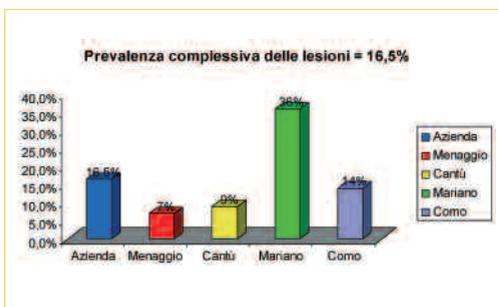


- categorie delle medicazioni avanzate più utilizzate: idrocolloidi, gels, schiume di poliuretano, film membrana
- materassi antidecubito sono presenti nel 72% dei pazienti con lesioni
- pazienti con incontinenza sono l'84% dei pazienti con lesioni
- valutazione dietologica è stata fatta nel 50,75% dei pazienti con lesioni

### DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Alla luce dei dati emersi, la prevalenza risulta essere il 16,5% in linea con i dati nazionali.

Gli stadi (NPUAP) delle lesioni prevalenti sono stati il I° e il II°.



Le differenze tra i presidi è legata alla tipologia delle U.O. coinvolte. Infatti gli Ospedali di Como, Cantù e Menaggio si caratterizzano come Ospedali per acuti mentre Mariano ospita solo pazienti di Riabilitazione e/o ricoverati c/o l'Hospice.

È stata evidenziata la necessità di intervenire sulla prevenzione attraverso:

- formazione mirata
- realizzazione di schede specifiche
- stesura protocollo aziendale.

Con l'introduzione del protocollo aziendale sulla "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione", si auspica di arrivare ad una maggiore sensibilizzazione su tale argomento attraverso il coinvolgimento diretto degli operatori (medici, infermieri), affinché i risultati della prossima indagine di prevalenza evidenzino una riduzione delle lesioni sviluppate durante la degenza ed una uniformità di trattamento.

La necessità di operare secondo l'Evidence Based (Medicine o Nursing), nasce non solo come obbligo normativo (legge 229/99) ma è anche richiamato dai Codici Deontologici dei medici (art.12) e degli infermieri (art.3.1) che congiuntamente e con impegno dovrebbero essere promotori di innovazioni e continuo aggiornamento.

Si ringraziano tutti gli infermieri che hanno partecipato allo svolgimento dell'indagine:

Maria Luisa Bianchi e Miriam Bargna rappresentanti del SITRA, Maffia Rosella, Colapinto Nadia, Astolfi Valentina, Canu Pamela, Caroppo Stefania, Castelli Laura, De Gennaro Alessia, Ferrari Marco, Lamperti Cristina, Zaffaroni Pinuccia, Mordente Simona, Nicoletta Arnaboldi.

\*) Stadiatione delle lesioni

Stadio I°: eritema persistente, non reversibile

Stadio II°: perdita cutanea di spessore parziale

Stadio III°: perdita cutanea a tutto spessore

Stadio IV°: ferita a tutto spessore con danno esteso al tessuto di sostegno

Escara: tessuto necrotico che ricopre la ferita

### BIBLIOGRAFIA

1. Colosso A, Zanetti E ( Eds). Linee Guida AHRQ – 3°ediz – versione italiana integrata con fisiopatologia e profilassi – Aislec Ed., Pavia,2003





## News from the web

*Speciale management infermieristico*

di (PAFD) Paola Pozzi\*

**www.jonajournal.com** è tra le fonti più autorevoli sul management infermieristico. Rivista mensile che pubblica articoli di ricerca ed esperienze, soluzioni per il cambiamento organizzativo. In inglese.

**www.jncqjournal.com** con indicazioni sui programmi di miglioramento della qualità e valutazione dei cambiamenti organizzativi. Rivista quadrimestrale con innovazioni in campo clinico ed assistenziale. In inglese.

**http://www.springerjournals.com/journal** con strumenti di valutazione clinici ed organizzativi. Rivista quadrimestrale che si occupa di strumenti di misurazione in campo infermieristico. In inglese.

**http://www.icn.ch/fr\_INR** In inglese, francese, spagnolo. International Council of Nurses. Con rivista bimestrale che informa sulla distribuzione di risorse, sul reclutamento, sull'assistenza nei paesi in difficoltà.

**www.lauriedizioni.com/lauri** ove reperire l'unica rivista italiana che si occupa di management infermieristico, con esperienze, opinioni, documenti su tematiche organizzative.

**www.nursingmanagement.com** con rivista mensile che si occupa di aspetti medicolegali e di raccomandazioni dell'JCAHO. In inglese.

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

### **Raccolta firme legge sulla riforma delle professioni**

È partita, anche in provincia di COMO la campagna per la raccolta delle firme a sostegno della proposta di legge di iniziativa popolare sulla riforma della professioni sanitarie, sostenuta dal CUP (Comitato Unitario delle Professioni) cui anche il nostro Collegio aderisce.

Il CUP raggruppa gli ordini e collegi di tutte le professioni rappresentate in provincia: Infermieri, Medici Chirurghi e Odontoiatri, Veterinari, Farmacisti, Psicologi, Geometri, Dottori Commercialisti, Architetti, Periti Industriali, Agronomi, Ingegneri, Avvocati, Notai, Ostetriche, Ragionieri, Consulenti del lavoro, Chimici. Sarà possibile firmare gli appositi moduli presso il proprio comune di residenza. L'adesione può essere data da tutti i cittadini italiani iscritti alle liste elettorali. La raccolta firme è finalizzata anche a sbloccare la sostanziale situazione di stallo relativa all'attuazione di quanto previsto dalla legge 43/2006.

*(Per leggere la proposta di legge e per informazioni più dettagliate [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it))*

**notizie in pillole**  
a cura di Stefano Citterio



## ***Istituto il comitato nazionale scienze infermieristiche ed ostetriche***

Con un Decreto Ministeriale datato 3 agosto 2007, il Ministro della Salute ha istituito il Comitato Nazionale Scienze Infermieristiche ed Ostetriche cui saranno attribuiti i seguenti compiti:

Art.1

1. Presso il Ministero della Salute, Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie, è costituito il Comitato Nazionale per l'elaborazione delle linee guida per l'attribuzione in tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e della professione ostetrica (ostetrica, ginecologica e neonatale) e delle connesse funzioni e per la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 251/00.
2. Oltre a quanto previsto dal precedente comma, la Commissione:
  - elabora proposte per la riorganizzazione del lavoro, in regime di dipendenza o autonomo, degli esercenti le professioni infermieristiche e di ostetrica e per ridefinire un nuovo rapporto con la dirigenza medica, con la dirigenza veterinaria, con gli esercenti delle altre professioni sanitarie e con gli operatori tecnici ed amministrativi al fine di una ottimizzazione dell'uso delle risorse umane e delle loro specifiche competenze;
  - elabora le proposte per dare concreta attuazione a quanto previsto dalla legge n. 42/99, n. 251/00 e n. 43/06;
  - compie un attento monitoraggio e una analisi approfondita dei processi organizzativi attuati nelle strutture e ne valuta la qualità e l'efficacia;
  - segnala temi di studio, ricerca e approfondimento specifico da proporre a istituti specializzati o alle Istituzioni pubbliche e private;
  - elabora proposte per effettuare delle campagne di informazione e sensibilizzazione su temi specifici di interesse nazionale;
  - elabora progetti di formazione continua per operatori sanitari sulle tematiche professionalizzanti.

Da segnalare che fra i componenti della professione nominati dalla Federazione Nazionale IPASVI ritroviamo Barbara Mangiacavalli e Stefano Citterio. La nomina ha durata triennale.

### ***Enpapi nuovo fondo di previdenza***

ENPAPI (l'Ente Nazionale Previdenza e Assistenza Professioni Infermieristiche), ENPAM (l'Ente Nazionale di previdenza dei medici e degli Odontoiatri) ed il Fondo Pensione Complementare a capitalizzazione per Dentisti hanno siglato, alla presenza del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, l'Accordo per la costituzione del Fondo Pensione Complementare a capitalizzazione per gli esercenti le Professioni Sanitarie (Fondo Sanità).

La nascita di questo Fondo, realizzata attraverso la riconversione di un Fondo Preesistente alla mutata realtà normativa e sostanziale, concretizza la possibilità per i professionisti, di poter disporre di ambedue le forme di tutela, quella obbligatoria, ma anche quella complementare.



Prorogate, per ora, le prestazioni aggiuntive per infermieri e tecnici di radiologia. Con l'articolo 4 della legge 3 agosto 2007, n. 120 "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 181 del 6 agosto 2007 c'è stato il differimento del termine per le prestazioni aggiuntive da parte degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica. L'articolo in questione recita:

*"1. Al fine di consentire la continuità del ricorso alle prestazioni aggiuntive degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica, nel rispetto delle disposizioni recate in materia di contenimento delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale dai provvedimenti di finanza pubblica, il termine del 31 maggio 2007, previsto dall'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 28 dicembre 2006, n. 300, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2007, n. 17, è differito fino alla definizione della disciplina di tali prestazioni aggiuntive nell'ambito del contratto collettivo nazionale di comparto 2006-2009 e non oltre la data di entrata in vigore del contratto medesimo.*

*2. La definizione da parte del contratto collettivo nazionale di comparto delle prestazioni aggiuntive di cui al comma 1 non deve comportare effetti di maggiori oneri sul livello di finanziamento del contratto collettivo nazionale di comparto medesimo, quantificato secondo i criteri ed i parametri previsti per tutto il pubblico impiego.*

*3. Sono fatti salvi i contratti per le prestazioni di cui al comma 1, eventualmente posti in essere per il periodo dal 1° giugno 2007 alla data di entrata in vigore della presente legge, purché compatibili con il vincolo di cui al comma 1."*

Ricordiamo che le prestazioni aggiuntive erano state introdotte da un decreto, convertito poi nella c.d. Legge Sirchia (legge n.1/2002) sulla emergenza infermieristica, già dal novembre 2001 e prorogate di anno in anno. Inizialmente avrebbero dovuto cessare al 31 maggio 2007.

Questo intervento, però, non pare affronti alla radice il problema rinviandolo al contratto che, senza oneri aggiuntivi, non potrà risolvere questo scottante e delicato problema per tutte le organizzazioni sanitarie.

### **I ipotesi piattaforma ccnl 2006-2009 del comparto sanità**

CGIL FP, CISL FP e UIL FPL hanno diffuso l'ipotesi di piattaforma per il rinnovo del contratto del comparto sanità (disponibile sul nostro sito [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it)) che rappresenta un primo passo verso l'atteso rinnovo.

In particolare gli obiettivi espressi come "centrali" per il prossimo rinnovo, attorno ai quali si sviluppa la piattaforma, sono:

- il recupero e l'incremento salariale, attraverso una piattaforma quadriennale per la parte normative e che interessa entrambi i bienni per la parte economica;
- la stabilizzazione del lavoro precario e reinternalizzazione dei servizi;
- la piena valorizzazione ed integrazione delle nuove e maggiori competenze e responsabilità acquisite dagli operatori del SSN;
- la partecipazione agli obiettivi meritocratici del memorandum attraverso la costruzione di un sistema di valutazione capace di riconoscere il valore del lavoro e della professionalità nei risultati raggiunti;
- l'introduzione di strumenti sanzionatori per il mancato rispetto dei contratti collettivi da parte delle amministrazioni



## Stagioni

Ci hanno rubato le stagioni.

Non c'è più autunno, né primavera.

Il buio ce lo hanno ucciso i lampioni.

Il gallo canta anche di sera.

Ricordo quando mi alzavo al mattino  
e il sole faceva capolino  
e insieme alle mie finestre  
si aprivano i fiori delle ginestre

Poi si vedeva un gran fermento

e tutto era in movimento

Si cominciava una nuova giornata

Come una danza dolce e ritmata.

A mezzogiorno sparava il cannone  
e poi suonava il campanone  
e chi a casa sua, chi con la schiscetta  
si prendeva il pranzo senza fretta.

Ci hanno rubato le stagioni.

Non c'è più autunno, né primavera.

Il buio ce lo hanno ucciso i lampioni

Il gallo canta anche di sera

Oggi si mangia, in piedi, un panino,  
o peggio, si prende un cappuccino;  
perché a mezzodì si fa colazione  
e il pasto resta solo un'opzione;

Si mangia da soli, oppure alla mensa,

ma la pasta è scotta come colla densa,

perché sta ore in quel pentolone;

poi, ancora con in bocca il boccone,

si torna all'opera col capo chino  
trangugiando un cafferino.

E, spesso, si arriva a tarda ora

e con la testa ancor si lavora.

Ci hanno rubato le stagioni

Non c'è più autunno, né primavera

Il buio ce lo hanno ucciso i lampioni

Il gallo canta anche di sera

E la domenica? anche quella rubata

Ormai si lavora sette giorni su sette.

Vacanze e pause sempre più strette

Ogni giornata sembra clonata.

Sol tra i ricordi ormai ci resta

il profumo e la gioia della festa, .

la gita o il pic-nic di fuori porta,

gli amici attorno ad una torta.

Mi manca l'autunno coi suoi colori,

le mani fredde che sbuccian castagne

la primavera con i nuovi fiori

e il verde che torna sulle montagne.

Ormai le stagioni son tutte uguali;

non c'è più il giorno non c'è la notte.

La vita si accende nei bar e nei locali

che si riempiono di gente a frotte

Mentre all'alba del fresco mattino

qualcuno ancora smaltisce il vino

e guardando con l'occhio un pò annebbiato

Si chiede se il giorno se ne è già andato.

Il mondo ormai non è più ritmato;

lo smog copre il sole, i neon le stelle

e l'uomo, da solo, si è rubato

con le stagioni, le cose più belle.

(Losca)



## FORMAZIONE INDIVIDUALE e VOUCHER FORMATIVO

Con la **Formazione a scelta individuale**, la **Regione LOMBARDIA** (decreto n° 7338 del 04/07/2007) si pone l'obiettivo di supportare la partecipazione a interventi formativi di riqualificazione e aggiornamento professionale scelti dal/la lavoratore/lavoratrice all'interno dei Cataloghi regionali per la formazione trasversale e settoriale, attraverso l'erogazione di voucher individuali.

Pertanto, da settembre 2007, la regione mette a disposizione di:

- tutti/e i/le lavoratori/lavoratrici occupati/e presso datori di lavoro privati e pubblici localizzati in Lombardia;
- tutti/e i/le lavoratori/lavoratrici residenti in Lombardia occupati/e presso datori di lavoro privati e pubblici;

un **Voucher formativo**.

Si tratta di un buono dato dalla Regione ai lavoratori che ne faranno richiesta, spendibile per la frequenza di corsi di formazione inseriti nei **Cataloghi regionali Trasversale e Settoriale**.

Pertanto tutti gli infermieri residenti in Lombardia potranno usufruire di corsi gratuiti, per i quali è richiesto di contribuire con il costo di una marca da bollo da euro 15,00.

I corsi sono programmati un giorno alla settimana, a settimane alterne, dal 10 ottobre 2007 al 21 dicembre 2007.

Gli infermieri interessati sono pregati di contattare i seguenti numeri verdi:

**800134659**

**800913450**

**fax. 800178784**

Proposte a catalogo  
VOUCHER  
FORMATIVO

I corsi a catalogo sono i seguenti:

STILUSA LAVORA  
SERVIZIO DI FORMAZIONE E ORIENTAMENTO

TITOLO CORSO	SEDE	DATA D'INIZIO	MONTE ORE	CREDITI ECM
<b>Audit clinico e qualità</b>	Milano	08-ott	38	32
<b>Certificazione PET della lingua inglese</b>	Pavia	11-ott	38	
<b>Clinical risk management</b>	Milano	08-ott	120	48
<b>La comunicazione interpersonale</b>	Milano	12-ott	38	32
<b>Corso base di lingua inglese</b>	Mantova	09-ott	38	in accreditamento commissione ECM nazionale
	Milano	10-ott	38	in accreditamento commissione ECM nazionale
	Brescia	09-ott	38	in accreditamento commissione ECM nazionale
<b>Corso base di spagnolo</b>	Milano	08-ott	38	
<b>Counseling</b>	Bergamo	10-ott	38	32
	Brescia	09-ott	38	32
	Cremona	11-ott	38	32
	Mantova	08-ott	38	32
	Milano	09-ott	38	32
	Milano	11-ott	38	32
	Muggiò (MI)	11-ott	38	32
<b>Cucina salutistica</b>	Siccomario (PV)	10-ott	38	
	Brescia	11-ott	38	
<b>Informatica</b>	Mantova	08-ott	38	
	Milano	09-ott	38	
	Milano	10-ott	38	
	Milano	11-ott	38	
	Pavia	09-ott	38	
<b>Informatica CAD</b>	Pavia	09-ott	38	
<b>Inglese scientifico/base</b>	Como	09-ott	38	in accreditamento commissione ECM nazionale
<b>Inglese scientifico</b>	Cremona	11-ott	38	in accreditamento commissione ECM nazionale
	Desenzano (BS)	11-ott	38	in accreditamento commissione ECM nazionale
	Mantova	08-ott	38	in accreditamento commissione ECM nazionale
	Milano	09-ott	38	in accreditamento commissione ECM nazionale



## Proposte a catalogo



46

<b>Inglese scientifico</b>	Milano	12-ott	38	in accreditamento commissione ECM nazionale
	Pavia	10-ott	38	in accreditamento commissione ECM nazionale
	Pavia	12-ott	38	in accreditamento commissione ECM nazionale
<b>Italiano per stranieri</b>	Milano	08-ott	38	
	Brescia	09-ott	38	
	Bergamo	10-ott	38	
<b>La medicina complementare</b>	Mantova	10-ott	38	32
<b>L'assistenza attraverso le cure complementari</b>	Mantova	10-ott	38	32
	Milano	11-ott	38	32
	Milano	12-ott	38	32
	Pavia	11-ott	38	32
<b>Medicina complementare</b>	Brescia	12-ott	38	32
	Grosio (SO)	08-ott	38	32
<b>Privacy e Pubblica Amministrazione</b>	Pavia	11-ott	38	
<b>Privacy e riforma della Pubblica Amministrazione</b>	Milano	10-ott	38	
<b>Privacy in azienda</b>	Mantova	12-ott	38	14
<b>Audit e qualità</b>	Como	11-ott	38	32
<b>Qualità e rischio clinico</b>	Cremona	08-ott	38	32
	Sondrio	08-ott	38	32
	Varese	10-ott	38	32
<b>Qualità e rischio in azienda</b>	Brescia	09-ott	38	32
<b>Responsabilità etica e rischio professionale</b>	Milano	12-ott	38	32
<b>Riabilitazione in acqua</b>	Salice Terme (PV)	06-ott	38	28
<b>Rischio clinico e monitoraggio degli eventi sentinella</b>	Mantova	10-ott	38	32
	Milano	08-ott	38	32
<b>Umanizzazione e qualità delle cure</b>	Sondrio	09-ott	38	32
	Milano	11-ott	38	32
	Brescia	10-ott	38	32
<b>Umanizzazione nell'assistenza e cure palliative</b>	Mantova	12-ott	38	32
	Muggiò (MI)	11-ott	38	32



#### ENPAPI

Prima Conferenza Nazionale sulla libera professione infermieristica – Brescia 13 ottobre 2007  
*Info: ipasvi.enpapi.13ottobre@probrixia.camcom.it - tel. 030/3725367*

#### VITARESIDENCE

Nutrizione in geriatria. Nutrizione e malnutrizione nel paziente anziano – Como 12-13 ottobre 2007  
*Info: 031/35282169-101 - formazione@vitaresidence.org*

#### COLLEGIO IPASVI TRENTO

Le sfide emergenti dell'infermieristica – Trento 19/20 ottobre 2007  
*Info: info@progettoeventi.it - www.progettoeventi.it - tel. 0464/443226 - fax 0464/443225*

#### INTRA

Il dolore e la morte nel rapporto con i pazienti e i parenti – Bologna 22-23 ottobre 2007  
*Info: ecm@intracoaching.it - tel. 346/3819028*

#### COORDINAMENTO NAZIONALE CAPOSALA

Responsabilità e potere; l'esercizio delle competenze del coordinatore al servizio della persona  
 Roma 24/25/26 ottobre 2007  
*Info: www.soluzioniverona.it - tel. 045/8034553 - fax 045/8021669*

#### S.I.C.D.

XVI Congresso Nazionale SICD – XI Congresso Nazionale Dolore e Assistenza Infermieristica  
 Repubblica di San Marino 25-26-27 ottobre 2007  
*Info: info@payman-congress.com - tel. 0549/909290 - fax 0549/905980*

#### ISTITUTO MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI – UNIVERSITÀ STUDI MILANO

Le nuove frontiere del risarcimento del danno a persona – Milano 26 ottobre 2007  
*Info: info@medicinaediritto.it - www.medicinaediritto.it - tel. 02/48004677 - fax 02/48009447*

#### AIOSS

XXII Corso di aggiornamento in Stomatoterapia, Coloproctologia e riabilitazione della disfunzione del Pavimento Pelvico  
 MONTESILVANO (Pe) 25-28 ottobre 2007  
*Info: www.aiooss.it 335/5221840*

#### UNIVERSITÀ STUDI FIRENZE

Dalla cartella infermieristica al sistema documentale infermieristico: dall'uno all'altro abbandonando miti e leggende - Firenze  
 I° livello 8/10/2007  
 II° livello 11/10/2007  
 III° livello 23/10/2007  
*Info: http://idecom.med.unifi.it*

#### CLINICA PEDIATRICA UNIVERSITÀ MILANO

Congresso Nazionale Antibiotico terapia in età Pediatrica – Milano 8/9 novembre 2007  
*Info: nfo@mcaevents.org - www.mcaevents.org - tel. 02/34934404 - fax 02/34934397*

#### AIOSS

11° meeting congiunto di colonproctologia e stomatoterapia – Milano 22/23 novembre 2007  
*Info: ip@ideapromotion.com - www.ideapromotion.com - tel. 02/48009700 - fax 02/48009801*

#### AEFFE

Corso teorico-pratico: Management dell'emergenza/urgenza intraospedaliera Viterbo 10/11 dicembre 2007  
 Corso teorico-pratico: ECC Emergency care for children – Viterbo 6 dicembre 2007  
 Corso teorico-pratico: Politraumatizzato: valutazione e trattamento iniziale – Milano 10-12 dicembre 2007  
 Corso teorico-pratico: Gestione avanzata delle emergenze cardiovascolari – Milano 1° ed. 26-27 ottobre 2007 2° ed. 14-15 dicembre 2007  
 Corso teorico-pratico BLS-D-Basic life support defibrillatio – Viterbo 5 dicembre 2007  
*Info: aeffe@infermieredellatuscia.it - www.infermieredellatuscia.it - tel. 320/8331205 338/8628602*

#### GIMBE

Evidence-based Nursing – 17-18-19-20 ottobre 2007  
 Dalle Linee Guida ai Percorsi Assistenziali – 7-8-9 novembre 2007  
 Audit e Indicatori di Qualità – 4-5-6 dicembre 2007  
 La Gestione del Rischio nelle Aziende Sanitarie – 26-27-28 novembre 2007  
 Metodologia della ricerca clinica – 22-23-24 ottobre 19-20-21 novembre 10-11-12 dicembre – giornata finale da definire  
 Sede corsi Bologna  
*Info: info@gimbe.org - www.gimbe.org - tel. 051/5883920 - fax 051/3372195*



**FORMAZIONE IN AGORA**

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*

**MEDISERVICE**

La prevenzione dell'errore e la malpractice infermieristica – Milano 12/13 novembre 2007  
 Errore clinico e gestione del farmaco – Milano 19 novembre 2007  
 La ricerca infermieristica ed il valore della documentazione – Milano 20 novembre 2007  
 Infermieri e operatori di supporto: attori dell'assistenza – Milano 21/22 novembre 2007  
 Infermieristica: la ricerca delle eccellenze – Milano 21/22 novembre 2007  
 Infermieristica: la ricerca delle eccellenze – Milano 23/24 novembre 2007

*Info: www.mediservicesnc.it - tel. 0382/454083 - fax 0382/554500*

**AZIENDA OSPEDALIERA S. ANNA**

Formazione del personale alla prevenzione della patologia acuta e cronica del rachide nello spostamento dei carichi, durante l'assistenza dei soggetti non autonomi – Como 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**

Nursing oncologico: la gestione del paziente in trattamento chemioterapico – Mestre (VE) 16/17 ottobre 2007  
 Nursing oncologico: la gestione del paziente in trattamento radioterapico – Mestre (VE) 18 ottobre 2007  
 Aspetti medico-legali della professione infermieristica: competenze e responsabilità – Bologna 19/20 ottobre 2007  
 L'evoluzione della responsabilità infermieristica in ambito civile e penale – Trento 22 ottobre 2007  
 Aspetti clinico-assistenziali nel trattamento del cancro della mammella – Verona 19 novembre 2007  
 Aspetti clinico-assistenziali nel trattamento del cancro del polmone – Verona 20 novembre 2007  
 Aspetti clinico-assistenziali nel trattamento del cancro del colon-retto – Verona 21 novembre 2007  
 Accessi venosi centrali periferici: sviluppo di abilità pratiche per la gestione infermieristica – Milano 4 dicembre 2007  
 Le cure palliative: aspetti organizzativi e clinico-assistenziali – Ferrara 10-11 dicembre 2007  
 L'assistenza al paziente ortopedico nel pre e post operatorio – Ferrara 14-15 novembre 2007  
 L'assistenza infermieristica al paziente ortopedico in sala operatoria – Ferrara 16 novembre 2007  
 Le immobilizzazioni in pronto soccorso: corso teorico-pratico – Firenze 13 dicembre 2007

*Info: info@formatsas.com - www.formatsas.com  
 tel. 0533/713275 0533/717314 - cell. 329/3953346 fax 0533/717314*

**FORMenergy**

Energucare: metodologie operative per conoscere i linguaggi del corpo – 16/17 ottobre 2007 Montegrotto Terme (PD)  
 La gestione dei conflitti interpersonali – 14/15 novembre 2007 Mantova

*Info: ecm@forenergy.it - www.formenergy.it - tel. 348/9793298*

**COLLEGIO IPASVI GROSSETO**

Concorso Nazionale per la Ricerca Infermieristica – 7° edizione  
 Premio "Infermiera Gemma Castorina"  
 Ruolo e competenze del professionista infermiere nella costruzione e condivisione di percorsi assistenziali integrati in ospedale e nel territorio: progetti sperimentali e reali  
 Premio speciale "Infermiera Gemma Castorina"  
 Ruolo e competenze del professionista infermiere nell'elaborazione ed implementazione di piani integrati di salute in ambito territoriale: percorsi sperimentali e reali"

Termine presentazione domanda: ore 12.00 del 04/02/2008

*Info: segreteria@ipasvigrosseto.it - tel. 0564/22975 - fax 0564/22976*

**VEGA SAS**

Malnutrizione e interventi preventivi, costruire procedure assistenziali - Conegliano Veneto (Tv) 18/19 ottobre 2007  
 Corso base per coordinatori di nucleo nelle strutture residenziali per anziani - Conegliano Veneto (Tv) 22-26 ottobre 2007  
 Prevenzione e cura delle piaghe da decubito - costruire procedure assistenziali - Conegliano Veneto (Tv) 22/23 ottobre 2007

*info: www.studiovega.it - tel. 0438/401630*

