

aprile 2008 - N. 38

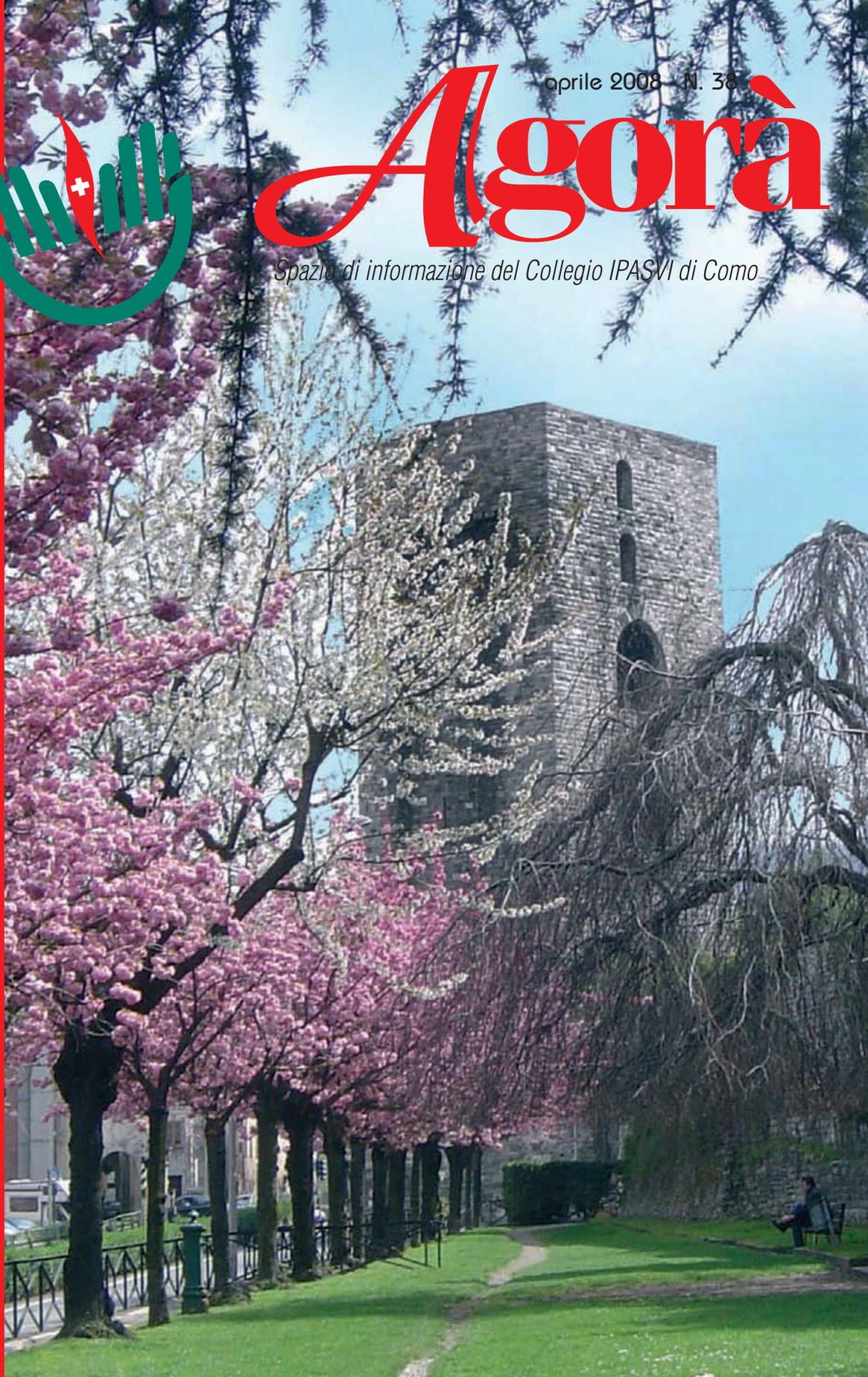
Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



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

La rivista è consultabile sul sito www.ipasvicomo.it



<i>Editoriale</i> "Nuovo codice deontologico dell'infermiere: alcune osservazioni di metodo per una lettura critica e responsabile"	2
Prima revisione Bozza Codice Deontologico	4
Ecco il nuovo Contratto comparto, quali novità	8
Il conferenza Nazionale Prof Inf.che Bologna marzo 2008	11
Primo rapporto Comitato Nazionale Scienze Infermieristiche e Scienze Ostetriche	13
<i>È Evidente che...</i> La valutazione del dolore acuto in persone incoscienti o sedate	16
<i>Ri...visti</i> Primo congresso nazionale	21
<i>Non solo professionisti...</i> Tradire per non tradirsi: quasi un elogio del tradimento	27
<i>News from the Web</i>	30
<i>Posta e risposta</i>	31
Articoli originali: La ricaduta organizzativa degli eventi di formazione. L'esperienza del corso	35
Violenza in corsia: infermieri a rischio. Prevenzione e protezione possibili	40
Bilancio e assemblea Ordinaria 2008	42
12 maggio 2008	52
Commissione Formazione	54
Bacheca	57
Convenzioni	58

NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE: alcune osservazioni di metodo per una lettura critica e responsabile

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

Il 12 febbraio u.s. è stata presentata a Roma la prima revisione del nuovo Codice deontologico dell'Infermiere con l'intento di avviare un dibattito e un confronto all'interno della nostra professione per arrivare alla stesura e approvazione definitive previste per i primi mesi del 2009 in occasione del prossimo Congresso Nazionale della Federazione Nazionale IPASVI.

Il Codice Deontologico di una professione esprime pubblicamente i valori e i comportamenti cui l'esercente la professione deve attenersi.

Possiamo dire che il Codice Deontologico costituisce una componente importante della relazione tra teoria e prassi, ovvero della giusta relazione tra conoscere ed agire, tipica di una professione di servizio come quella dell'infermiere.

Nel nostro lavoro infatti, siamo continuamente sollecitati a domandarci se quello che facciamo, o che ci suggeriscono di fare, sia morale, cioè tenda a ciò che oggettivamente riconosciamo come bene.



Non si tratta, però, solo di identificare un bene da ricercare e affermare, ma occorre rispettare anche la libertà dei soggetti implicati (nel nostro caso l'infermiere e la persona assistita), serve cioè dare anche la giusta forma alla libertà umana in tutte le sue possibili espressioni.

La norma, in questo caso il Codice deontologico, deve individuare anche i criteri di giustizia che rendono possibile l'espressione libera di ciascuno nel rispetto del bene riconosciuto e in ossequio alla dignità umana e dei diritti dell'uomo.

In poche battute ho sintetizzato alcune delle difficoltà implicite nel dare una forma concreta ai "principi etici fondamentali" alla base di ciascun Codice deontologico¹.

In ogni Codice deontologico occorre trovare una "forma ragionevole" di espressione di questi principi identificando i comportamenti richiesti/consigliati agli aderenti quel gruppo professionale in funzione dello specifico scopo di quei professionisti.

In merito a questa "forma ragionevole" occor-

re domandarsi come sia possibile realizzarla.

Mi pare di poter affermare che tale espressione non può essere il frutto solo di una lotta di maggioranze aritmetiche ma occorre che si caratterizzi come un "processo di argomentazione sensibile della verità" che tenga conto di tutti i fattori in gioco.

Questo processo di argomentazione ha bisogno di almeno due elementi fondamentali tra loro interconnessi e complementari ma nello stesso tempo inscindibili:

- a) chiarezza circa lo specifico scopo della professione, cioè sul senso e sul valore che viene attribuito alla funzione infermieristica;*
- b) capacità di affermare la verità oltre i propri interessi o il potere dominante, una apertura che rimanda continuamente al di là di ogni singola risposta.*

Senza questi presupposti qualsiasi revisione/rilettura del Codice deontologico rischia di essere parziale, frutto di interessi o di poteri che nulla hanno a che vedere con l'etica e la deontologia.

Buona lettura a tutti.

¹ Ci si riferisce ai principi di beneficenza/non maleficenza, principio di giustizia e principio di autonomia



Il Codice deontologico dell'infermiere Prima revisione - 12 febbraio 2008

Sono trascorsi quasi dieci anni dall'emanazione del Codice deontologico dell'infermiere, presentato a Rimini nel 1999 durante la celebrazione del XII Congresso nazionale Ipasvi.

In questi dieci anni profondi sono stati i cambiamenti che hanno coinvolto l'intera società, il mondo della sanità e la professione infermieristica.

Opportuno, quindi, è sembrato al Comitato centrale della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi il procedere a una verifica e a una revisione del Codice deontologico degli infermieri italiani, strumento di fondamentale importanza ai fini dell'esercizio professionale.

La Presidente e il Comitato centrale invitano, quindi, tutti gli infermieri a dare il proprio contributo alla riflessione e al dibattito sui principi e sui i valori che costituiscono una guida e un punto di riferimento costante dell'agire professionale.

Con questo incontro si apre la "stagione del confronto" su un documento che, in quanto "prima revisione" del Codice, è aperto a modifiche, integrazioni ed arricchimenti.

L'invito è, in particolare, rivolto ai Presidenti dei Collegi provinciali Ipasvi e ai Presidenti delle Associazioni infermieristiche affinché si facciano carico di promuovere e sostenere questa importante "stagione del confronto" nella consapevolezza di essere parte di un ulteriore e importante momento di crescita e maturazione della professione.

Il documento, ancora "in fieri" nell'articolato, potrà essere così completato anche con il Preambolo e con la strutturazione per Capi.

Un ringraziamento particolare è rivolto agli esperti che hanno collaborato con il Comitato centrale: Giannantonio Barbieri, avvocato - Daniele Rodriguez, medico legale - Antonio G. Spagnolo, bioeticista .

La Presidente della Federazione
Nazionale dei Collegi IPASVI

ARTICOLO 1

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

ARTICOLO 2

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

ARTICOLO 3

La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

ARTICOLO 4

L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile anche quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

ARTICOLO 5

Il rispetto dei principi etici e dei diritti fondamentali dell'uomo è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

ARTICOLO 6

L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, palliazione e riabilitazione.

ARTICOLO 7

L'infermiere presta assistenza secondo equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché dell'etnia, del genere e delle condizioni sociali della persona.

ARTICOLO 8

L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo.

L'infermiere, qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale dell'obiezione di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

ARTICOLO 9

L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza anche al fine di non nuocere.

ARTICOLO 10

L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.

ARTICOLO 11

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta e svolge attività di formazione, promuove ed attiva la ricerca e cura la diffusione dei risultati.

ARTICOLO 12

L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

ARTICOLO 13

L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

ARTICOLO 14

L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per rispondere ai problemi dell'assistito.

ARTICOLO 15

L'infermiere riconosce il valore della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito. L'infermiere si astiene dal partecipare a sperimentazioni nelle quali l'interesse del singolo sia subordinato all'interesse della società.

ARTICOLO 16

L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

ARTICOLO 17

L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

ARTICOLO 18

L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza,



presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria; in caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.

ARTICOLO 19

L'infermiere, attraverso l'informazione e l'educazione, promuove stili di vita sani e la diffusione del valore e della cultura della salute; a tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

ARTICOLO 20

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

ARTICOLO 21

L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di assistenza, tenendo conto della dimensione interculturale.

ARTICOLO 22

L'infermiere conosce il progetto diagnosticoterapeutico per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e sulla relazione con l'assistito.

ARTICOLO 23

L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

ARTICOLO 24

L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnosticoterapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

ARTICOLO 25

L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà della persona di non essere informata, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

ARTICOLO 26

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

ARTICOLO 27

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

ARTICOLO 28

L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta della reciproca fiducia con l'assistito.

ARTICOLO 29

L'infermiere promuove le migliori condizioni possibili di sicurezza dell'assistito e dei familiari, concorrendo allo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore e partecipando alle iniziative per la gestione del rischio clinico.

ARTICOLO 30

L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, motivato da prescrizione terapeutica o da documentate valutazioni assistenziali.

ARTICOLO 31

L'infermiere concorre alla sperimentazione clinico-assistenziale conoscendone il protocollo, anche per valutare le implicazioni per l'assistenza e per l'assistito.

ARTICOLO 32

L'infermiere si adopera affinché l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche e sperimentali sia presa in considerazione, tenuto conto dell'età del minore e del suo grado di maturità.

ARTICOLO 33

L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.

ARTICOLO 34

L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito, deve mettere in opera tutti i mezzi per proteggerlo segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente.

ARTICOLO 35

L'infermiere si attiva per alleviare la sofferenza, adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.



ARTICOLO 36

L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

ARTICOLO 37

L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

ARTICOLO 38

L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

ARTICOLO 39

L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

ARTICOLO 40

L'infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

ARTICOLO 41

L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

ARTICOLO 42

L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe.

ARTICOLO 43

L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà.

ARTICOLO 44

L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale ogni abuso o comportamento dei colleghi contrario alla deontologia.

ARTICOLO 45

L'infermiere tutela il decoro proprio e della professione ed esercita l'attività con lealtà nei confronti dei colleghi e degli altri operatori.

ARTICOLO 46

L'infermiere si ispira a trasparenza e veridicità nei messaggi pubblicitari e nella divulgazione delle informazioni, nel rispetto delle indicazioni fornite dal proprio organismo di rappresentanza professionale.

ARTICOLO 47

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

ARTICOLO 48

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.

ARTICOLO 49

L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione. L'infermiere, qualora vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o sia pregiudicato il suo prioritario mandato professionale, si oppone alla compensazione specificandone le ragioni, pur impegnandosi per il superamento delle carenze o dei disservizi.

ARTICOLO 50

L'infermiere, a tutela della salute delle persone, segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni che possono configurare l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

ARTICOLO 51

L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale.



Ecco il nuovo contratto del comparto del s.s.n.: quali novità?

di Stefano Citterio, Presidente IPASVI Como

8

Finalmente, potremmo dire, è stata raggiunta l'intesa sull'ipotesi di contratto collettivo nazionale di lavoro del personale del comparto del SSN, quadriennio normativo 2006-2009 e biennio economico 2006-2007.

Dopo l'accordo sugli aumenti contrattuali realizzata il 29 maggio 2007 tra Governo e Sindacati le attese e le aspettative erano molte, anche per il mutato quadro legislativo di riferimento intervenuto dall'approvazione del precedente contratto.

I presupposti espressi nelle piattaforme presentate dai Sindacati nel giugno scorso (cfr. contributi che abbiamo pubblicato sul numero 36 di Agorà dell'ottobre 2007) confermavano le speranze di un cambio di rotta che consentisse di affrontare anche contrattualmente alcuni nodi "professionali".

Queste aspettative sono state rinforzate anche dalla tendenza a rimandare alla definizione del contratto tutta una serie di aspetti e regolamentazioni importanti per il funzionamento del sistema. Ci si riferisce, solo per fare due esempi, a quanto definito nell'accordo Stato Regioni sulla Funzione di Coordinamento dell'agosto scorso, che rinviava proprio al contratto la definizione delle modalità concrete per l'attivazione della predetta funzione (decisione sulla quale la Federazione IPASVI ha proposto un ricorso ritenendola illegittima - vedi agorà n. 37) e da tutte le problematiche sollevate per la corretta attuazione del Decreto L.vo n. 66/03 (relativo all'orario di lavoro) che dovevano trovare proprio in questo contratto le tanto attese risposte che i lavoratori e le Aziende si attendevano.

Già con l'editoriale di Agorà n. 35, del giugno 2007 avevamo indicato le aspettative che volevamo fossero recepite nella stesura del nuovo CCNL. In particolare ci si attendeva:

Un giusta valorizzazione della professione infermieristica, superando la logica che vede la distribuzione dei benefici economici (compresi gli

aumenti contrattuali) solo proporzionalmente alle categorie contrattuali, senza nessun criterio di differenziazione che tenga conto della professionalità o delle caratteristiche specifiche di quella determinata figura professionale.

Si parla tanto di carenza infermieristica (stimata in almeno 60.00 unità), riconosciuta e validata da tutti. La conseguenza logica della "carenza" dovrebbe essere un incremento di stipendio significativo e differenziato rispetto a tutte le altre categorie di lavoratori. Non mi pare che tale principio sia stato recepito da questo contratto considerando che l'aumento lordo complessivo per un infermiere è di circa 110 euro mensili lordi. Ne più ne meno di quanto previsto nella recente revisione delle Risorse Aggiuntive Regionali (RAR - vedi agorà n.37) che invece hanno avuto una trattativa di un paio di mesi.

L'articolo 6 della legge n. 43/2006, prospettava una duplice possibilità di valorizzazione degli infermieri: a livello clinico e a livello organizzativo. Ci si aspettava di vedere riconosciuta anche contrattualmente (e non solo a livello professionale e personale, quando accade) la formazione ed esperienza sviluppata in questi settori, proprio per porre fine alla sempre più evidente sensazione di appiattimento verso il basso della professionalità e della retribuzione.

L'art. 4 dell'ipotesi di CCNL tratta della funzione di coordinamento senza aggiungere nulla di più di quanto già detto nella legge 43/06 e ripetuto nel successivo accordo Stato Regioni.

Non è chiaro, almeno per chi scrive, cosa succederà a chi già svolge tali funzioni senza il requisito del Master. Pare sottinteso che essendo una norma da attuare dall'entrata in vigore in poi, chi già svolge tali funzioni non sarà interessato.

Silenzio assoluto sulla possibilità di riconoscimen-



to delle funzioni specialistiche (master clinici) se si esclude l'articolo 13 (norme finali e di rinvio) che cita la "ridefinizione del sistema degli incarichi di coordinamento e specialistici, anche in applicazione della legge 43/2006" tra le tematiche da trattare entro la conclusione del quadriennio 2006-2009.

Anche l'auspicata **abolizione dell'incompatibilità e riconoscimento della libera professione intra ed extra moenia anche per gli infermieri** non trova alcuno spazio esplicito.

Eppure, su questo tema le richieste della professione sono pressanti e giustificate dal mancato riscontro dello status di professione sanitaria acquisito formalmente già dal 1992.

Parimenti non c'è alcun riferimento (se escludiamo le norme finali e di rinvio) alla prestazioni aggiuntive (Legge Sirchia) nonostante la Legge n.120 del 3 agosto 2007, prevedesse all'articolo 4 il differimento del termine per le prestazioni aggiuntive da parte degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica *"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"*.

Il risultato sarà che avremo il nuovo contratto senza più la possibilità di prestazioni aggiuntive.

L'articolo 3 dell'ipotesi di Contratto prevede che tra i criteri per la progressione economica orizzontale prevista al comma 4 dell'articolo 35 del CCNL del 7.4.1999, il dipendente sia in possesso del requisito di *"un periodo minimo di permanenza nella posizione economica in godimento pari a ventiquattro mesi"*. Significa che per passare da una fascia economica ad un'altra occorrerà permanere almeno due anni in quella precedente. Si tratta di un criterio che anziché introdurre avanzamenti economici legati alla valorizzazione della professionalità va nella direzione di far prevalere

meccanismi legati all'anzianità di servizio, che come tali assumono la tipologia di meccanismi automatici. Colpisce il fatto che la richiesta dell'ARAN e delle Regioni era di prevedere tre anni di permanenza. Questioni di bilancio evidentemente o forse finalizzata a limitare i passaggi di fascia economica di massa.

Non c'è traccia di ulteriori criteri di valorizzazione delle competenze o di incentivi correlati all'adozione di modelli organizzativi che favoriscono la personalizzazione dell'assistenza e l'utilizzo di metodologie di assistenza per obiettivi, sempre se escludiamo l'ultimo articolo di rinvio (il già citato articolo 13).

L'articolo 5, relativo all'orario di lavoro, rappresenta una effettiva novità di questa tornata contrattuale. Vengono infatti recepite, ed in parte integrate e modificate, le disposizioni relative all'orario di lavoro previste dal D.L.vo 66/2003 e dai precedenti contratti.

Viene rinviata alla contrattazione decentrata, in via sperimentale fino al nuovo CCNL e al fine di preservare la continuità assistenziale, la possibilità di derogare a quanto previsto dall'articolo 7 del D.L.vo 66/2003 (relativo alle 11 ore di intervallo tra un turno e l'altro) purchè sia garantito ai dipendenti un *"equivalente periodo di riposo"* o che sia accordata al

dipendente *"una protezione appropriata"*.

Pare molto complessa l'interpretazione di cosa si intenda per "protezione appropriata" considerando che nel comma 9 si specifica che tale protezione deve *"permettere di evitare che gli stessi (dipendenti), a causa della stanchezza, della fatica o di altri fattori che perturbano l'organizzazione del lavoro, causino a se stessi, ad altri lavoratori o a terzi o danneggino la loro salute, a breve o a lungo termine"*.

Sembra di poter dire che si è ravvisata la necessità oggettiva di poter derogare in qualche specifico caso, senza però voler introdurre una norma che, di fatto, abrogasse un così rilevante diritto per i lavoratori (e per gli utenti che ricevono il ser-

LE PROSSIME SCADENZE

- **Il 7 aprile la Corte dei Conti ha registrato positivamente il contratto di lavoro delle sanità. L'ARAN dovrà convocare le Organizzazioni sindacali per la stipula definitiva e le strutture sanitarie dovranno aggiornare il tabellare e pagare gli arretrati.**



vizio). Consideriamo anche le recenti prese di posizione di tutte le sigle sindacali rispetto alla proroga (poi sospesa) introdotta con l'ultima legge finanziaria.

In conclusione mi pare di poter affermare che le novità introdotte sono veramente poche e deludenti rispetto alle aspettative, soprattutto se consideriamo i tempi di rinnovo.

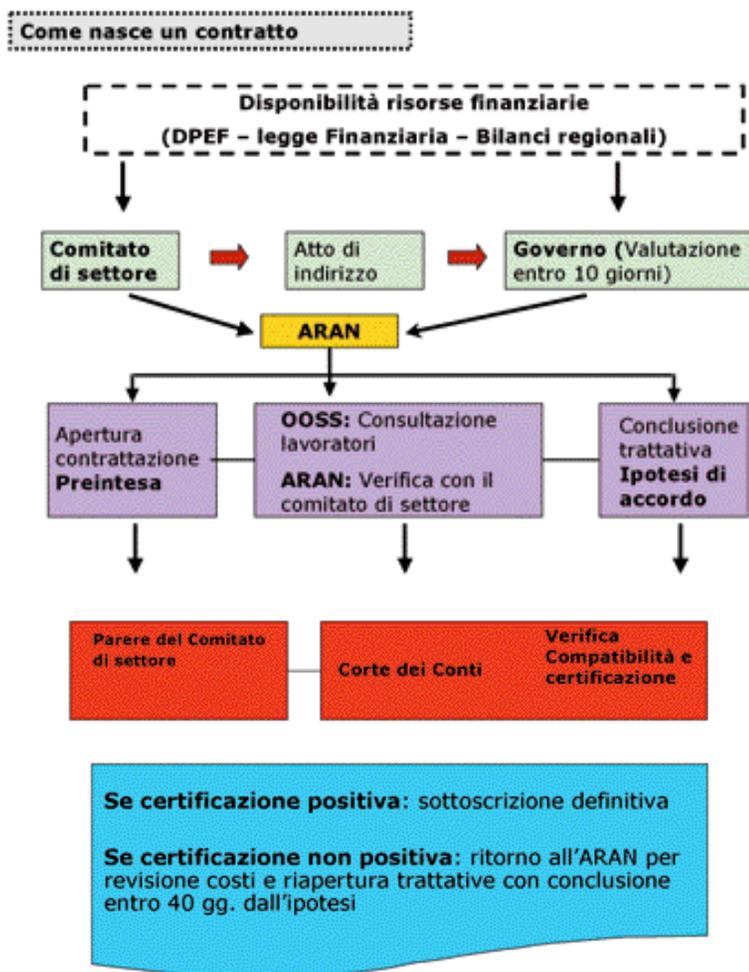
È pur vero che nel comma 1 dell'articolo 13 le parti hanno messo le mani avanti segnalando il "ritardo con il quale sono state avviate le trattative" ritenendo "prioritario concludere la presente fase negoziale" e hanno concordato di "rinviare, in considerazione della eccezionalità della situazione, ad una apposita sequenza contrattuale, integrativa del presente CCNL" una serie di tematiche

rilevanti e a valenza professionale che ci auguriamo trovino risposte al più presto considerando che oramai non sono più rinviabili.

Una riflessione, infine, va fatta sull'intero "modello di contrattazione" attualmente in vigore che, anche solo sulla base dei tempi di rinnovo appare alquanto deficitario. Va anche evidenziato che questo modello, trascura in toto le competenze assunte dalle Regioni dopo la modifica del Titolo V della costituzione in materia di sanità nonostante le aperture presenti nella piattaforma CIGL, CISL e UIL del giugno 2007.

(L'ipotesi di accordo è consultabile sul sito www.ipasvicomo.it, sezione news:

<http://www.ipasvicomo.it/news.do?methodcall=visualizza&id=51>).



"Le politiche della professione infermieristica. La mappa di un percorso"

A cura di Inf. Oreste Ronchetti *

La seconda "Conferenza nazionale sulle politiche della professione infermieristica" ha visto una nutrita partecipazione da parte dei componenti dei vari collegi provinciali. Del resto il programma si annunciava molto interessante e con relatori di sicuro valore, che potevano permetterci una profonda riflessione su chi siamo e su dove vogliamo andare e, non ultimo, sul perché dobbiamo esserci nella sanità del futuro.

"La sanità italiana può essere curata anche con le ricette degli infermieri" era il messaggio lanciato lo scorso anno a conclusione della prima conferenza. Per mettere a punto queste ricette, nel secondo appuntamento sono intervenuti medici, amministratori e ricercatori provenienti anche da altri Paesi europei. L'obiettivo è stato capire quali sono le strategie più efficaci per rispondere in modo specifico alle esigenze dei pazienti, per organizzare l'assistenza infermieristica, per determinare l'effettivo fabbisogno quali-quantitativo di infermieri.

La prima giornata, dopo i saluti del dott. Ripa Di Meana, presidente della F.I.A.S.O. (Federazione Italiana Aziende Sanitarie Ospedaliere), che ha voluto sottolineare come sia ormai il tempo di superare un'organizzazione ospedaliera basata ancora su primari di reparto e numeri di posti letto e quello del sottosegretario Patta che ha sottolineato come il problema della sanità oggi sia legato all'invecchiamento della popolazione con tutto ciò che questo comporta, soprattutto per quel che riguarda la cronicità delle condizioni di salute della popolazione e la necessaria integrazione tra ospedale e territorio, sempre più urgente, la nostra presidente ha aperto i lavori sottolineando il valore di un progetto globale di cura all'interno del quale gli infermieri sappiano essere propositivi. La crescita e la diversificazione della domanda di salute chiedono a tutti i professionisti sanitari un

nuovo modello organizzativo e di approccio al paziente.

Anche per questo è necessario, richiamava sempre la presidente, che cresca la consapevolezza da parte degli infermieri della propria professione; deve essere evidente il valore aggiunto che porta nella sanità italiana la professione infermieristica, a tutti i livelli, sia decisionali che operativi/clinici, che formativi.

È necessaria la capacità/volontà di mettersi in gioco per cambiare la nostra sanità attraverso una diversa organizzazione del lavoro, che per nascere deve però vederci protagonisti e disposti a cambiare.

Sempre Annalisa Silvestro, ha messo in evidenza come la conflittualità con i medici sembra essere diminuita in questi anni, ma forse solo a livello apicale, sia per quanto riguarda le organizzazioni di lavoro che per quanto riguarda gli organi professionali e l'importanza di paradigmi infermieristici quali la visione olistica e la centralità della persona che stanno diventando paradigmi di tutto il sistema sanitario.

Questo apre la strada alla ricerca di nuove forme organizzative che considerino la complessità organizzativa, tanto da far divenire l'assistenza alla persona un progetto circolare dove la cura della patologia sia uno degli aspetti da considerare, in modo da poter passare da un'assistenza basata sui piani assistenziali ad una basata sui piani di cura, dove le professionalità, le competenze, i saperi siano integrati per garantire una salute migliore al cittadino che si rivolge al sistema sanitario.

Per questo, secondo la Silvestro, è necessario che si superi la logica della rivendicazione per giungere alla logica della proposta costruttiva; passare, dall'attesa che qualcuno proponga per criticare la proposta, alla costruzione di una proposta.



La mattinata ha poi visto una tavola rotonda, moderata da Massai e Mangiacavalli, da cui è emersa l'importanza della formazione che deve portare l'università a formare infermieri in base alle reali competenze richieste al professionista, organizzando i saperi necessari; la necessità di un infermiere che si ponga come filtro e gestore del piano di cura e che tale piano emerga attraverso una diagnosi multidisciplinare, che l'organizzazione del lavoro sia legata ai livelli essenziali dell'assistenza da erogare, che sia introdotta la figura dell'infermiere del territorio, come professionista che collabora con il medico di base e l'assistente sociale, in favore del cittadino.

Infine è stato sottolineato come sia necessaria una raccolta dati ed un rilevamento dei bisogni che utilizzi strumenti e metodi scientifici. Per fare ciò occorrono infermieri in possesso di una solida cultura relativa alla propria professione.

Il pomeriggio ha visto una seconda tavola rotonda, alla presenza di Sasso e Rocco come moderatori che ha evidenziato l'importanza di avere un modello che definisca le competenze per permettere al professionista di avere riconoscibilità nella società, un modello fluido, aperto non ingessato e burocratico. È stata poi sottolineata l'importanza dell'e-profile come strumento per la raccolta delle competenze raggiunte o necessarie al professionista per svolgere il suo ruolo, del ruolo del laureato magistrale come attivatore dei processi di ricerca necessari per la costruzione dei processi assistenziali. Infine dell'attacco che viene portato alle professioni da una logica manageriale che tende alla parcellizzazione delle stesse per estrarne i compiti a danno del professionista in qualità di depositario di competenze e che, di conseguenza, verrebbe emarginato. Infine, del ruolo del collegio visto sul piano culturale come garante del livello professionale raggiunto dall'iscritto e come contenitore che favorisca la dialettica costruttiva tra professione e formazione per

garantire la possibilità al professionista di acquisire competenze realmente necessarie e spendibili e alla società di avere professionisti idonei al soddisfacimento dei bisogni che emergono.

L'ultimo giorno ha visto la terza tavola rotonda, moderata da Bozzi e Vallicella, mettere in luce come sia necessario che la logica sanitaria passi dal curare al prendersi carico, presupponendo un lavoro in équipe, dove ognuno possa esprimere le proprie competenze ed assumersi le sue responsabilità; una logica che prevede flessibilità per rispondere in modo personalizzato ai bisogni di ognuno attraverso un'assistenza che diviene sempre più un atto complesso, dove è necessario un ripensamento dell'organizzazione e del rapporto tra professionisti della sanità. È stato sottolineato come gli infermieri, almeno nei loro organi di rappresentanza, non intendano sottrarsi a questa responsabilità, ma piuttosto vogliano partecipare e governarla, per la loro parte. È emersa l'importanza di avere un sistema sanitario valido anche a livello domiciliare dove si rende sempre più evidente l'assenza dell'infermiere del territorio e si è posta l'attenzione sulla necessità di rendere esplicito il valore aggiunto che l'infermiere può e deve portare nella gestione del sistema sanità e di utilizzare sistematicamente metodi che permettano di valutare la salute del cittadino.

Infine sono stati presentati tre lavori che fra breve saranno presenti sul sito della Federazione: due relativi alla possibilità di definire le necessità di operatori sanitari ed infermieri in base alla complessità assistenziale ed uno definito Metodo Assistenziale Professionale per passare dalle prestazioni alla presa in carico della persona.

Come si vede due giorni intensi, ricchi di proposte e stimoli che vanno approfonditi e discussi per garantire la presenza nel mondo della sanità di figure professionali che possano esprimersi in modo competente, raccordandosi tra loro per rispondere ai bisogni, vecchi e nuovi, che la popolazione esprime.



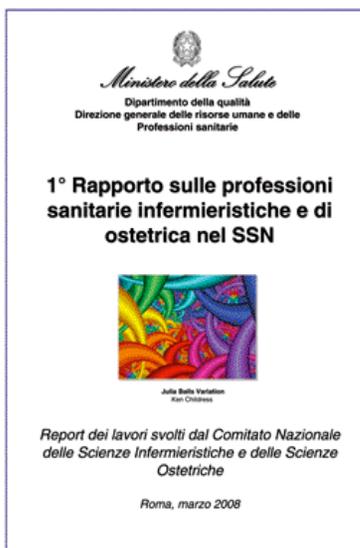
Primo rapporto Comitato Nazionale Scienze Infermieristiche e Scienze Ostetriche

Riportiamo la premessa del documento che rappresenta una interessante sintesi dei lavori dell'intero Comitato. Ai Lavori del Comitato ha partecipato anche Stefano Citterio, Presidente IPASVI Como, quale rappresentante per la Federazione Nazionale IPASVI.

13

Il Ministero della Salute ha reso noto il Primo Rapporto sull'attività svolta nei primi sei mesi dalla prima convocazione del **Comitato nazionale delle scienze infermieristiche e delle scienze ostetriche**. Tale Report è stato approvato all'unanimità, dopo una articolato e competente dibattito, coordinato dal **Dott. Proia Saverio** (Coordinatore del Comitato) ed è stato condiviso dal Ministro alla Salute, **sen. Livia Turco**, e dal Sottosegretario di Stato, **Dr. Gian Paolo Patta**.

Il 3 agosto del 2007 con specifico decreto del Ministro della salute è stato istituito il Comitato Nazionale delle Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (**CoNSIO**) per "l'elaborazione di 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 ed ostetrica e delle connesse funzioni e per la revisione dell'organizzazione del lavoro incentivando modelli di assistenza personalizzata, ai sensi dell'articolo 1 della L. 251/00".



sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica;

2. la delineaazione della struttura organizzativa, di direzione e gestione dei professionisti dell'area infermieristica ed ostetrica e degli operatori che li coadiuvano nei processi di assistenza diretta alla persona.
3. l'individuazione di modelli organizzativi per l'assistenza alla persona e lo sviluppo dei percorsi di valorizzazione delle prestazioni e delle competenze dei professionisti.

I documenti si inseriscono in un sistema sociale e sanitario che persegue l'obiettivo di coniugare la limitatezza delle risorse e il mantenimento di un'appropriata ed equa offerta socio sanitaria con l'aumento dei bisogni e delle aspettative dei cittadini sia nell'intensività curativo assistenziale (acuzie) sia nell'estensività curativo assistenziale (cronicità).

Il sistema salute del Paese si configura come una organizzazione complessa in cui è sempre più necessario ottimizzare e integrare processi e percorsi clinico-assistenziali basati su

I componenti del CoNSIO, a poco più di sei mesi dalla sua attivazione, hanno elaborato alcuni documenti da cui possono essere estrapolati i principali elementi per la predisposizione di linee guida inerenti:

1. la predisposizione di protocolli d'intesa Regioni/Università per l'attivazione dei corsi di laurea triennali della classe 1° delle professioni

modelli organizzativi avanzati e fondati sulla consapevole interazione delle diverse competenze professionali.

L'offerta dei servizi territoriali e delle strutture ospedaliere è cambiata e richiede cooperazione, lavoro di squadra, capacità di definire progetti di cura e di assistenza correlati e multiprofessionali e condivisione di saperi, competenze e responsabilità.



Il cambiamento e l'innovazione richiedono il coinvolgimento e il motivato apporto di tutti i professionisti che vivono nel sistema e che nel sistema approfondono energie, saperi e valori.

È pertanto di grande utilità sperimentare e diffondere esempi di buona organizzazione, di efficace governo clinico assistenziale, di integrazione multiprofessionale e di percorsi formativi basati sulla ricerca, sulle evidenze scientifiche e orientati al mantenimento e all'approfondimento delle competenze professionali.

In questa prospettiva la formazione rappresenta un elemento cardine del SSN ed è il tessuto connettivo su cui possono svilupparsi e trovare linfa le competenze relazionali, tecnico-scientifiche e le capacità manageriali necessarie per il mantenimento e l'innovazione di un servizio fondamentale per il progresso socio economico dell'intero Paese.

I documenti ad oggi predisposti dai Componenti del CoNSIO, si inseriscono in questa logica e riguardano:

- i protocolli d'intesa Regioni/Università intesi come elemento base per porre in essere efficaci percorsi formativi;
- la definizione della struttura di organizzazione, direzione e gestione dei professionisti intesa come elemento base per l'ottimizzazione e la efficacia dei processi di assistenza infermieristica ed ostetrica;
- la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

I documenti predisposti dal CoNSIO per la elaborazione di linee guida a valenza nazionale hanno l'obiettivo di:

- presentare ai professionisti orientamenti organizzativi, formativi e professionali;
- fornire gli elementi attraverso cui superare le diversificazioni esistenti nel Paese in relazioni alle tematiche analizzate;
- perseguire una base di omogeneità su cui successivamente porre in essere riflessione sui punti di forza e debolezza emersi in seguito all'attuazione.

Lo scopo delle linee guida è realizzare strategie

condivise ed azioni sinergiche tra tutti gli attori che intervengono nei processi oggetto di studio e riflessione.

I processi al momento analizzati e studiati dal CoNSIO sono quelli sottesi:

- al rapporto tra le Regioni e le Università nella predisposizione dei protocolli d'intesa;
- al rapporto tra la Direzione generale delle Aziende Sanitarie e le Direzioni Infermieristica/Ostetrica e tra la filiera di responsabilità clinica e la filiera di responsabilità assistenziale, che determinano i percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali;
- allo sviluppo di modelli e metodologie coerenti con le necessità organizzative ed assistenziali finalizzati alla presa in carico ed alla valorizzazione delle competenze professionali nelle strutture sanitarie del SSN.

I documenti predisposti ed allegati perseguono l'eshaustività e offrono numerosi elementi che potrebbero trovare utile inserimento nelle predisponde linee guida. Fra questi il CoNSIO ritiene basilari:

1. in merito al rapporto tra le Regioni e le Università nella predisposizione dei protocolli d'intesa:
 - la stipula di rapporti di convenzione tra Regioni e Università per il funzionamento dei corsi di laurea delle professioni sanitarie;
 - la sottoscrizione del protocollo di collaborazione istituzionale;
 - l'interazione con i rappresentanti dei Collegi/Ordini per le determinazioni dei fabbisogni di personale sanitario e per le ricadute degli esiti formativi;
 - la definizione per ogni Corso di Laurea, oggetto di convenzione, di una distinta e articolata struttura formativa per la gestione delle funzioni didattico-organizzative di ogni sede o sezione;
 - l'individuazione e nomina - esclusivamente a personale del profilo professionale in possesso del relativo titolo appartenente al Corso di Laurea, dipendente dal Servizio Sanitario Regionale o dall'Università d'intesa tra Direttore Generale dell'Istituzione e Rettore un Coordinatore Didattico / Direttore



- Didattico di sede o sezione;
- il conferimento della funzione dirigenziale conformemente al DPCM 25.1.2008 e in coerenza con le funzioni didattico-organizzative da ricoprire;
 - la garanzia di risorse di personale, di cui nella quota degli insegnamenti previsti dagli ordinamenti didattici dei corsi di laurea affidati a professori e ricercatori universitari, dei quali, per ciascun anno di corso, almeno 1 professore e 1 ricercatore appartenente al profilo professionale, in possesso del relativo titolo ed al settore scientifico disciplinare al quale si riferisce il corso.
2. in merito al rapporto tra le Direzioni generali delle Aziende "sanitarie" e le Direzioni Infermieristiche/Ostetriche:
- l'inserimento della direzione Infermieristica/Ostetrica nell'ambito della direzione strategica delle Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS, Fondazioni, Strutture Sanitarie autorizzate e/o accreditate e/o convenzionate;
 - il conferimento della funzione dirigenziale conformemente al DPCM 25.1.2008;
 - l'indicazione della filiera di responsabilità gestionale e professionale e degli ambiti di interazione e integrazione;
 - la valorizzazione della funzione dirigenziale declinata nelle diverse strutture/posizioni e ai diversi livelli della filiera di responsabilità gestionale e professionale.

Il CoNSIO è attualmente impegnato nella riflessione su quali potrebbero essere gli elementi di base per la definizione di modelli organizzativo-assistenziali favorevoli alle logiche dell'assistenza personalizzata e della pianificazione dell'assistenza per obiettivi.

Gli elementi di dibattito si dipanano sulle seguenti piste di analisi:

1. il governo assistenziale deve essere sinergico col governo clinico, dando così declinazione operativa all'odierno governo clinico-assistenziale; i contenuti dovrebbero focalizzarsi:
 - sulla centralità della persona;
 - sull'approccio globale ed olistico;

- sulla continuità assistenziale;
 - su progetti di cura e assistenza multiprofessionali, di cui la pianificazione infermieristica ed ostetrica sono premessa.
2. le modalità per differenziare pur rendendo sinergici i due principali paradigmi di riferimento in ambito sanitario (clinico e assistenziale), tenuto conto del fatto che:
 - oggi la presa in carico è ancora prevalentemente ancillare alla cura
 - l'assistenza si deve inserire nella pluralità delle specialità mediche (paradigma clinico della parcellizzazione)
 - l'assistenza incentrata sulla presa in carico della persona anziché sulle prestazioni è dimostrata di maggiore efficacia e appropriatezza
 - il paradigma della presa in carico favorisce il riferimento al care, piuttosto che al limitante concetto di carico di lavoro, mettendo in luce la complessità assistenziale come perno dell'organizzazione del lavoro
 - la centralità sul care promuove l'organizzazione dell'assistenza per obiettivi e processi.

Il risultato atteso dal lavoro di questo gruppo è l'elaborazione di una proposta per il riconoscimento delle competenze cliniche esperte ed avanzate nell'ambito delle organizzazioni e di una proposta per l'introduzione di modelli organizzativi ed assistenziali centrati sulla persona e coerenti con le necessità dell'assistenza per tipologie livelli di intensità nelle strutture sanitarie, in grado, inoltre di avviare la revisione dei processi assistenziali e l'individuazione di metodologie per la determinazione di fabbisogni, prevedendo anche percorsi per la valorizzazione delle competenze e delle funzioni anche di altri profili (quali gli operatori socio-sanitari) rispetto alla presa in carico e al processo assistenziale.

Il primo rapporto, completo, è consultabile sul sito www.ipasvicomo.it - sezione news oppure al sito http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_minpag_539_documenti_documento_0_fileAllegato Doc.pdf.





È evidente che...

16

La valutazione del dolore acuto in persone incoscienti o sedate

*A cura di Anna Toseff**

...la valutazione del dolore è un argomento che negli ultimi anni ha assunto sempre più rilievo nell'ambito dell'assistenza infermieristica. Ciò è dovuto, tra le numerose motivazioni, anche alla difficoltà di oggettivare questo sintomo: ciascuna persona ha infatti una propria e peculiare modalità di esprimere e descrivere il dolore: è influenzata da vissuti precedenti, dalla sua cultura, dalle sue convinzioni e credenze. Tra le varie definizioni ritrovate nella letteratura, l'International Association for Study of Pain (1979) ha messo in evidenza questi elementi, definendo il dolore come un'esperienza soggettiva, sensoriale ed emozionale, spiacevole, associata a un danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. Partendo da questa definizione la comunità scientifica sostiene ormai da tempo che il miglior indicatore per valutare il dolore di una persona è ciò che la persona stessa riferisce (Kwekkeboom e Herr, 2001; Shannon e Bucknall, 2003).

Il problema della valutazione del dolore si pone allora ancor più prepotentemente nel momento in cui le persone che assistiamo non sono in grado di comunicare con il personale sanitario, come nel caso di pazienti sedati o incoscienti, con la conseguenza di non riuscire a rilevare questo importante sintomo che interferisce negativamente sulla qualità di vita.

Secondo Payen et al. (2001) almeno il 63% degli assistiti in un'unità operativa di terapia intensiva (ICU) provano dolore con intensità fra severa e moderata; le persone ricoverate in questi reparti sono inoltre frequentemente sottoposte a proce-

dure dolorose e, nonostante il dolore sia un evento avverso prevedibile, spesso la gestione di questo sintomo non viene considerata come una priorità (Blenkharn et al., 2002; Puntillo, 2003) e viene messa in secondo piano rispetto ad altre priorità assistenziali (Carrol et al., 1999; Young et al., 2006). In realtà è ormai opinione comune che il dolore, provocando un'esagerata risposta del sistema nervoso autonomo, può essere persino la causa di numerose complicanze cardiache e respiratorie (Blakely e Page, 2001; Blenkharn et al., 2002).

Il problema principale per la valutazione del dolore in queste unità operative è la presenza di barriere che ostacolano la comunicazione: presenza del tubo endotracheale, alterato stato di coscienza, alto livello di sedazione e somministrazione di farmaci curarizzanti (Hall-Lord et al., 1998; Gelinas et al., 2004; Aissaoui et al., 2005; Young et al., 2006; Gelinas e Johnston, 2007).

La maggior parte delle scale di valutazione del dolore presenti in letteratura sono state create per persone in grado di comunicare verbalmente (Odhner et al., 2003), oppure per coloro che sono in grado di utilizzare metodi di comunicazione alternativi (Carroll et al., 1999). Per questo motivo le persone che non possono comunicare sono ad alto rischio di provare dolore e di ricevere un'adeguata analgesia (Shannon e Bucknall, 2003), perché senza una corretta valutazione del dolore non è possibile erogare un'adeguata assistenza (Gelinas et al., 2004).

Questo lavoro, attraverso la ricerca bibliografica effettuata, ha come scopo l'individuazione di strumenti efficaci utilizzabili dagli infermieri per valutare il dolore nelle persone sedate o incoscienti.



MATERIALI E METODI

Per la stesura di questo testo è stata fatta una ricerca attraverso varie fonti. Inizialmente sono stati utilizzati dei motori di ricerca generici e consultati siti di interesse infermieristico e medico senza ottenere risultati rilevanti; in un secondo momento sono state utilizzate anche dati che indicizzano articoli di interesse biomedico o infermieristico (Medline, Cinahl e Cochrane), con conseguente reperimento di diversi articoli inerenti l'argomento cercato. Infine, sono stati consultati alcuni libri di testo medici e infermieristici per approfondire il contesto entro cui si svolge la ricerca.

Per la ricerca nelle banche dati sono stati utilizzati il maggior numero possibile di termini in lingua inglese che descrivono le caratteristiche della popolazione e la tipologia di intervento¹, che sono stati uniti tramite gli appositi operatori booleani: OR per unire, AND per intersecare e NOT per escludere.

Nella ricerca sono state prese in considerazione solo le persone incoscienti da non più di 30 giorni. Questa scelta ha permesso di escludere dalla ricerca le persone che si trovano in stato vegetativo persistente o permanente, per le quali, al momento, non esistono prove di efficacia che dimostrino il livello di dolore a causa delle lesioni del sistema corticale dell'encefalo (Mcquillen, 1991; Blakely e Page, 2001).

Gli articoli trovati sono stati accuratamente selezionati e al termine sono stati reperiti 38 full text. I criteri di inclusione considerati sono stati la pertinenza con l'argomento trattato e l'anno di pubblicazione (tutti i testi dal 1990 ad oggi). L'anno non è stato posto come limite nella ricerca per poter verificare l'eventuale presenza di studi utili anche precedenti al 1990. I principali criteri d'esclusione sono stati la non pertinenza con l'argomento trattato e testi scritti in lingue diverse da italiano, inglese e spagnolo.

DISCUSSIONE

Quello che emerge in modo preponderante da diversi studi è il fatto che gli indicatori fisiologici, come l'alterazione dei parametri vitali (aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e della frequenza respiratoria), da tempo utilizzati per la valutazione del dolore in persone incoscienti o sedate, non sono strumenti specifici e affidabili per discriminare il dolore dalle altre forme di stress (Puntillo et al., 1997; Carrol et al., 1999; Kwekkeboom e Herr, 2001; Payen et al., 2001; Herr et al., 2006; Gelinas e Johnston, 2007). Da qui la necessità di creare e studiare nuove e più affidabili scale di misurazione del dolore per le persone incoscienti o sedate (Herr et al., 2006).

Attualmente in letteratura sono presenti solo due scale di valutazione: la Behavioral Pain Scale e la Critical-Care Pain Observation Tool.

La Behavioral Pain Scale (BPS) è stata la prima scala di valutazione del dolore ideata per persone incoscienti o sedate (Payen et al., 2001). Si basa sulla somma di punteggi relativi all'osservazione di 3 specifici comportamenti: le espressioni facciali, il movimento degli arti superiori e la compliance con la ventilazione meccanica. Ogni sezione prevede un punteggio che varia da 1 a 4, per un punteggio totale possibile compreso fra 3 e 12, dove 3 rappresenta l'assenza di dolore e 12 è il massimo dolore possibile.

La BPS è stata valutata in tre diversi studi che concordano nell'affermare che si tratta di uno strumento valido² e affidabile³ per la rilevazione del dolore nelle persone non coscienti o sedate, pratico, veloce e semplice da utilizzare (Payen et al., 2001; Aissaoui et al, 2005; Young et al., 2006).

Un limite di questo strumento è il suo campo di applicazione, la BPS infatti non può essere utilizzata per tutte le persone sedate o incoscienti: esclude infatti le persone che non sono sottoposte a ventilazione meccanica, tetraplegiche,

1 pain*, ache*, complaint*, dolor*, passion*, measure*, test*, assess*, scale*, tool*, value*, evaluation*, indicator*, unconscious*, coma*, comatose* state*, nonresponsive*, non-responsive*, nonverbal*, non-verbal*, loss of conscious*, critical* ill*.

2 Per affidabilità si intende la capacità di uno strumento di fornire sempre lo stesso risultato in occasioni di misurazione successive.

3 Per validità si intende la capacità di uno strumento di effettuare le misurazioni in modo accurato, rilevando cioè esclusivamente il fenomeno in esame.



Item	Description	Score
Facial expression	Relaxed	1
	partially tightened (e.g. brow lowering)	2
	Fully tightened (e.g. eyelid closing)	3
	Grimacing	4
Upper limbs	No movement	1
	Partially bent	2
	Fully bent with finger flexion	3
	Permanently retracted	4
Compliance with ventilation	Tolerating movement	1
	Coughing with movement	2
	Fighting ventilator	3
	Unable to control ventilation	4

Figura 1 - Behavioural Pain Scale

curarizzate (Payen et al., 2001; Young et al., 2006) o con neuropatie periferiche (Aissaoui et al., 2005) (vedi fig. 1).

La Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) è il secondo strumento trovato in letteratura. Si tratta di una scala ideata da Gelinas et al. (2006) che prende in considerazione quattro tipologie di comportamenti associati alla presenza di dolore: le espressioni facciali, i movimenti del corpo e la tensione muscolare. Il quarto punto considerato si differenzia per le persone intubate e non intubate: nel primo caso viene valutata la compliance con la ventilazione meccanica e nel secondo caso la vocalizzazione, cioè se la persona parla con un tono di voce normale, se piange o singhiozza (nel caso di persone coscienti) oppure se geme, emette o non emette suoni (per persone incoscienti). Ogni sezione prevede un punteggio che varia da 0 a 2, per un punteggio totale possibile compreso fra 0 e 8, dove 0 rappresenta l'assenza di dolore e 8 è il massimo dolore possibile.

Questa scala è stata ideata per essere utilizzata nelle ICU come strumento di valutazione del dolore in persone intubate o non intubate e con diversi livelli di coscienza (Gelinas et al., 2006; Herr et al., 2006), ma non può essere utilizzata per persone tetraplegiche o a cui sono stati somministrati farmaci curarizzanti (Gelinas et al., 2006; Gelinas e Johnston, 2007)

La CPOT è stata valutata in due diversi studi che concordano nell'affermare che si tratta di uno strumento valido e affidabile per persone sottoposte

a ventilazione meccanica (Gelinas et al., 2006; Gelinas e Johnston, 2007). Non è invece stato reperito alcuno studio che confermi l'affidabilità e validità dello strumento per persone non intubate. La CPOT è uno strumento semplice e veloce da utilizzare, che richiede però ulteriori studi di approfondimento (vedi fig. 2).

CONCLUSIONI

La ricerca di strumenti efficaci utilizzabili dagli infermieri per valutare il dolore acuto in persone adulte, sedate o incoscienti da non più di trenta giorni, si è conclusa con il reperimento di due scale di misurazione del dolore: la Behavioral Pain Scale (BPS) e la Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT).

Entrambi gli strumenti sono stati creati recentemente e per questo motivo non sono ancora presenti in letteratura molti studi che si preoccupano di testare la loro validità e affidabilità.

La principale differenza che esiste fra le due scale è il campo di applicabilità. La BPS può essere utilizzata solo per persone incoscienti o sedate sottoposte a ventilazione meccanica mentre la CPOT potrebbe essere potenzialmente utilizzata per tutte le tipologie di persone ricoverate in terapia intensiva, coscienti o non, intubate o non. In realtà gli studi effettuati finora sulla CPOT si preoccupano principalmente di valutare la scala come strumento di misurazione del dolore in persone intubate.

Attualmente la scala considerata più affidabile è la BPS, mentre la CPOT sembra avere maggiori



Indicator	Description	Score	
Facial expression	No muscular tension observed	relaxed, neutral	0
	Presence of frowning, brow lowering, orbit tightening and levator contraction	Tense	1
	All of the above facial movements plus eyelid tightly closed	Grimacing	2
Body movements	Does not move at all (does not necessarily mean absence of pain)	Absence of movements	0
	Slow, cautious movements, touching or rubbing the pain site, seeking attention through movements	Protection	1
	Pulling tube, attempting to sit up, moving limbs/ thrashing, not following commands, striking at staff, trying to climb out of bed	Restlessness	2
Muscle tension Evaluation by passive flexion and extension of upper extremities	No resistance to passive movements	Relaxed	0
	Resistance to passive movements	Tense, rigid	1
	Strong resistance to passive movements, inability to complete them	Very tense or rigid	2
Compliance with the ventilator (intubated patients)	Alarms not activated, easy ventilation	Tolerating ventilator or movement	0
	Alarms stop spontaneously	Coughing but tolerating	1
OR	Asynchrony: blocking ventilation, alarms frequently activated	Fighting ventilator	2
Vocalization (extubated patients)	Talking in normal tone or no sound	talkin in normal tone or no sound	0
	Sighing, moaning	Sighing, moaning	1
	Crying out, sobbing	Crying out, sobbing	2
Total range			0-8

Figura 2 - Critical-Care Pain Observation Tool

potenzialità di sviluppo per il futuro (Herr et al., 2006). In particolare potrebbe essere utilizzata come unico strumento di valutazione nelle terapie intensive per uniformare il più possibile la valutazione e la gestione del dolore in tutte le persone che non possono comunicarlo.

Erdek e Pronovost (2004) affermano che l'aumento della documentazione infermieristica per la valutazione del dolore implica un miglioramento nella gestione del dolore, soprattutto se integrato con specifici corsi di formazione per gli infermieri. In particolare è importante far capire che è necessaria una valutazione costante del dolore durante il periodo di degenza della persona assistita in ospedale (Erkes et al., 2001; Gelinas et al., 2004). La valutazione del dolore in persone incoscienti o sedate è un ambito che richiede ulteriori appro-

fondimenti soprattutto vista l'importanza che la gestione di questo sintomo ha all'interno della pratica clinica: un'adeguata gestione del dolore comporta infatti una diminuzione della morbilità e mortalità nelle terapie intensive (Szokol e Vender, 2001).

Un limite importante di questo lavoro di ricerca è l'esiguo numero di articoli reperiti. Sono infatti stati trovati numerosi articoli che sottolineano la necessità di creare degli strumenti validi per la valutazione del dolore in persone non coscienti o sedate, ma pochi sono quelli che propongono nuove scale o valutano quelle già esistenti. Sono sicuramente necessari ulteriori studi che abbiano l'obiettivo di valutare la validità e affidabilità di questi strumenti e di approfondire i possibili campi del loro utilizzo.



BIBLIOGRAFIA

1. Aissaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R. (2005) Validation of a Behavioral Pain Scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia and Analgesia*, 101(5):1470-6.
2. Blakely WP, Page GG. (2001) Pathophysiology of pain in critically ill patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(2):167-79.
3. Blenkarn A, Faughnan S, Morgan A. (2002) Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 18 (6): 332-41
4. Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. 2^a edizione. Milano: Masson
5. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Violet S, Sebbane M, Perrigault PF, Mann C, Lefrant JY, Eledjam JJ. (2006) Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 34(6):1691-9.
6. Costantini M; Viterbori P, Flego G. (2002) Prevalence of pain in Italian hospital: results of a regional cross-sectional survey. *Journal of pain symptom and management*, 23(3): 221-30
7. Erdek MA, Pronovost J. (2004) Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(1):59-64
8. Gelinac C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. (2006) Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*, 15(4):420-7.
9. Gélinas C; Fortier M; Viens C; Fillion L; Puntillo K (2004) Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study. *American Journal of critical care*, 13(2):126-35
10. Gélinas C, Johnston C. (2007) Pain assessment in the critically ill ventilated adult: validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and physiologic indicators. *Clinical Journal of Pain*, 23(6):497-505.
11. Hall-Lord ML, Larsson G, Steen B. (1998) Pain and distress among elderly intensive care unit patients: comparison of patients' experiences and nurses' assessments. *Heart & Lung*, 27(2):123-32.
12. Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, Pelosi-Kelly J, Wild L. (2006) Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2):44-52.
13. International Association for Study of Pain (1979) Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6:249-52
14. Kwekkeboom KL, Herr K. (2001) Assessment of pain in the critically ill. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(2):181-94.
15. Li DT, Puntillo K. (2006) A pilot study on coexisting symptoms in intensive care patients. *Applied Nursing Research*, 19(4):216-9.
16. McQuillen MP. (1991) Can people who are unconscious or in the "vegetative state" perceive pain? *Issues Law & Medicine*, 6(4):373-83.
17. Odhner M, Wegman D, Freeland N, Steinmetz A, Ingersoll GL. (2003) Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(6):260-7.
18. Pasero C, McCaffery M. (2002). Pain in the critically ill. *The American Journal of nursing*, 102(1):59-60
19. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, Lavagne P, Jacquot C. (2001) Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12):2258-63.
20. Pedrotti D, Magotti A, Ricci N, Gottardi M. (2002) La percezione dei fattori di stress dei pazienti ricoverati in terapia intensiva. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 21(3):131-5.
21. Puntillo KA. (2003) Pain assessment and management in the critically ill: wizardry or science? *American Journal of Critical Care*, 12(4):310-6
22. Puntillo KA; Morris AB; Thompson CL; Stanik-Hutt J; White CA; Wild LR. (2004) Pain behaviors observed during six common procedures: results from Thunder Project II. *Critical Care Medicine*, 32(2):421-7
23. Puntillo KA, White C, Bonham MA, Perdue S, Stanik-Hutt J, Thompson C, Wild L. (2001) Patients' perceptions and responses to procedural pain: Results from Thunder II Project. *American Journal of Critical Care*, 10(4):238-251
24. Shannon K, Bucknall T. (2003) Pain assessment in critical care: what have we learnt from research? *Intensive and critical care nursing*, 19:154-162
25. Szokol JW, Vender JS. (2001) Anxiety, delirium, and pain in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*, 17(4):821-42.
26. Van de Leur JP, van der Schans CP, Loeff BG, Deelman BG, Geertzen JH, Zwaveling JH. (2004) Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Critical Care*, 8(6):467-73.
27. Young J, Siffleet J, Nikoletti S, Shaw T. (2006) Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(1):32-9.





Ri... visti

Primo congresso nazionale delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia - giugno 1965
Riportiamo la relazione introduttiva della presidente Laura Sterbini Gaviglio

21

A cura di Inf. Giuseppina Larghi*
Inf. Antonella Paoletti**

DIECI ANNI DI VITA DELLA CATEGORIA

Eminenza, Signor Ministro, Eccellenza, Direttori Generali, Professori, Signori, colleghe tutte:

nel dichiarare aperto questo "1° Congresso nazionale delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia", lasciate che esprima a voi congressiste la mia gratitudine per aver accolto il nostro invito ed essere venute qui numerose e

desiderose di ritrovarvi, in questo incontro e nel comune scambio di impressioni ed esperienze vissute e sofferte, nuovo slancio e nuovo vigore per continuare ad esercitare la nostra professione proiettandola in orizzonti sempre più ampi e aperti.

La Federazione Nazionale dei nostri Collegi professionali, che ho l'onore di rappresentare, ha voluto indire questo 1° Congresso nazionale, nella ricorrenza del 1° decennio della istituzione dei Collegi stessi, per tre principali motivi.

- 1) Prendere sempre più coscienza dell'importanza che assume sotto ogni aspetto l'appartenenza al Collegio professionale, dimostrando in tal modo quanta lungimiranza avesse il legislatore che con l'istituzione dei Collegi intese dare alle nostre benemerite professioni il più alto ed ambito riconoscimento.
- 2) Fare una rassegna degli avvenimenti più salienti che in questi 10 anni di vita hanno segnato, caratterizzato, trasformato la realtà sanitaria del nostro Paese, le strutture sociali, le nostre stesse professioni.
- 3) Additare a noi stesse, alle competenti Autorità,

all'opinione pubblica, quali cambiamenti e modificazioni si richiedono alle nostre professioni, oggi, in una società che dal sistema di previdenza sociale per determinate classi di lavoratori si incammina verso un sistema di sicurezza sociale per tutti i cittadini.

I Innanzitutto dobbiamo esprimere tutta la nostra riconoscenza a quanti hanno efficacemente contribuito alla realizzazione dei Collegi professionali per le nostre categorie, istituiti con Legge 29 ottobre 1954, n. 1049; alle associazioni private promotrici di tale provvida iniziativa, ai parlamentari che hanno accolto e fatto proprio tale vivissimo desiderio (mi sia concesso ricordare in particolare l'On.le Beniamino De Maria presentatore della legge in parola).



Un grazie particolare alle Colleghe che si sono impegnate a lavorare nei Consigli dei Collegi e nel Comitato Centrale della Federazione; un grazie





La Presidente della Federazione (la seconda di sinistra) nel momento in cui viene presentata al Presidente della Repubblica

veramente sentito alla Sig.na Giuliana Colombi, prima Presidente della Federazione Nazionale, ed a tutte le altre sue collaboratrici che hanno sostenuto la fatica degli inizi, sempre laboriosi e pesanti per ogni nuova istituzione.

Ho premesso che occorre prendere sempre più coscienza della importanza che viene ad assumere il fatto di appartenere ad un Collegio professionale. Ma perché il Collegio, l'Albo professionale sono importanti? Quali sono i diritti, quali i doveri che ne derivano ai singoli professionisti?

Lo Stato, fra i suoi molteplici compiti, ha anche quello di assicurare ai cittadini, che necessitano di una data prestazione professionale, la possibilità di trovare le persone capaci di darla, le persone cioè che siano in possesso di una preparazione professionale fatta non soltanto della conoscenza delle tecniche più appropriate, ma ispirata anche a quei sommi principi del rispetto della persona cui la prestazione è diretta.

Lo Stato non ha avocato a sé questo compito, ma l'ha affidato ai singoli Ordini e Collegi che hanno appunto il mandato specifico di fare in modo che

questi interessi collettivi siano tutelati, accertando il conseguimento del titolo professionale, reprimendo l'esercizio abusivo della professione, salvaguardando l'esercizio abusivo della professione, salvaguardando affinché i professionisti siano sempre all'altezza dei propri compiti per competenza tecnica e per onestà di costumi.

Il Collegio è un Ente di diritto pubblico con capacità giuridica di tutela della professione e dei singoli professionisti, di rappresentanza dei medesimi presso la Pubblica Amministrazione e presso le istituzioni private; di sorveglianza sull'applicazione delle norme deontologiche che devono ispirare il comportamento del professionista durante lo svolgimento della sua attività e nella vita privata. Strumento, perciò, di disciplina della professione e dei professionisti e di difesa degli interessi di tutti i cittadini e dei professionisti stessi.

//

Questo incontro ci offre la possibilità di passare in rassegna gli avvenimenti che hanno caratterizzato ed trasformato la realtà sanitaria del nostro Paese quindi le nostre stesse professioni.





Anonimo affresco raffigurante un interno di farmacia, XVII secolo, Bruges

Cosa è avvenuto in questi 10 anni? - Cosa prospetta la storia alla nostra attenzione? - Quali sono le esigenze che scaturiscono dalle mutate situazioni? La prima constatazione da fare è questa: le professioniste sanitarie ausiliarie e le scuole sono aumentate di numero. Si contavano nel 1954 n. 42 Scuole per I.P., n. 19 Scuole per ASV, n. 2 Scuole per VI. Sono state istituite nuove Scuole e cioè: n. 41 per IP + 21 annesse alle Cliniche ostetriche, n. 6 per ASV, n. 7 per VI.

Negli ultimi 5 anni si sono diplomate n. 8562 IP (di cui religiose 1734), n. 1506 ASV (di cui religiose 13), n. 663 VI (di cui religiose 132).

Tale dato di fatto, che potrebbe sembrare positivo, diventa subito negativo se viene rapportato al numero dei posti letto esistenti, alla evoluzione della medicina, della chirurgia, dell'igiene; alla modificazione dell'andamento e dell'incidenza delle malattie; alla specializzazione in tutti i settori dell'assistenza, alla evoluzione della mutualità estesa a quasi tutte le categorie dei cittadini, compresi i pensionati; allo sviluppo della educazione sanitaria della popolazione: colonie, vaccinazioni,

propaganda igienica; alla medicina scolastica e di fabbrica; alla istituzione dei Centri di Medicina Sociale e via dicendo. Altro dato che da positivo diventa negativo: il numero delle nostre Scuole, ancora largamente insufficiente, specialmente in alcune regioni, ad assorbire tante giovani che aspirano alle professioni sanitarie ausiliarie. Da una indagine condotta dalla nostra Federazione risulta che nell'ottobre 1964 non hanno potuto trovare accoglimento nelle nostre Scuole circa 1500 domande e precisamente: n. 1096 domande per il corso di IP, n. 231 per il corso di ASV, n. 173 per il corso di VI. Nel 1954 sono state pure istituite le Scuole per il conseguimento dell'attestato che abilita all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiere generico ed in 10 anni si sono viste sorgere n. 169 Scuole. Si è dato così inizio ad un programma di propaganda che si è concretizzato:

- 1) nel 1960 con l'allestimento di uno stand alla 1° Mostra internazionale della Sanità, tenutasi a Roma. In tale occasione è stata pure organizzata una giornata delle professioni sanitarie ausiliarie e divulgato il Codice Deontologico delle





II.PP. AA., SS.VV. e VV.II.

- 2) nel 1961 con la partecipazione alla Mostra "Italia 61" di Torino, con uno stand, allestito a cura di quel Collegio provinciale;
- 3) nel 1964 con l'organizzazione in ogni provincia, ad opera dei locali Collegi, della "Giornata Nazionale delle professioni sanitarie ausiliarie"

patrocinata dal Ministero della Sanità. Obiettivo di tale giornata è stato quello di illustrare alle studentesse delle Scuole medie di 1° e 2° grado, attraverso apposite conferenze e la distribuzione di dépliant e cartoline di propaganda, i vantaggi delle professioni sanitarie, di sensibilizzare tutta l'opinione pubblica ai nostri proble-

mi a mezzo stampa, radio, televisione. Risultato soddisfacente di tale propaganda: l'aumentato numero delle domande alle scuole professionali, prima ricordato, l'interessamento continuo e pressante di moltissime giovani presso i nostri Collegi per avere informazioni e notizie.

In questi dieci anni l'attività della Federazione è stata inoltre molto intensa sul piano della collaborazione prestata al Ministero della Sanità per lo studio di provvedimenti legislativi interessanti le nostre categorie. Nel 1961 una rappresentante della Federazione è stata chiamata a far parte della Commissione ministeriale per lo studio della riforma della legislazione riguardante le scuole delle

professioni sanitarie ausiliarie.

Nel 1963 la disposizione riguardante l'obbligo scolastico sino ai 14 anni - scuola media unica - ha condizionato l'atteggiamento della Federazione in merito al titolo di studio richiesto per accedere alle nostre scuole professionali.

Grazie a questa vigilante presenza è stato possibile porre nella dovuta evidenza la necessità di:

- a) operare una netta differenziazione fra le professioni sanitarie ausiliarie e le arti ausiliarie;
- b) istituire nell'organico del personale degli ospedali il posto di direttrice dei servizi di assistenza infermiera e quello di assistente sanitaria;
- c) includere nelle commissioni esaminatrici rappresentanti di categoria, designate dai Collegi, qualora le assunzioni si facciano per pubblici concorsi;
- d) rendere obbligatorio per determinati ospedali la istituzione ed il funzionamento di scuole-convitto per infermiere professionali e per vigilatrici d'infanzia;

Nel 1965 accadeva anche che:

- **Febbraio** - alla lira l'oscar della moneta
- **5 aprile** - a Los Angeles Vittorio De Sica vince l'Oscar per il film Ieri, oggi, domani
- **Settembre** - a Parigi il presidente Charles De Gaulle annuncia che la Francia uscirà dalla NATO
- **Ottobre** - Stati Uniti Papa Paolo VI interviene all'ONU, invocando la ricerca della pace

e) inserire una rappresentante delle professioni sanitarie ausiliarie nei Consigli regionali e nel Consiglio nazionale per gli ispedali.

Altra realtà che si è andata concretizzando in questi ultimi 10 anni: il sorgere di nuove professioni sanitarie ausiliarie e la specializzazione in molti campi di quella infermieristica.

Basti soltanto accennare

alle nuove professioni che ancora attendono di essere, di diritto, riconosciute come tali, quali le professioni delle:

- a) dietiste,
- b) fisiochinesiterapiste,
- c) ortottiste, nonché le più importanti specializzazioni, quali, ad esempio quelle di:
 - a) direttrice di Scuola-convitto,
 - b) assistente psichiatrica,
 - c) camera operatoria,
 - d) infermiera marittima,
 - e) assistente sanitaria ospedaliera,
 che pure attendono di essere meglio regolamentate, quanto ai programmi, alle mansioni,



al diritto insomma di cittadinanza nel mondo dell'assistenza, dove da tempo agiscono ed operano.

///

Questa sommaria e rapida esposizione mette in evidenza come, molte cose siano mutate in questi 10 anni, come soprattutto esigenze nuove incalzino e richiedano che le nostre professioni si adeguino alla realtà sociale e sanitaria del nostro Paese.

Il piano quinquennale di sviluppo economico, recentemente approvato dal Consiglio dei Ministri, ha una parte dedicata al servizio sanitario nazionale.

Tale programma si svolgerà su queste direttive:

a) il Ministero della Sanità realizzando un Servizio Sanitario Nazionale articolato a livello comunale, provinciale e regionale, e utilizzando le diverse attività del settore pubblico e privato, dirigerà e coordinerà la politica sanitaria del Paese;

b) l'intenento sanitario pubblico, soprattutto in senso preventivo, sarà orientato al fine di ridurre l'incidenza delle malattie di maggiore rilievo sociale e della mortalità infantile ed ottenere una sostanziale elevazione del livello igienico - sanitario del Paese.

"L'Unità Sanitaria Locale" sarà il primo dei presidi sanitari da realizzare per l'estensione della protezione sanitaria globale a tutti i cittadini.

Tale "Unità Sanitaria Locale" avrà funzioni eminentemente preventive di medicina sociale e di educazione sanitaria.

Nel quinquennio si dovranno costruire circa 1300 Unità Sanitarie Locali, con una spesa di impianto, pari a 50 miliardi di lire.

Ma la cosa più importante è che il citato servizio nazionale prevede per il 1969 numero 207.000 nuovi posti letto. Ciò significa che in 5 anni bisognerà incrementare gli organici degli Ospedali di n.

10.300 II.PP. (in aggiunta al numero occorrente per addivenire alla normalizzazione delle attuali gravissime deficienze).

Il progetto in parola dice in verità che: "un livello elevato di efficienza delle diverse strutture sanitarie richiede l'adeguamento quantitativo e qualitativo del personale disponibile. A questo scopo occorrerà provvedere ad aumentare i centri di formazione del personale sanitario, in considerazione delle gravi carenze che l'organizzazione sanitaria italiana manifesta in questo campo.

Contemporaneamente si dovrà procedere ad una rivalutazione professionale dei professionisti ausiliari, adeguando a questa esigenza i criteri di preparazione, i regolamenti delle scuole, il riconoscimento giuridico dei titoli professionali, il trattamento economico".

Non siamo sufficienti: occorre aumentare il numero delle scuole, rendere più efficienti quelle già funzionanti, preparare il personale direttivo, in apposite scuole da istituirsi.

Il problema di fondo ha carattere economico!

Un fenomeno veramente singolare si verifica a riguardo delle nostre professioni, ed è questo: lo Stato provvede a tutta l'istruzione, meno a quella delle professioni sanitarie ausiliarie, che grava sulle singole professioni e sugli ospedali.

Le nostre allieve studiano, lavorano e pagano! Bisogna rendere le nostre scuole meno pesanti, sotto tutti i punti di vista.

Dobbiamo camminare con i tempi! È necessario considerare l'allieva una studente non una lavoratrice. Il tirocinio pratico deve essere in funzione della formazione tecnico-professionale e non della copertura dei servizi dell'ospedale.

Il convitto, mezzo di formazione umana e professionale, deve assumere un aspetto meno rigido ed addirittura aprire le sue porte qualora vi si indirizzino allieve che hanno il loro domicilio nella stessa

<p>Nel campo del Cinema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uccellacci e uccellini di Pier Paolo Pasolini
<p>Nel campo della Musica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26 ottobre i The Beatles ricevono il Member of The British Empire dalla Regina Elisabetta II
<p>Viene assegnato il Premio Nobel per la Chimica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Robert Burns Woodward
<p>Sono nati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 17 febbraio – Leonardo Pieraccioni, attore, regista e comico italiano • 19 febbraio – Veronica Pivetti, attrice e doppiatrice italiana



città della scuola.

La carriera infermieristica è riconosciuta come una fra le più necessarie, se ne lamenta l'esiguità, ma poi all'atto pratico molte aspiranti non possono abbracciarla per mancanza di scuole.

Altro aspetto molto grave e importante: non siamo abbastanza preparate! Non è più possibile continuare a richiedere alle aspiranti alle nostre scuole il titolo di scuola media inferiore. Questo titolo che poteva andare bene nel 1925, non è più sufficiente oggi. È necessario che la cultura base sia adeguata pedestalato a quella professionale. .

È necessario che le scuole delle professioni sanitarie ausiliarie siano inserite negli istituti tecnici professionali; solo così si potrà realizzare una rivalutazione professionale perché verranno adeguati i criteri di preparazione.

...a che cosa serve avere efficientissimi ospedali, centri di medicina sociale, se in questi splendidi manufatti, accanto ad ottimi medici e specialisti, non operano continuamente, competentemente, in numero adeguato, coloro che devono attuare le prescrizioni, assistere, educare a mantenere la salute oltre che a guarire dalla malattia?

Proprio per questo abbiamo incluso nel programma di lavoro di questo nostro congresso una trattazione particolareggiata, curata da una esperta rappresentante di ogni categoria e cioè da una IP, una ASV e una VI su quanto è necessario concretare per uscire da queste strettoie che oramai da troppi anni ci assillano e delle quali tanto si è parlato e si continua a parlare.

Noi riconosciamo che l'attuale preparazione della IP è insufficiente per i compiti che presenta oggi l'assistenza medico-chirurgica al malato e chiediamo che sia elevato il titolo di studio base per l'accesso alle nostre scuole; ma mentre nei nostri ospedali si lamenta la scadente prestazione del personale ausiliario, si sente ventilare da molte parti e da ogni settore sindacale e politico, un progetto vorrei dire assurdo, cioè quello di concedere agli attuali infermieri generici muniti del certificato di abilitazione all'arte ausiliaria, che hanno prestato servizio negli ospedali per un certo numero di anni, il diploma di infermiere professionale ad honorem. Ciò è soltanto ridicolo.

Noi non disconosciamo le benemerite di nessuna categoria e non neghiamo il diritto a chicchessia di migliorare la propria preparazione, frequentando corsi che lo qualificano sul piano professionale elevandolo in una categoria superiore, ma neghiamo che questo titolo si possa conseguire al di fuori e in dispregio dei regolari corsi di studio che la legge stabilisce.

In quale altro settore è mai avvenuto questo o si è proposta una simile eventualità?

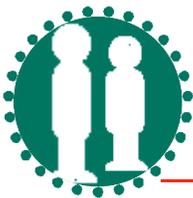
Forse i commessi degli studi legali possono, senza la laurea in giurisprudenza, diventare avvocati?, oppure i geometri ingegneri o i capi mastro geometri? E perché in questo settore che è fra i più delicati ci si permette di discutere anzi di avanzare tale proposta? Lasciatemi a questo punto dire che le proposte si fanno perché sono stati promessi appoggi o perché si è convinti che saranno accolte. È con immenso dolore che, nel momento in cui celebriamo il decennio della istituzione dei Collegi IP-ASV-VI, devo levarmi a difendere il valore dei nostri titoli, devo denunciare le violazioni che vorrebbero essere commesse, in dispregio della legge, nel nostro libero Paese.

Le nostre battaglie - poiché di battaglia si tratta e che durano da decenni - possono sembrare a volte violente ma ciò che sostiene e spinge noi tutte fino all'ultima allieva di scuola convitto è il superiore interesse del malato, della persona sofferente che sotto varia forma e con diversa preparazione ma con immutato amore abbiamo sempre assistito dai tempi della matrona Fabiola a quelli di Florence Nightingale, la Signora della Lampada, lampada che insieme alla Croce abbiamo scelto a simbolo della nostra Federazione, e fino ai tempi attuali, che oramai sono maturi per il raggiungimento di un sistema di sicurezza sociale. Sicurezza sociale che non potrà mai essere disgiunta da questo apporto di umano calore, di amore per i fratelli o sofferenti o meno provveduti. Termino ringraziando sentitamente le Autorità che con la loro presenza a questa cerimonia inaugurale hanno voluto renderla più solenne e nel medesimo tempo più impegnativa per noi, obbligandoci moralmente a portare a compimento quanto abbiamo ambiziosamente delineato, annunciato, promesso nel nostro programma.

* Infermiere Tutor Laurea in Infermieristica Università Studi Insubria Sez. Como - Az. Ospedaliera S. Anna Como

** infermiere U.O: Malattie Infettive - Az. Ospedaliera S. Anna Como





Non solo professionisti...

Tradire per non tradirsi: quasi un elogio del tradimento

A cura di Dott. Pierluigia Verga*

Ognuno è maggiormente se stesso, non quando sia molteplice e grande, ma quando appartenga a se stesso; ed egli appartiene a se quando si ripiega su se stesso. Il desiderio di grandezza in questo senso è proprio di chi ignora la vera grandezza e tende a ciò che non è necessario ma all'esteriore. Quando dicevamo "su se stesso" intendevamo appunto l'interiorità. (Plotino, Enneadi, VI, 6, 1)

Continuo, con l'articolo di questo numero, il discorso aperto in Agorà tre mesi or sono. Forse è ostinazione, ma penso che per tutti sia quanto mai utile regalarci qualche possibilità riflessiva.

Allora ricomi in uno spazio dove non è detto che si debbano per forza trovare soluzioni ai nostri quesiti, apprendimenti speed, "trasferibilità" immediate, obblighi a rintracciare sempre la dimensione applicativa di tutto ciò che leggiamo, ascoltiamo, vediamo. Propongo solo dei ragionamenti. Questa volta ho "scomodato" Plotino e anche ora vorrei partire dalle sue parole per condividere con i lettori quello che queste sue righe hanno saputo solleticarmi.

Inizio. Come mai Plotino raccomanda l'interiorità e mette in guardia da una grandezza che è considerata esteriore e contraria a ciò che è necessario? Perché serve una sollecitazione in tal senso? Prima e provvisoria risposta: penso sia innanzitutto importante riconoscere come a volte - a distanza di secoli da Plotino - avvenga una certa scissione fra il mondo soggettivo interno e quello che c'è oltre i confini individuali..., mi sembra che anche l'autore rimandi in qualche modo a questa separazione. È come se - princi-

palmente di questi tempi - la persona avvertisse che il suo nucleo più intimo e vero non possa essere comunicato e condiviso, ma debba rimanere chiuso come in una gabbia in quella cosa estranea che è la società.

Ciò che egli può dare e ciò che gli altri chiedono a lui è solamente una prestazione, non più un'offerta creativa e personale delle sue conoscenze e della sua sensibilità.

Interiorità ed esteriorità: cose diverse e, allude il Nostro, talvolta escludentesi a vicenda.

Non è che questo rischia di generare una divisione profonda? Non c'è il pericolo che si arrivi di fatto a una soluzione di continuità? A volte, capita di vivere proprio la doppia dimensione di un Sé autentico da una parte e di un "Falso Sé" dall'altra, quest'ultimo corrispondente a ciò che il mondo si aspetta, forse chiede e talvolta vuole da noi. Tale separazione è causa di un certo malessere e spesso isterilisce sia la vita profonda della persona, sia l'ambiente in cui ella si trova a vivere e a lavorare: sempre di più i luoghi che abitiamo diventano allora fatui e superficiali e Plotino, a distanza di secoli, ancora avrebbe buon gioco nel ricordarci come la vera grandezza stia invece nell'appartenere a sé stessi senza rincorre altro.

1 Verga P., Conosci te stesso o curati di te stesso?, in Agorà - Gennaio 2008 - n. 37, pp. 26-28.

2 "Il falso Sé è rappresentato da tutta l'organizzazione dell'atteggiamento sociale educato, o, per così dire, dal non avere il cuore in mano. [...] Il vero Sé, per converso, è il gesto spontaneo, l'idea personale: solo il vero Sé può essere creativo e sentirsi reale." Winnicott D., Sviluppo affettivo e ambiente, Armando, Roma 1965, pp 182 - 187.



Cercando di staccarmi dal pensiero del nostro Autore mi chiedo se sia possibile ipotizzare una composizione della dicotomia interno/esterno. È pensabile un "esterno" che non sia solo un insieme di atti e fatti ma rappresenti qualcosa che invece di estraniare contribuisca a dare significato? Insisto: si può immaginare un "esterno" che anziché essere molteplice aiuti l'essere umano a occuparsi della propria interiorità e quindi della propria unicità? Forse sì, probabilmente è persino inevitabile.

Nonostante si assista a delle derive relazionali e a degli scenari sempre più impostati ed artefatti, penso che non possiamo alimentare la nostra anima se non giocandoci nella relazione con l'altro in modo forse più esposto, sincero e profondo di quanto ormai siamo abituati a fare. Senza uno scambio in cui le persone si guardano e comunicano nella nudità, non c'è nutrimento e crescita, e il nostro spirito si ammala esattamente come starebbe male il nostro corpo se non avesse aria, luce e cibo.

Mi spiego meglio: non possiamo illuderci di favorire lo sviluppo del nostro Sé in maniera autonoma e solipsistica; l'interiorità di Plotino è essenziale, ma dove e da chi si nutre questa interiorità? Ciò che noi siamo e diventiamo non risulta solo da una presunta e totale autodeterminazione, ma è anche in virtù delle possibilità relazionali che gli altri ci hanno dato e che noi, a nostra volta offriamo: "ogni persona viene creata in quanto individuo dal confronto con altri individui, ed è la natura stessa ad aver disposto le cose in modo che ognuno per potersi sviluppare abbia bisogno dell'altro, e di un altro che esiste prima di lui"³.

La relazione con le persone. Il confronto. Su come lo incarniamo ci sarebbe da ragionare. Se rifugge da comunicazioni superficiali esso ha bisogno di tempo, gusto e passione. Se è reale

può rinvigorire, alleviare, oppure - al limite - anche ferire. In ogni caso fa vivere. Può confermarci o disorientarci, ma prende e dà forza a quella parte di noi che non si rassegna a un linguaggio svuotato e stantio. Lo stare cum fronte implica predisporci all'altro diminuendo il potere delle nostre difese e, se è il caso, anche accettando di sperimentare l'insinuarsi perturbante della nostra Ombra⁴, cioè di quella parte della personalità che tendiamo a vivere come inaccettabile, inferiore e negativa e le cui corde ogni tanto vengono dolentemente pizzicate dall'altro con cui ci incontriamo o scontriamo⁵.

Plotino non raccomanda l'esterno se esso è vano e decentrato rispetto al Sé, se coincide con i dettami di un collettivo anonimo e de-personalizzato, e se non conduce alle cose vere. E per quanto riguarda noi? Penso che ci si conegni a questa esteriorità ogni volta in cui si rinuncia a dare voce alle nostre ragioni e a far luce sulle emozioni che proviamo e allorché evitiamo di dare cittadinanza ai sentimenti che ci abitano o "molliamo" sui valori in cui crediamo. E tutto questo in nome degli equilibri da mantenere, delle parole che non sta bene dire, delle omeostasi che non è opportuno scompensare.

Ma nelle cose c'è sempre un "però": l'inautenticità ha un prezzo altissimo. Alla fine essa annoia e stanca anche gli spiriti più pavidati, rende tutto stucchevole, estranea l'individuo da se stesso e non gli consente di responsabilizzarsi. Fa sì che la nostra persona si omologhi a quella massa che - pur considerata come aliena e lontana - viene tendenzialmente assecondata e non si ha mai il coraggio di tradire. Soprattutto lascia la nostra interiorità inappagata e quindi ancor meno essa può crescere e motivarsi. Quale possibilità, allora, di uscire da un anello annichilente e che tanto spesso sembra un cane che si morde la coda?

3 Carotenuto A., *Le lacrime del male*, Bompiani, Milano 1996, pg. 128

4 Il concetto di "Ombra" è parte del pensiero di C. G. Jung e permea tutta la sua opera.

5 Se siamo disponibili a sentire questo dolore, a riconoscere ciò che si muove nei nostri scenari interiori, se riusciamo a dargli un nome e a comprenderlo, ma soprattutto se siamo disposti a prendercene cura, allora allarghiamo inevitabilmente le nostre possibilità comunicative, sia nel dialogo con noi stessi, sia in quello che abbiamo con gli altri.

6 Carotenuto A., *Eros e pathos - margini dell'amore e della sofferenza*, Bompiani, Milano 1987, pg. XI



Possiamo parlare di diserzione. Carotenuto⁶ scrive delle bellissime pagine sul valore del tradimento e, a dispetto di quanto in esso siamo abituati a osservare - di solito la dimensione negativa e "immorale"- già l'etimologia della parola impone di considerarlo come qualcosa che non può essere semplicisticamente relegato ai territori del riprovevole e dell'infame. "Tradimento è parola dal significato ambiguo. L'itinerario semantico del verbo corrispondente congiunge infatti significati opposti, così che tradire sta per "consegnare" o per "raccontare", e in latino "traditor" è sia il "traditore" sia "chi insegna".

Allora, il traditore è anche colui che si smarca da un linguaggio falsato e sterile, che fa volentieri a

meno di modalità "estetiche", e, come direbbe Plotino, "molteplici".

Chi riesce a darsi (e al contempo propone) itinerari relazionali più profondi e veri è certamente un traditore: viene meno a quei dettami del collettivo che molto spesso prosciugano, induriscono, ma soprattutto non permettono di accedere all'autentica individualità. Provo sempre molta tristezza quando non c'è interesse per quello che siamo davvero. Sento una specie di malinconia ogni volta in cui per essere fedeli a un esterno senz'anima tradiamo noi stessi.

Per commenti, proposte, domande è possibile scrivere a: pierluigia.verga@libero.it

7 ibidem

*Psicologa



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: Como: "I Giardini di Levante"

Gianni Rizza

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

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.





<http://www.son.utmb.edu/catalog/catalog.htm>

Academic Journal Directory elenca oltre 400 riviste nel campo della clinica, dell'educazione e della ricerca infermieristica. È curato dalla University of Texas Medical Branch School of Nursing at Galveston. Ogni record contiene il titolo della rivista, l'editore, la periodicità, gli indirizzi di riferimento e il link al sito Web ove disponibile.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat>

HSTAT Health Services/Technology Assessment Text è una collezione che comprende anche i full-text di linee guida, di valutazioni tecnologiche e di informazione sanitaria.

Permette la ricerca contemporanea in PubMed, nei Centres for Disease Control & Prevention Guidelines e nel National Guideline Clearinghouse.

<http://198.232.252.23/>

Combined Health Information Database (CHID) è una banca dati prodotta dalle agenzie sanitarie governative degli USA e messa a disposizione in internet dai National Institutes Of Health. Raccoglie abstracts, titoli ed informazioni sulla disponibilità di numerose risorse di educazione e promozione sanitaria. Viene aggiornata ogni tre mesi. Gli argomenti trattati includono: educazione sull'AIDS, disturbo di Alzheimer, artrite e malattie dell'apparato muscoloscheletrico, educazione del paziente oncologico, prevenzione e controllo delle malattie tumorali, sordità e disturbi della comunicazione, diabete, disturbi digestivi, prevenzione delle malattie e promozione della salute, epilessia, disturbi urologici e renali, salute delle mamme e dei bambini, genetica, sindromi rare....

http://www.cancer.gov/cancer_information/pdq/

PDQ (Physician Data Query) è un database del National Cancer Institute che contiene le più recenti informazioni sul trattamento, la prevenzione, gli screening oncologici, oltre ai clinical trial sull'argomento.

<http://search.medscape.com/drug-reference-search>

Medscape DrugInfo è una banca dati relativa ai farmaci pubblicata da Medscape. È richiesta una registrazione ma il servizio è gratuito. Esso consente di cercare informazioni sui farmaci o sulle malattie traendo indicazioni sugli effetti collaterali e sulle precauzioni d'uso.

<http://www.york.ac.uk/inst/crd/crddatabases.htm#NHSEED>

NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) è una banca dati prodotta dal NHS Centre for Reviews and Dissemination a partire dal 1994. È aggiornata con screening regolari di risorse quali Medline e Current Contents. Permette la ricerca di abstracts strutturati sulla valutazione del rapporto costo/beneficio degli interventi sanitari.

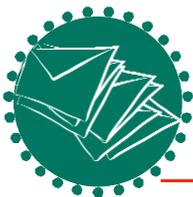
Gli studi vengono valutati sulla base dei seguenti fattori: progetto dello studio economico, descrizione della valutazione di efficacia, stima dei benefici usati nell'analisi economica, metodologia della valutazione dei costi, metodi per la sintesi dei risultati, trattamento delle ambiguità.

http://ods.od.nih.gov/Health_Information/IBIDS.aspx

IBDS è una banca dati che raccoglie la letteratura scientifica pubblicata sugli integratori dietetici al fine di fornire un supporto al reperimento di informazioni valide sull'argomento. Contiene più di 300.000 citazioni e abstracts. Essa è prodotta dall'Office of Dietary Supplements (ODS) dei National Institutes of Health ed è sviluppata e mantenuta grazie alla collaborazione tra Food and Nutrition Information Center, National Agricultural Library, U.S. Department of Agriculture.

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





Posta e risposta

a cura di Stefano Citterio

ANCORA SUI CREDITI "RECUPERABILI"

In data 1 agosto 2007 è stato siglato l'accordo Stato-Regioni concernente il "Riordino del sistema di Formazione continua in Medicina".

Nell'accordo è riportato, tra l'altro, che ogni operatore sanitario deve acquisire 150 crediti formativi nel triennio 2008-2010 secondo la seguente ripartizione:

- 50 crediti/anno (minimo 30 e massimo 70 per anno) per un totale di 150 nel triennio 2008-2010.

In particolare, dei 150 crediti formativi del triennio 2008-2010, almeno 90 dovranno essere "nuovi" crediti, mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di crediti formativi acquisiti negli anni della sperimentazione a partire dall'anno 2004 fino all'anno 2007, **indipendentemente dal numero totale di crediti acquisiti**.

Quindi, chi avesse acquisito meno di 60 crediti negli anni 2004-2007 potrà ridurre il suo debito formativo solo della quota di crediti acquisiti e documentati (da 1 a 60).

(Fonte sito Ecm Ministero salute)

La Provincia: "Disoccupati trasformati in infermieri"

Il nuovo sportello lavoro permetterebbe di ridare un'occupazione stabile ad almeno trenta persone. Idea: trasformare in infermieri i disoccupati Gasfire.

Erba: La nuova versione di Sportello Lavoro, voluta dall'assessore ai servizi sociali Nicola Antonicelli, si ripresenta con un progetto riveduto e corretto. E si fa venire l'idea di ricollocare come infermieri gli ex dipendenti Gasfire. Entrato in funzione da un mese e mezzo, il nuovo modello di avviamento al lavoro sostituisce l'esperienza realizzata nei cinque anni dell'assessorato di Giovanna Marelli, e promette un deciso abbattimento dei costi e una gestione integrata dei servizi. Erba rimane capolista di un consorzio di 26 comuni al quale hanno ora aderito anche Barni, Lasnigo e Asso, e mette a disposizione

un unico ufficio in cui sono stati accorpati il centro per l'impiego e lo sportello Lavoro. L'operazione, eseguita in stretta collaborazione con l'amministrazione provinciale, ha l'obiettivo di eliminare la sovrapposizione di competenze e ridimensionare la spesa complessiva da 60 mila a 20 mila euro annuali. In particolare su Erba ricadrà una spesa di sette mila euro. In questo budget rientra l'assunzione di due operatori, a fronte però della completa dismissione della sede di via Turati e la chiusura dei contratti con i consulenti esterni. Gli utenti si dovranno per prima cosa rivolgere agli uffici dei servizi sociali del proprio comune. Da qui le assistenti sociali selezioneranno i vari casi, avviandoli verso i servizi specifici. «L'accorpamento di Sportello Lavoro e del centro servizi per l'impiego - conclude Antonicelli -, oltre che meno oneroso è più utile perché permette di creare sinergie tra tutti i settori dell'assistenza, mentre prima si erano venuti a formare dei doppioni inutili». La nuova gestione si è confrontata da subito, come già aveva fatto la passata amministrazione, con il caso Gasfire. L'azienda ha in parte assorbito la manodopera erbese nello stabilimento di Brugherio. Anche se i lavoratori firmeranno il contratto definitivo a giugno. In alternativa, l'accordo con i sindacati prevede una cassa integrazione e mobilità per circa due anni. In questo quadro gli operatori del nuovo Sportello lavoro hanno realizzato un censimento in 52 case di riposo comasche e in altre strutture ospedaliere sulla disponibilità di posti per infermieri -Professionali e non professionali -. In questo caso potrebbero essere inseriti almeno trenta nuovi lavoratori dopo un'adeguata formazione. Un bacino, quello della sanità, che potrebbe comunque diventare la risposta per molti utenti ancora in cerca di lavoro.

Ecco la risposta del collega al quotidiano

Buon giorno sono un Infermiere iscritto al collegio di Como. Vorrei esprimere la mia perplessità in merito all' articolo comparso sul vostro quotidiano (in particolare nella pagina dell'Erbese, del giorno 11 Marzo



2008) in cui si consigliava agli operai della ditta Gasfire di diventare infermieri, o infermieri professionali per ovviare alla grave carenza!

Ben vengano i nuovi suggerimenti per trovare nuovi posti di lavoro, ma consigliare una formazione mirata alla figura infermieristica, significherebbe mettere dinanzi ad una persona un cammino universitario di tre anni o addirittura cinque, caratterizzato dalla frequenza obbligatoria, e con accesso a numero chiuso (come previsto dalla legge Italiana in materia di lauree brevi!). Non esiste più la vecchia figura dell' infermiere professionale e generico, bensì un unico professionista sanitario non ausiliario!!!! Suggestirei invece a chi non può permettersi di attendere tre anni o frequentare un corso di laurea, di iscriversi a dei corsi qualificanti quali per esempio quello di Operatore Socio Sanitario professione impegnativa, ricercata e sicuramente gratificante, che preclude solo un anno di formazione.

Spero che questa mia lettera possa mettere in evidenza la nuova figura dell' Infermiere, professione ancora superficialmente conosciuta e con una formazione specifica e mirata.

Lettera firmata.

PS: Come risposta ho ottenuto un ringraziamento per la precisazione! Visto la vostra rilevanza, quale collegio provinciale, mi chiedevo se non vi fosse possibile, o non fosse qualcosa di esagerato, chiedere almeno per una volta di pubblicare sul giornale in questione, un piccolo sunto di quale sono realmente le attività professionali, le scelte, e le responsabilità che ogni giorno dobbiamo affrontare! Mi piacerebbe che la popolazione venisse davvero a conoscenza della rilevanza del nostro lavoro! Purtroppo non tutti sanno dell'esistenza di video dimostrativi sul sito nazionale del nostro collegio!!!! Mi piacerebbe sapere di essere parte di un gruppo di professionisti che tiene al proprio lavoro, e alla propria immagine.

Grazie in anticipo

La risposta che abbiamo inviato al collega

Caro Collega,
volevo esprimere il mio ringraziamento per la segnalazione che ci hai fatto relativamente all'articolo comparso sulla Provincia ma soprattutto per la modalità e tempestività con la quale sei intervenuto. La rappresentanza professionale (come quella del Collegio) ha sempre più bisogno di professionisti attenti, consapevoli e in grado di affermare nelle circostanze dove è richiesto una immagine professio-

nale al passo con le effettive responsabilità e competenze attribuite oggi agli infermieri.

Rispetto alla diffusione dell'immagine dell'infermiere non ti sarà sfuggito che abbiamo già provveduto a realizzare interventi informativi rivolti alla popolazione (anche tramite la stampa), in particolare in occasione del 12 maggio (giornata internazionale dell'infermiere) di ogni anno.

Anche quest'anno abbiamo previsto un intrattenimento musicale per sabato 10 maggio con la distribuzione di volantini sulla figura dell'infermiere, organizzata con il supporto dell'amministrazione Comunale nella piazza Volta di Como.

Abbiamo anche avviato una rete di relazioni con le istituzioni scolastiche per presentare la figura dell'infermiere (il suo ruolo, la formazione e gli sbocchi occupazionali e di carriera) negli istituti superiori.

L'anno scorso abbiamo fatto alcuni incontri e quest'anno li stiamo riprogrammando in base alle disponibilità delle diverse scuole.

Grazie ancora per la segnalazione e se hai ulteriori suggerimenti

L'occasione è gradita per farti i miei più sinceri auguri di Buona Pasqua.

*Stefano Citterio
Presidente IPASVI Como*

Esenzione ecm in caso di formazione

D: Sono un'infermiera che ha frequentato il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche, a.a. 2006/2007 ma ho discusso la tesi in febbraio 2008. Per il 2008 devo conseguire crediti ECM o sono esente?

R: È esonerato dall'obbligo dell'E.C.M. il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza).

L'esonero dall'obbligo di acquisire i crediti è valido per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui i soggetti interessati usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni. Occorre specificare che:

- nel caso in cui il periodo di assenza dal lavoro ricadesse a cavallo di due anni, l'anno di validità per l'esenzione dai crediti sarà quello in cui il periodo di assenza risulta maggiore. Ad esempio: se l'astensione obbligatoria cade nel periodo da settembre 2003 a gennaio 2004, l'esenzione dall'obbligo di acquisire i crediti sarà valida esclusivamente per l'anno 2003, ossia per l'anno 2003 non si devono acquisire i crediti



In conclusione quindi per il 2008, non avendo frequentato corsi di formazione deve conseguire i crediti richiesti.

Cordiali saluti

Stefano Citterio
Presidente IPASVI Como

Obbligo crediti ecm e partecipazione ai corsi del Collegio

D: Ai corsi ECM accreditati possono parteciparvi anche gli infermieri in pensione oppure no? E se sì in quale modo? Soprattutto per quelli organizzati dal collegio che sono per pochi posti e non si fa in tempo a iscriversi a volte.

Grazie

R: Gentile Collega, l'obbligo di acquisizione dei crediti ECM riguarda i professionisti sanitari (Medici, infermieri, ostetriche, FKT, tecnici laboratorio,...) che esercitano la professione. Se la pensione coincide con la cessazione dell'esercizio professionale non vi è più obbligo altrimenti permane e la partecipazione ai corsi ha le stesse modalità di tutti. La partecipazione ai corsi è prioritaria per chi ha l'obbligo di acquisire i crediti ECM. Se non ha obbligo ECM può partecipare come UDITORE (senza crediti ECM) ai corsi che il Collegio organizza in relazione ai posti disponibili che non superano mai il 10% dei partecipanti e sono definiti in funzione del tipo di corso in accordo con i docenti/tutors del corso.

Sulla difficoltà ad iscriversi ai corsi del Collegio abbiamo previsto diverse forme per favorire una equa partecipazione di tutti gli iscritti alle iniziative programmate che, per ragioni che comprenderà, non possono certo sopperire a tutte le esigenze formative:

- aumentare per quanto possibile le edizioni ed i partecipanti ai corsi;
- iscrizione solo telefonica o presentandosi al collegio a partire da una data precisa per facilitare la diffusione delle informazioni;
- max due iscrizioni per volta, onde evitare le iscrizioni di massa;
- pagamento della quota entro 5 giorni dall'iscrizione pena la cancellazione;
- inserimento ed utilizzo delle liste di attesa per sostituire i cancellati/rinunciati;
- non rimborso della quota di iscrizione per mancata partecipazione in assenza di gravi motivi indipendenti dalla volontà del soggetto o senza dovuto preavviso.

Tutto questo non elimina completamente il problema e per questo se ci sono altre idee ben vengano. Vorrei, infine aggiungere, che probabilmente ciò è dovuto al fatto che i Corsi sono particolarmente ambiti vista la loro qualità ed economicità. Questo grazie la lavoro costante della nostra commissione formazione e ai docenti da loro selezionati.

Cordiali saluti

Stefano Citterio
Presidente IPASVI Como

Corso sicure e obiettivi dei corsi di formazione

D: Sono un'infermiera professionale vostra iscritta, ho eseguito corso Sicure vorrei sapere se avete ricevuto il mio attestato di frequenza e come posso ritirarlo. Leggendo il vostro ultimo Agorà del Gennaio 2008 nella rubrica "Posta e risposta", ho trovato domande a cui anch'io avevo pensato, ma non per creare polemiche inutili, sottolineo che a volte le aziende programmano corsi di aggiornamento su tematiche poco interessanti dal lato pratico dell'attività, (es. le donne migranti ecc....). Personalmente trovo invece i corsi inFad utili, pratici, e stimolanti perchè richiedono studio, confronto e approfondimento di pratiche infermieristiche, ma anche di argomenti che possono essere utili sia nel proprio ambito di lavoro che come bagaglio culturale nell'eventualità di un cambiamento di reparto. Chiedo: le tematiche sono di libera scelta o rientrano in schemi già definiti?

R: Gentile Collega, rispetto all'attestato basta che contatti la segreteria e potrà riceverlo a casa o venire a ritirarlo di persona negli orari di segreteria (LU - VE 8.30 - 12.00 oppure 14.00-16.30). Concordo sull'utilità dei corsi FAD, specie se di buona qualità (come per tutti i corsi del resto), anche per la loro facile fruibilità e conseguente riduzione di tempi/costi per tutti. Tutti i corsi ECM fanno riferimento a obiettivi Nazionali e Regionali ECM previsti nei rispettivi programmi. Tali obiettivi sono talmente ampi che comprendo praticamente tutte le tematiche. Ogni azienda redige un piano formativo sulla base dei bisogni che dovrebbe rilevare e/o sulla base delle proposte formative che riceve e che seleziona facendo riferimento agli obiettivi/priorità che intende perseguire.

Cordiali saluti

Stefano Citterio
Presidente IPASVI Como





NEWS

04.04.2008

Ecco il nuovo contratto del comparto del S.S.N.: quali le novità?

Archivio news

Per contattarci:

Viale C.Battisti 6, 22100 Como - Tel. 031 / 30 92 18 - Fax 031 / 26 25 38 - mail. info@...

Ecco il nuovo contratto del comparto del S.S.N.: quali le novità?

Finalmente, potremmo dire, è stata raggiunta l'intesa sull'ipotesi di contratto di lavoro del personale del comparto del S.S.N. quadriennio normativo 2004/2005/2006/2007.

**Conosci in tempo
reale le novità
della tua
PROFESSIONE**



- ◀ News in tempo reale
- ◀ Corsi di aggiornamento
- ◀ Comunicati stampa
- ◀ Notizie dal Collegio
- ◀ Novità e aggiornamenti
- ◀ Assicurazione
- ◀ Convenzioni

www.ipasvicomo.it

La ricaduta organizzativa degli eventi di formazione. L'esperienza del corso "L'analisi dei casi etici nella clinica"

Autore: Dott.ssa Paola Zappa *

Quale tipo di formazione serve all'infermiere e, in generale, a tutti gli operatori della sanità?

La risposta parrebbe relativamente semplice. È quella formazione che è in grado di fornire un valore al professionista, grazie allo sviluppo concreto delle sue competenze e, nel contempo, all'intero Servizio Sanitario Nazionale, che si arricchisce di un "capitale intellettuale" e vede un incremento delle performance individuali dei suoi operatori; tutte componenti che risultano indispensabili per realizzare l'obiettivo ultimo di una risposta qualificata e ottimale ai bisogni di salute della persona.

Se tali asserzioni sono ormai accettate e condivise a più livelli, più difficile appare trovare una risposta alla domanda "in che misura ciò che viene appreso in sede formativa teorica viene effettivamente trasferito sul lavoro"?

Come si modifica il saper fare dopo la frequenza al corso di formazione, in termini di miglioramento nelle prestazioni che si erogano alla persona assistita e cosa cambia nei risultati di salute del Paese?

Quello di cui si sta parlando è la valutazione della ricaduta della formazione, ossia le modificazioni apprezzabili nei comportamenti dei professionisti e nell'organizzazione sanitaria, determinate da una attività formativa.

La valutazione della ricaduta è diventato punto nodale nelle normative italiane, ha acquisito un nuovo vigore nell'Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007 "Riordino del sistema di Formazione Continua in Medicina in Italia" ed è uno dei principi portanti del Sistema ECM/CPD della Regione Lombardia. Gli organismi istituzionali negli anni

duemila invitano a privilegiare fortemente la promozione di una formazione utile alla risoluzione dei problemi assistenziali, una formazione che si riproduce nella possibilità/capacità di sperimentare concretamente quanto viene appreso nei reparti di degenza, sul territorio e al domicilio e stimolano lo studio e la messa in atto di metodi e strumenti di valutazione dei risultati rilevabili una volta ritornati nella specifica UO o dei risultati veri e propri che interessano l'intera organizzazione sanitaria in tutte le sue articolazioni.

Classicamente nel mondo sanitario si è sempre proceduto alla verifica del gradimento e, dalla nascita dell'ECM, è divenuta prassi comune la valutazione dell'apprendimento, che indica le "potenzialità acquisite" da spendere poi nel contesto lavorativo. Meno frequenti, poiché indubbiamente presentano maggiori difficoltà, sono le esperienze di valutazione della ricaduta organizzativa.

PRESENTAZIONE DELL'INDAGINE

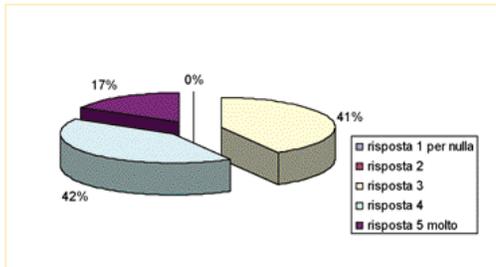
Il presente lavoro vuole portare un piccolo contributo al tema, presentando un'indagine effettuata presso l'Azienda Ospedaliera S. Anna di Como a conclusione dell'evento formativo "L'analisi dei casi etici nella clinica", effettuato nel dicembre 2007 e che ha visto coinvolti 17 discenti tra farmacisti, infermieri e medici.

In fase di progettazione del corso è stato formulato l'obiettivo generale "Approfondire le conoscenze etiche per affrontare in équipe multidisciplinare i dilemmi etici più frequenti e/o emblematici per la pratica professionale", con i seguenti sottoobiettivi:



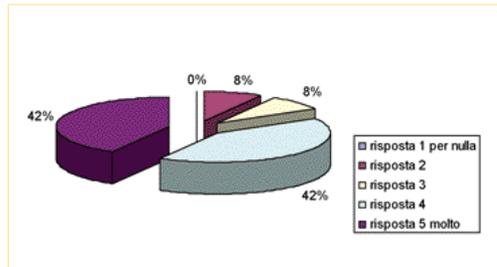
2. Quanto la partecipazione al corso ha effettivamente influito in un cambiamento nel suo modo di lavorare?

per nulla 5 5 2 molto
1 2 3 4 5



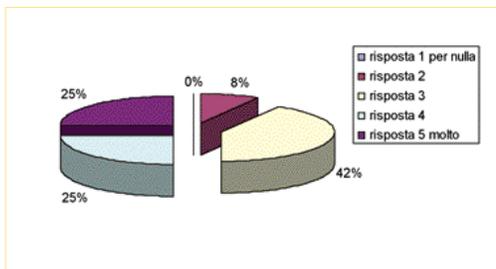
5. Rispetto agli obiettivi presentati, ritiene che la partecipazione abbia migliorato:
 - le sue conoscenze teoriche

per nulla 1 1 5 5 molto
1 2 3 4 5



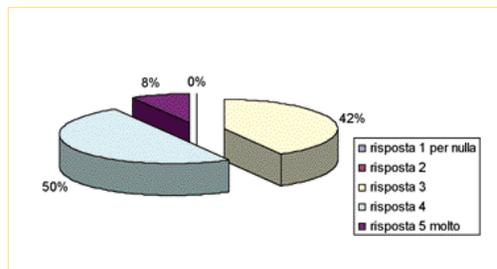
3. Quanto la partecipazione al corso si è effettivamente tradotta nel suo modo di relazionarsi con i pazienti/familiari?

per nulla 1 5 3 3 molto
1 2 3 4 5



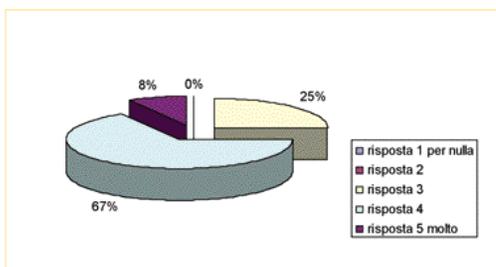
- i suoi comportamenti sul lavoro

per nulla 5 6 1 molto
1 2 3 4 5



4. Quanto la partecipazione al corso si è effettivamente tradotta nel suo modo di relazionarsi con il gruppo di lavoro?

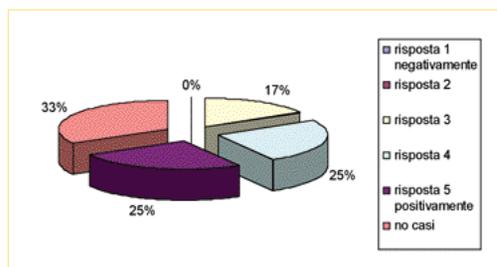
per nulla 3 8 1 molto
1 2 3 4 5



6. Come si sono modificati i rapporti con i colleghi di reparto nell'affrontare casi etici?

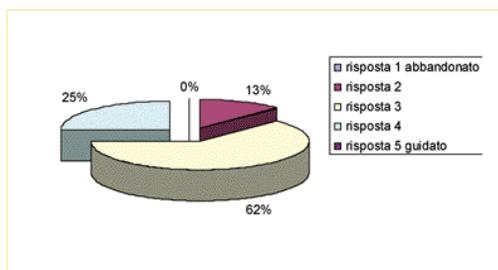
negativamente 2 3 3 positivamente
1 2 3 4 5

6.1 non sono capitati casi etici: 4

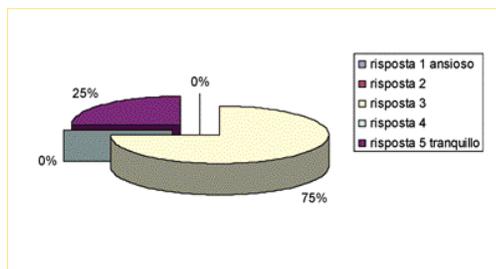


7. Rispetto al passato, come si è sentito quando ha dovuto affrontare un caso etico in reparto?

abbandonato 1 5 2 guidato
1 2 3 4 5

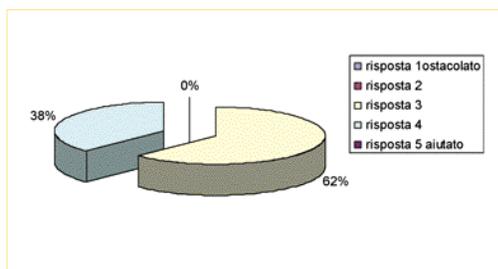


ansioso 6 2 tranquillo
1 2 3 4 5

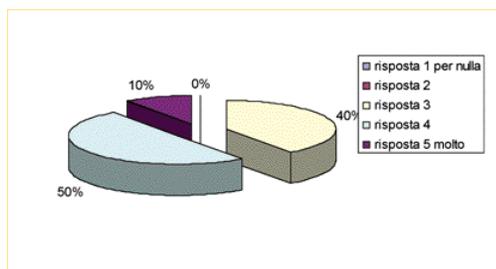


8. Rispetto al passato, è riuscito a gestire eventuali conflitti rispettando le differenze di opinione?

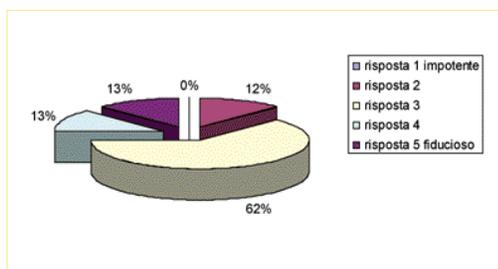
ostacolato 5 3 aiutato
1 2 3 4 5



per nulla 4 5 1 molto
1 2 3 4 5



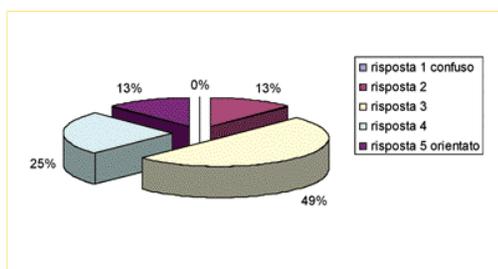
impotente 1 5 1 1 fiducioso
1 2 3 4 5



SUGGERIMENTI, COMMENTI:

- Proporre altri corsi analoghi
- Da ripetere
- Ritengo che il corso sia stato condotto in maniera "superba". Consiglierei di riprendere veri temi etici, in più giorni per ulteriori approfondimenti.

confuso 1 4 2 1 orientato
1 2 3 4 5



CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il risultato complessivo può essere considerato buono. Pur nella consapevolezza che l'analisi dei "vissuti interni" contempera una quota di soggettività, gli esiti parrebbero indicare un miglioramento della performance personale e nell'equipe nell'affrontare eventuali problematiche di natura etica nella prassi quotidiana.

Su un totale di 13 punti indagati 7 voci hanno mediamente ottenuto esito positivo – sono state barrate in prevalenza nella scala numerica le opzioni 4 o 5; le altre sei complessivamente si



collocano su esito discreto, con una prevalenza di ③. In un solo caso è stata barrata l'opzione ② e in nessuno l'opzione ①.

Alla domanda n° 6, che con la n° 7 rappresenta il cuore del questionario, "Come si sono modificati i rapporti con i colleghi di reparto nell'affrontare casi etici?" è stato risposto barrando le ultime tre voci della scale, alla successiva batteria di voci correlate al quesito "Rispetto al passato, come si è sentito quando ha dovuto affrontare un caso etico in reparto?", la maggioranza delle opzioni si attestano invece sui tre valori centrali. Ciò sembrerebbe denotare un impatto meno forte della formazione sulla gestione quotidiana di problemi complessi.

Questo lavoro è un esempio, seppure semplice, di attenzione ai risultati che discendono dall'inter-

vento formativo ed è stato progettato più in una logica di rilevazione di dati che privilegiano l'aspetto qualitativo, che non di misurazione scientifica che rispetta tutti i criteri di eccellenza metodologica.

Questo fatto non deve scoraggiare o sminuire il significato degli esiti ottenuti, poiché anche in letteratura si invita a cercare compromessi tra l'adesione piena ai criteri metodologici e le esigenze di fattibilità della valutazione.

Importante è cominciare a mettere in campo esperienze che aiutino gli infermieri e riflettere sul vero significato della formazione e li indirizzino in scelte consapevoli di partecipazione a corsi effettivamente utili per dare una migliore risposta ai bisogni di assistenza infermieristica della cittadinanza.

BIBLIOGRAFIA

1. F.L. Amietta – F. Amietta (a cura di) "Valutare la formazione" – Ed. Unicopli 1996 – Milano
2. M. Brusciagioni "La gestione dei processi nella formazione degli adulti" – Ed. F. Angeli 1997 – Milano
3. F. Gerli "La nuova formazione manageriale" – Ed. Carocci 2002 – Roma
4. F. La Noce "E-LEARNING. La nuova frontiera dalla formazione" - Ed. F. Angeli 2002 – Milano

* infermiera Staff formazione Azienda Ospedaliera S. Anna di Como

Commissione libera professione

Continuano gli incontri della Commissione Libera Professione.
Gli incontri sono aperti a tutti gli infermieri interessati.

Calendario dei prossimi incontri
MARTEDÌ 29 APRILE
MARTEDÌ 27 MAGGIO
MARTEDÌ 24 GIUGNO
MARTEDÌ 22 LUGLIO

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



Violenza in corsia:infermieri a rischio. Prevenzione e protezione possibili”

A cura di: infermiera Oalera Emilia Belluschi *

40

Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono aumentati. Questi episodi costituiscono eventi sentinella, che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione nei confronti dei lavoratori.

Sebbene gli atti di violenza generalmente non abbiano esito mortale e consistano in aggressione o tentativo di aggressione) fisica e verbale ,una stima allamante USA indica che gli operatori ospedalieri subiscono un tasso di incidenza di aggressione ben più elevato di quanto riscontrato in altri comparti lavorativi. Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che , partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio (vedi schema A).

LESIONE E/O MORTE

Gli infortuni accaduti nelle strutture ospedaliere italiane e denunciati all'INAIL, “per qualifica professionale e modalità di accadimento”, nell'anno 2005 ammontano a 429, di cui 234 infermieri e 7 su medici.

Per fare fronte a questa situazione il Ministero della Salute ha emanato nel novembre del 2007 e appena reso disponibile on line una specifica Raccomandazione che ha lo scopo di prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

In questo documento è indicato come gli eventi di violenza si verifichino con maggior frequenza nelle seguenti aree:

- Servizi di emergenza-urgenza
- Strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali
- Luoghi di attesa
- Servizi di geriatria
- Servizi di continuità assistenziale

Dunque, in modo particolare, negli ambiti dove c'è un maggiore contatto diretto con l'utente e vengono

gestiti rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte dell'utente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga”.

La Raccomandazione, valida per tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio, suggerisce di elaborare ed adottare un programma di prevenzione del rischio violenza che possa:

- diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, utenti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;
- incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;
- assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti;
- affermare l'impegno della direzione per la sicurezza nelle proprie strutture.

Per fare questo dovrà essere costituito un gruppo di lavoro capace di analizzare e individuare le situazioni operative a rischio, definire e adottare idonee misure di prevenzione e protezione, attraverso:

- l'analisi delle situazioni operative ,al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità;
- l'esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatasi nella struttura;

Schema A



- la definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare;
- l'implementazione delle misure individuate nel programma di prevenzione della violenza.

Le misure di prevenzione e protezione, potranno essere di tipo strutturale e tecnologico, come la modifica delle strutture esistenti in funzione o l'installazione di dispositivi di sicurezza e vigilanza (pulsanti antipánico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio, video a circuito chiuso, ...).

A queste dovranno accompagnarsi misure di tipo organizzativo come cambiamenti nelle pratiche del lavoro e nelle procedure amministrative. Ad esempio; comunicando agli utenti, accompagnatori e personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati, sensibilizzando il personale affinché segnali

le aggressioni e stabilendo un migliore coordinamento con le Forze di Polizia.

Ogni programma di prevenzione dovrebbe inoltre assicurare un opportuno trattamento e sostegno agli operatori sanitari vittime di violenza.

Oltre alle misure di prevenzione indicate il documento consiglia di implementare momenti formativi per gli operatori a rischio con una "formazione sui rischi specifici connessi con l'attività svolta, inclusi i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre ad aggressione, metodologiche per gestire l'utente aggressivi e violenti".

Con la presente Raccomandazione si intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative.

BIBLIOGRAFIA

www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf

* infermiera Pronto Soccorso Azienda Ospedaliera S. Anna Presidio di Cantù

Sicurezza sul lavoro: patto Regione - forze sociali

35 milioni di euro per ridurre del 15% gli infortuni e del 10% le "morti bianche". Una riduzione del 15% degli infortuni sul lavoro e del 10% delle "morti bianche", una serie di agevolazioni e incentivi per le aziende virtuose, corsi di formazione per promuovere la cultura della prevenzione e della sicurezza e un consistente incremento dei controlli nelle aziende, il tutto grazie a uno stanziamento complessivo di 35 milioni di euro approvato dalla Giunta regionale. Questi alcuni dei punti qualificanti del "Piano regionale 2008-2010 per la promozione della sicurezza e salute negli ambienti di lavoro".

Sottoscritto dalla Regione Lombardia (rappresentata dal presidente Roberto Formigoni, e dagli assessori Luciano Bresciani, Gianni Rossoni, Domenico Zambetti e Massimo Ponzoni) con i rappresentanti del "Patto per lo sviluppo" (imprenditori, sindacati, associazioni di categoria, ecc), il Piano rafforza ulteriormente l'azione costante che la Lombardia ha già operato in questo campo nell'ultimo decennio.

"Oggi abbiamo raggiunto il primo traguardo di un percorso iniziato l'11 dicembre scorso - ha dichiarato il presidente Formigoni - grazie al coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti, un metodo che ci ha permesso di arrivare a un testo concordato su un tema così delicato come quello della salute e della sicurezza di chi lavora nella nostra regione. Un impegno che non nasce sull'onda di un'emozione per i quotidiani episodi di incidenti né dal proclama dell'ennesima emergenza, ma da un lavoro serio e costante teso a salvaguardare fino in fondo la dignità e la sicurezza in tutti i luoghi di lavoro".

"Di fronte ai veri problemi - ha spiegato - abbiamo infatti voluto far prevalere il bene comune piuttosto che i singoli interessi, dando ancora una volta prova di quella volontà tipicamente lombarda di dare risposte concrete piuttosto che aspettare utopiche soluzioni perfette. Dopo gli ottimi risultati già raggiunti in questi anni, oggi abbiamo aggiunto un elemento ancora più qualificante: l'impegno e lo sforzo per esprimere un piano che aiuti a far crescere una cultura di sicurezza, basata sulla responsabilità di tutti e di ciascuno. Gli obiettivi che ci siamo dati sono ambiziosi ma doverosi nei confronti dei nostri cittadini".

"La concreta misurazione degli effetti derivanti dalle strategie messe in campo oggi - ha poi aggiunto l'assessore alla Sanità, Bresciani - sarà fruibile a tutti i soggetti coinvolti attraverso la partecipazione all'analisi dei risultati effettuata da un apposita Cabina di regia e alla diffusione dello stato di attuazione del Piano mediante la convocazione trimestrale del Comitato Regionale di Coordinamento".

Soddisfatti anche i rappresentanti del "Patto per lo sviluppo" che in questi due mesi hanno dato il loro fattivo contributo alla stesura del Piano definitivo. In particolare, è stata sottolineata l'importanza di una lotta agli infortuni sul lavoro basata sulla prevenzione e sulla premialità per le imprese virtuose e non solo su meccanismi di repressione. (Ln)

(Fonte www.Regione.lombardia.it)



Relazione sintetica sui bilanci di previsione 2008 e sul consuntivo 2007

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

42

BILANCIO PREVENTIVO 2008

In data 29 novembre 2007 il Consiglio Direttivo ha provveduto ad approvare il bilancio di previsione per l'anno 2008 sulla stima dei dati contabili disponibili in tale data.

Tale bilancio si compone delle seguenti parti:

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

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

Per quanto concerne il totale delle entrate, per l'anno 2008 sono state previste entrate complessive pari ad € 292.300,00 e per le uscite un totale pari a € 345.830,00.

Poiché il totale delle uscite è superiore a quello delle entrate, si è deliberato l'utilizzo di parte dell'avanzo di amministrazione degli esercizi precedenti (che al momento della stesura del bilancio di previsione è stimato in misura presunta a € 69.676,27) per un ammontare di € 53.530,00, come risulta dalla figura A con il relativo fondo di cassa presunto.

Il quadro riassuntivo della gestione finanziaria illustra in modo sintetico l'andamento in via prospettica della gestione finanziaria evidenziando la copertura del disavanzo di gestione mediante l'utilizzo dell'avanzo di amministrazione, come si evidenzia nella figura B.

Il preventivo economico attraverso la rielaborazione dei dati del preventivo finanziario, evidenzia un disavanzo economico pari ad € 52.649,00 (disavanzo ampiamente coperto dagli avanzi di gestione precedenti) come risulta nella figura C.

CONTO CONSUNTIVO 2007

Il conto consuntivo relativo all'anno 2007 è stato approvato dal Consiglio Direttivo in data 30.01.08. In esso si evidenziano entrate complessive di competenza pari ad € 291.510,67. ed uscite di competenza pari ad € 284.727,41. L'avanzo di amministrazione imputabile all'anno 2007 risulta essere di € 6.783,26. Tale importo, sommato all'avanzo di amministrazione dell'anno precedente, porta complessivamente ad un avanzo di amministrazione al 31/12/2007 pari ad € 77.402,30.

Per quanto riguarda la gestione di cassa le riscossioni complessive sono state di € 290.910,67 ed i pagamenti ammontano complessivamente a € 286.157,43.

La consistenza di cassa al 31 dicembre 2007 è pari ad € 88.991,45.

I residui passivi alla fine esercizio risultano di ? 13.199,15 e comprendono le quote accantonate per il trattamento di fine rapporto che ammontano a € 12.894,03.

I residui attivi a fine dicembre 2007 ammontano a € 1.610,00. Tale conto viene azzerato nello Stato Patrimoniale in quanto trattasi di quote non più esigibili, mediante creazione del relativo fondo iscritto alla voce B 12 nel rispettivo Conto Economico (vedi figura D e figura E)

Il conto economico evidenzia un avanzo di € 6.144,05, come si rileva nella figura E.

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2007 è di € 87.280,32 come si evince dallo Stato Patrimoniale rappresentato dalla figura F.

VARIAZIONI AL PREVENTIVO 2008

Poiché l'avanzo di amministrazione in sede di consuntivo risulta essere superiore a quanto pre-



sunto alla data del preventivo (avanzo di amministrazione presunto € 69.676,27, avanzo di amministrazione effettivo € 77.402,30) si è deliberato di ridistribuire la differenza, pari ad € 7.726.03, su alcune voci del preventivo delle uscite per l'anno 2008 relative alle voci come risulta nella tabella rappresentata dalla figura G.

Il bilancio preventivo, il conto consuntivo, le variazioni, le relazioni e le relative note esplicative ed integrative sono state approvate dal Consiglio Direttivo (29.11.07 e 30.01.08) dal Collegio Revisori dei Conti (04.02.08) dall'Assemblea degli Iscritti (19.02.08) e sono a disposizione presso la sede del Collegio IPASVI.

Figura A

COLLEGIO IPASVI - P.IVA
 Anno 2007 **TABELLA DIMOSTRATIVA DEL RISULTATO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO
 AL TERMINE DELL'ESERCIZIO 2007**

Fondo Cassa Iniziale	84.238,21
+ Residui Attivi Iniziali	1.990,00
- Residui Passivi Iniziali	14.629,17
= Avanzo/Disavanzo di amministrazione iniziale	71.599,04
+ Entrate accertate nell'esercizio	272.723,22
- Uscite impegnate nell'esercizio	198.709,99
+/- Variazioni dei residui attivi già verificatesi nell'esercizio	0,00
-/+ Variazioni dei residui passivi già verificatesi nell'esercizio	0,00
= Avanzo/Disavanzo di amministrazione alla data di redazione del bilancio	148.613,27
+ Entrate presunte per il restante periodo	3.400,00
- Uscite presunte per il restante periodo	78.357,00
+/- Variazioni dei residui attivi, presunte per il restante periodo	-900,00
-/+ Variazioni dei residui passivi, presunte per il restante periodo	0,00
= Avanzo/Disavanzo di amministrazione presunto al termine dell'esercizio 2007	€ 69.676,27

L'utilizzazione dell'avanzo di amministrazione per l'esercizio successivo risulta così prevista	
Parte Vincolata	
Parte Disponibile	69.676,27
Totale Risultato di Amministrazione	€ 69.676,27

Fondo Cassa Presunto	
Fondo Cassa Iniziale	84.238,21
+ Entrate già incassate nell'esercizio	270.793,22
- Uscite già pagate nell'esercizio	200.847,76
= Fondo cassa alla data di redazione del bilancio	154.183,67
+ Entrate presunte incassate per il restante periodo	4.800,00
- Uscite presunte pagate per il restante periodo	77.832,35
= Fondo cassa presunto al termine dell'esercizio 2007 da applicare al bilancio dell'anno 2008	81.151,32



Figura B

2008 - 1 - COLLEGIO IPASVI COMO

QUADRO GENERALE RIASSUNTIVO DELLA GESTIONE FINANZIARIA

ENTRATE	COMPETENZA	CASSA
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO ISCRITTI	239.300,00	237.800,00
ENTRATE PER INIZIATIVE CULT. E AGG. PROF.	8.000,00	8.000,00
ENTRATE DERIV. VENDITA BENI E PREST.SERV.	1.500,00	1.500,00
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI	1.000,00	1.000,00
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	500,00	500,00
<i>A) Totale entrate correnti</i>	250.300,00	248.800,00
<i>B) Totale entrate c/capitale</i>		
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	42.000,00	42.000,00
<i>C) Totale entrate partite di giro</i>	42.000,00	42.000,00
(A+B+C) TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE	€ 292.300,00	290.800,00
Utilizzo dell'avanzo di amministrazione	53.530,00	52.530,00
Totale a pareggio	€ 345.830,00	343.330,00

USCITE	COMPETENZA	CASSA
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE	41.000,00	41.000,00
ONERI PERSONALE IN ATTIVITA DI SERVIZIO	52.500,00	52.500,00
USCITE PER ACQUISTO BENI CONSUMO-SERVIZI	12.500,00	12.500,00
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI	38.530,00	38.530,00
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI	132.300,00	132.300,00
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	7.500,00	7.500,00
ACCANTON.TO AL TRATT.TO FINE RAPPORTO	2.500,00	
<i>A) Totale uscite correnti</i>	286.830,00	284.330,00
ACQUISIZIONE IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE	6.000,00	6.000,00
ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE	11.000,00	11.000,00
<i>B) Totale uscite c/capitale</i>	17.000,00	17.000,00
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	42.000,00	42.000,00
<i>C) Totale uscite partite di giro</i>	42.000,00	42.000,00
(A+B+C) TOTALE USCITE COMPLESSIVE	€ 345.830,00	343.330,00
Totale a pareggio	€ 345.830,00	343.330,00

QUOTA ISCRIZIONE ANNO 2008

Ricordiamo agli iscritti che il termine per il pagamento della quota di iscrizione per l'anno 2008 è scaduto il 28/02/2008. Chi non avesse ricevuto il bollettino di pagamento, può provvedere al versamento della quota pari a **€ 70,00** cu c/c postale **n. 40220469** intestato a **Collegio IPASVI Como**. Causale "quota di iscrizione anno 2008".

POLIZZA R.C. 2008

Ricordiamo agli iscritti già sottoscrittori, che il termine per il pagamento del premio annuo 2008 è scaduto il 28/02/2008. Chi non avesse ricevuto il bollettino di pagamento, può provvedere al versamento della quota pari a **€ 25,00** cu c/c postale **n. 60697448** intestato a **Collegio IPASVI Como**. Causale "polizza r.c. anno 2008".



Figura C

PREVENTIVO ECONOMICO

A) VALORE DELLA PRODUZIONE	
1) Proventi e corrispettivi per la produzione delle prestazioni e/o servizi	239.000,00
2) Variazione delle rimanenze dei prodotti in corso di lavorazione, semilavorati e finiti	
3) Variazione dei lavori in corso su ordinazione	
4) Incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	
5) Altri ricavi e proventi, con separata indicazione dei contributi di competenza dell'esercizio	9.500,00
Totale valore della produzione (A)	248.500,00
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	
6) per materie prime, sussidiarie, consumo e merci	28.500,00
7) per servizi	171.230,00
8) per godimento beni di terzi	11.600,00
9) per il personale	55.000,00
10) Ammortamenti e svalutazioni	5.119,00
11) Variazioni delle rimanenze di materie prime, sussidiarie, di consumo e merci	
12) Accantonamenti per rischi	
13) Accantonamenti ai fondi per oneri	18.000,00
14) Oneri diversi di gestione	1.500,00
Totale Costi (B)	390.949,00
DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A - B)	-42.449,00
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	
15) Proventi da partecipazioni	
16) Altri proventi finanziari	1.300,00
17) Interessi e altri oneri finanziari	12.000,00
17-bis) Utili e perdite su cambi	
Totale proventi ed oneri finanziari (15+16+17)	-10.700,00
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	
18) Rivalutazioni:	
19) Svalutazioni:	
Totale rettifiche di valore (18-19)	0,00
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	
20) Proventi, con separata indicazione delle plusvalenze da alienazioni i cui ricavi non sono iscrivibili al n. 5)	
21) Oneri straordinari, con separata indicazione delle minusvalenze da alienazioni i cui effetti contabili non sono iscrivibili al n. 14)	
22) Sopravvenienze attive ed inesistenze del passivo derivanti dalla gestione dei residui	500,00
23) sopravvenienze passive ed inesistenze dell'attivo derivanti dalla gestione dei residui	
Totale delle partite straordinarie (20-21+22-23)	500,00
Risultato prima delle imposte (A-B+C+D+E)	-52.849,00
30) Imposte dell'esercizio	0,00
Avanzamento/Passaggio Economico	-52.849,00



Figura D

COLLEGIO IPASVI - P.IVA

Anno 2007

SITUAZIONE AMMINISTRATIVA

CONSISTENZA DI CASSA INIZIO ESERCIZIO			€	84.238,21
RISCOSSIONI	In c/ competenza	289.900,67		290.910,67
	In c/ residui	1.010,00		
PAGAMENTI	In c/ competenza	281.693,31		286.157,43
	In c/ residui	4.464,12		
CONSISTENZA DI CASSA FINE ESERCIZIO				88.991,45
RESIDUI ATTIVI	Esercizi precedenti			1.610,00
	Esercizio in corso	1.610,00		
RESIDUI PASSIVI	Esercizi precedenti	10.165,05		13.199,15
	Esercizio in corso	3.034,10		
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE			€	77.402,30

L'utilizzazione dell'avanzo di amministrazione per l'esercizio successivo risulta così prevista			
Parte Vincolata			
Parte Disponibile		€	77.402,30
Totale Risultato di Amministrazione		€	77.402,30

RICORDIAMO

che la segreteria del Collegio
è aperta nei seguenti orari:

da lunedì a venerdì 8.30/12.00 - 14.00/16.30

Tel. 031/300218 fax. 031/262538

info@ipasvicomo.it - www.ipasvicomo.it



Figura E

COLLEGIO IPASVI

CONTO ECONOMICO

A) VALORE DELLA PRODUZIONE	
1) Proventi e corrispettivi per la produzione delle prestazioni e/o servizi	232.200,00
2) Variazione delle rimanenze dei prodotti in corso di lavorazione, semilavorati e finiti	
3) Variazione dei lavori in corso su ordinazione	
4) Incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	
5) Altri ricavi e proventi, con separata indicazione dei contributi di competenza dell'esercizio	12.471,30
Totale valore della produzione (A)	244.671,30
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	
6) per materia prima, ausiliarie, consumo e merci	16.079,13
7) per servizi	141.811,72
8) per godimento beni di terzi	9.000,00
9) per il personale	51.578,43
10) Ammortamenti e svalutazioni	4.457,12
11) Variazioni delle rimanenze di materia prima, ausiliarie, di consumo e merci	9,78
12) Accantonamenti per rischi	1.610,00
13) Accantonamenti ai fondi per oneri	4.941,85
14) Oneri diversi di gestione	1.096,32
Totale Costi (B)	230.382,33
DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A - B)	14.288,97
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	
15) Proventi da partecipazioni	
16) Altri proventi finanziari	748,60
17) Interessi e altri oneri finanziari	8.785,82
17-bis) Utili e perdite su cambi	
Totale proventi ed oneri finanziari (15+16-17)	-8.037,22
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	
18) Rivalutazioni:	
19) Svalutazioni:	
Totale rettifiche di valore (18-19)	0,00
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	
20) Proventi, con separata indicazione delle plusvalenze da alienazioni i cui ricavi non sono iscrivibili al n.5)	
21) Oneri straordinari, con separata indicazione delle minusvalenze da alienazioni i cui effetti contabili non sono iscrivibili al n.14)	
22) Sopravvenienze attive ed inesistenze del passivo derivanti dalla gestione dei residui	872,30
23) sopravvenienze passive ed inesistenze dell'attivo derivanti dalla gestione dei residui	980,00
Totale delle partite straordinarie (20-21+22-23)	-107,70
Risultato prima delle imposte (A-B±C±D±E)	6.144,05
24) Imposte dell'esercizio	
Avanzo/Disavanzo/Pareggio Economico	6.144,05



Figura F

COLLEGIO IPASVI

STATO PATRIMONIALE

ATTIVITA'	ANNO		PASSIVITA'	ANNO	
	2007	2006		2007	2006
A) CREDITI VERSO LO STATO ED ALTRI ENTI PUBBLICI PER LA PARTECIPAZIONE AL PATRIMONIO INIZIALE	0,00	0,00	A) PATRIMONIO NETTO		
B) IMMOBILIZZAZIONI			I. Fondo di dotazione		
I. Immobilizzazioni immateriali	5.751,19	3.591,80	II. Riserve obbligatorie e derivanti da leggi		
a detrarre: fondo ammortamento immobilizzazioni immateriali	-3.371,35	-1.899,84	III. Riserve di rivalutazione		
sub totale	2.379,84	1.691,96	IV. Contributi a fondo perduto		
II. Immobilizzazioni materiali	35.618,00	38.915,24	V. Contributi per ripiano disavanti		
a detrarre: fondo ammortamento immobilizzazioni materiali	-25.668,99	-29.585,11	VI. Riserve statutarie		
sub totale	9.949,01	9.330,13	VII. Altre riserve distintamente indicate		
III. Immobilizzazioni finanziarie			VIII. Avanzi (Disavanzo) economici portati a nuovo	81.136,27	79.126,31
Totale immobilizzazioni (B)	12.328,85	11.041,89	IX. Avanzo (Disavanzo) economico d'esercizio	6.144,05	2.009,96
C) ATTIVO CIRCOLANTE			Totale Patrimonio netto (A)	87.280,32	81.136,27
I. Rimanenze	18,30	28,06	B) CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE	0,00	0,00
II. Crediti, con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo entro 12 mesi oltre 12 mesi	6,80	1.990,00	C) FONDI PER RISCHI ED ONERI	0,00	0,00
III. Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni			D) TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO DI LAVORO SUBORDINATO	12.894,03	10.185,05
IV. Disponibilità liquide	88.991,45	84.238,21	E) DEBITI, con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo		
Totale attivo circolante (C)	89.016,35	86.256,27	I. Debiti bancari e finanziari entro 12 mesi oltre 12 mesi		
D) RATEI E RISCONTI	340,16	340,16	II. Residui Passivi entro 12 mesi oltre 12 mesi	305,12	4.464,12
Totale attivo	101.685,96	97.638,32	Totale Debiti (E)	305,12	4.464,12
			F) RATEI E RISCONTI	1.206,49	1.672,88
			Totale passivo e netto	101.685,96	97.638,32

48

Figura G

COLLEGIO IPASVI - P.IVA

Variazioni al Preventivo finanziario

DATA	CODICE	DESCRIZIONE CONTO	DELIBERA	DESCRIZIONE VARIAZIONE	ENTRATE	USCITE	CASSA
30/01/08	11 001 0009	Oneri Previdenziali ed Assist. Collabor.	delibera n.08/0	Oneri Previdenziali ed Assist. Collabor.		500,00	500,00
30/01/08	11 002 0003	Oneri Previdenziali ed Assistenziali	delibera n.08/0	Oneri Previdenziali ed Assistenziali		500,00	500,00
30/01/08	11 012 0001	Accantonam.to al tratt.to fine rapporto	delibera n. 08/1	Accantonam.to al tratt.to fine rapporto		200,00	
30/01/08	11 005 0012	evento 12 maggio/manifestazione concerto	delibera n. 08/1	evento 12 maggio/manifestazione concerto		3.000,00	3.000,00
30/01/08	11 005 0001	Aggiornamenti professionali	delibera n. 08/1	Aggiornamenti professionali		3.026,03	3.026,03
30/01/08	11 005 0015	IRAP collaborazioni occasionali	delibera n. 08/1	IRAP collaborazioni occasionali		500,00	500,00
Totale Variazioni al Preventivo Finanziario						7.726,03	



Assemblea Ordinaria 2008

Collegio IPASVI - Provincia di Como

Relazione Consuntiva anno 2007
Presidente. Dr. Stefano Citterio
Como, 19 febbraio 2008

IL COLLEGIO OGGI

Iscritti al 31 dicembre 2006: **3158**
Iscritti al 31 dicembre 2007: **3280**
(+ 122)

di cui

86% femmine
14% maschi
8,17% extracomunitari
7,1% liberi professionisti

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Organizzazione in tre commissioni:

Commissione formazione
Commissione esercizio professionale
Commissione comunicazione e immagine

COMMISSIONE FORMAZIONE

Resp. Rosella Maffia

Attività Formativa

- N.10 eventi, n. 387 partecipanti, livelli di gradimento elevati
- 1 abbonamento rivista omaggio ad ogni evento

Progetto ricerca sulla documentazione Inf.ca

- Definizione progetto, consenso strutture e campione d'indagine, effettuate interviste nelle strutture e raccolta documentazione.

Biblioteca (gestione e aggiornamento) (Pozzi, Peverelli)

- Adesione al sistema bibliotecario lombardo (SBBL)
- Nuovi testi

COMMISSIONE ESERCIZIO

Resp. Doriana Valle, organizzata in tre sottogruppi

Extracomunitari (Adelaide Pina, Luisa Bianchi, Rosella Maffia)

- 8 commissioni esami per 36 candidati
- #### Esercizio professionale (Varani Paolo, Oreste Ronchetti)
- Risposta a quesiti iscritti e strutture
 - Partecipazione commissioni esami OSS
 - Interventi c/o alcune strutture in relazione a segnalazioni pervenute
 - Mantenimento convenzioni esercizi commerciali

Libera professione (Marino Ciro)

- Nuovo regolamento LP
- Elaborazione guida sintetica per iscritti
- Incontri periodici aperti agli iscritti

COMMISSIONE IMMAGINE E COMUNICAZIONE

resp. Paola Pozzi

Agorà (Stefano Citterio)

- 3 numeri con allegati:
 - Guida sintetica sulla Libera Professione
 - Regolamento per l'esercizio libero professionale
 - Resoconto Giornata dell'infermiere maggio 2007

12 maggio 2007 (Paola Pozzi)

- Concerto in piazza + 2° concorso fotografico, coinvolgimento popolazione e associazioni volontariato

Sito WEB (Citterio - Ronchetti)

- Nuova grafica e nuove funzionalità
- Interattività, news, mailing list,
- Comunicati stampa (vedi sito)
- Interventi di promozione c/o scuole superiori (campagna ministero + interv locali) (Pozzi-Belluschi)



PARTECIPAZIONE CONSIGLI NAZIONALI – FN IPASVI ROMA

- N. 4 Consigli nazionali principali temi/avvenimenti:
- Questione Ordinistica (legge 43/2006) e riforma professioni regolamentate
- 1 conferenza nazionale marzo 2007
- Sostegno proposta di legge Iniziativa popolare CUP
- 1° conferenza IPASVI/ENPAPI sulla libera professione
- Nomina nel Comitato Nazionale di Scienze Infermieristiche e Ostetriche

SITUAZIONE REGIONALE

- Predisposizione documento: **"Proposte per lo**

sviluppo e la valorizzazione professionale dell'Infermiere" (vedi agorà n. 37)

- Partecipazione agli incontri regionali (fabbisogno + osservatorio)
- Ricorso SITRA Melegnano (Consiglio di Stato il 22 febbraio)

FLUSSI INFORMATIVI GENERALI

- n. protocolli in entrata e uscita n. 3750
- Quesiti telefonici n. 15
- Incontri consigli direttivi n. 13
- Incontri commissioni varie: 36
- Consulenze legali n. 5
- Incontri con consulente del lavoro n. 39
- Biblioteca, testi consultati n. 25

Assemblea Ordinaria 2008 Collegio IPASVI - Provincia di Como

Relazione Programmatica anno 2008 Presidente. Dr. Stefano Citterio Como, 19 febbraio 2008

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Organizzazione in tre commissioni:

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

COMMISSIONE FORMAZIONE

Attività Formativa:

- Ipotesi 12 eventi; preferire corsi di formazione con n. partecipanti limitati per favorire apprendimento
- 1 evento/convegno in occasione elezioni rinnovo cariche previsto per novembre 08 + 1 evento in collaborazione con DSM Osa per 30 anni Legge 180

Progetto ricerca sulla documentazione Inferm.

- Conclusione progetto

Biblioteca

- Postazione accesso internet con accesso a banche dati, per gli iscritti

COMMISSIONE ESERCIZIO

TRE SOTTOGRUPPI

Extracomunitari

- Mantenimento cadenza esami attuale
- Revisione documentazione

Esercizio professionale

- Risposta a quesiti iscritti e strutture
- Partecipazione commissioni esami OSS
- Interventi e presenza nelle strutture (su segnalazione)



Libera professione

- Lotta abusivismo
- Incontri con Liberi professionisti

COMMISSIONE IMMAGINE E COMUNICAZIONE

Agorà

- Ipotesi 4 numeri: gennaio, marzo, giugno, settembre

12 maggio 2007

- Intrattenimento musicale in piazza
- Coinvolgimento cittadini

Sito WEB

- Mantenimento news aggiornate e miglioramento delle sezioni

Incrementare comunicati stampa

Interventi di promozione c/o scuole superiori e comuni

PARTECIPAZIONE CONSIGLI NAZIONALI - ROMA

- Partecipazione CN
- Questione Ordinistica (legge 43/2006)
- Conferenza Nazionale Politiche professionali (26-28 marzo 2008)
- Partecipazione alla revisione del Codice Deontologico (ipotesi gruppo di lavoro aperto agli iscritti per contributo)

PERCHÉ MANCANO GLI INFERMIERI? (1)

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

A queste motivazioni della carenza possiamo aggiungere anche:

- gli attuali modelli organizzativi, impostati su di un criterio Tayloristico piuttosto che di valorizzazione professionale;
- lo scarso riscontro di responsabilità effettivamente riconosciute agli infermieri e, parallelamente, la difficoltà a farsene carico;
- la difficoltà da parte degli infermieri a delegare attività ad altre figure;
- la difficoltà a dimostrare e contabilizzare gli effettivi risultati dell'assistenza infermieristica;
- la scarsa diffusione della ricerca infermieristica.

CHE FARE? LE PROPOSTE IPASVI

- 1. Eccellenza nella formazione e corretta programmazione del fabbisogno formativo infermieristico**
- 2. Rafforzare le competenze infermieristiche e trasferire attività improprie ai soggetti deputati**
- 3. Miglioramento delle condizioni Contrattuali**
- 4. Incentivare e valorizzare lo sviluppo di carriera**
- 5. Introdurre nei LEA l'assistenza infermieristica**
- 6. Proporre bandi per sviluppare la ricerca infermieristica**



12 maggio 2008 Giornata Internazionale dell'Infermiere

52

Caro/a amico/a,
come ogni anno si festeggia la Giornata Internazionale dell'Infermiere.

Anche quest'anno il Collegio degli Infermieri della Provincia di Como, ha deciso di avviare un'iniziativa finalizzata a promuovere tra la popolazione l'immagine e il ruolo dell'infermiere.

Per questo motivo **sabato 10 maggio 2008**, in Piazza Volta a Como tutti gli infermieri e tutti i cittadini sono invitati ad un intrattenimento musicale particolarmente selezionato e di qualità.

Oltre al concerto sarà possibile visitare lo stand dell'Infermiere, allestito grazie anche alla collaborazione del Corso di Laurea in infermieristica dove saranno disponibili depliant informativi sulle funzioni e ruolo dell'infermiere (scaricabile dal sito www.ipasvicomo.it) gadget di vario genere e copie della nostra rivista "Agorà" e delle nostre iniziative.

Ti chiediamo, se lo riterrai opportuno, di distribuire/ esporre il depliant di cui sopra nella giornata del 12 maggio, in particolare agli utenti che accedono alle prestazioni ambulatoriali.

Ci sembra un'occasione importante da utilizzare per diffondere una maggiore conoscenza del

mondo infermieristico e sviluppare una immagine dell'infermiere come "professionista della salute" al servizio dei Cittadini.

Vi attendiamo numerosi Sabato 10 maggio 2008 nel pomeriggio, dalle ore 14,00 nella visita degli stand - dalle ore 17,00 alle 20,00 circa, ci saranno le prove delle due band invitate: i "Father and sons" e la Fabio Treves blues band", che inizieranno a suonare intorno alle 20.30.

Come evento satellite per i festeggiamenti della Giornata dell'Infermiere, il Collegio IPASVI ha CO-Organizzato con il **CLUB Unesco Como, Il S.S.U.Em. 118 di Como e il Corpo Nazionale Vigili del fuoco**, un evento formativo dal titolo. **"Dopo la sirena , Il silenzio. Aspetti psicologici del soccorso"** che si terrà a Como il 17 maggio c/o Caserma "De Cristoforis".

Ringraziamo fin da ora tutti quelli che hanno contribuito alla organizzazione di questi festeggiamenti, in particolare **l'amministrazione Comunale del Comune di COMO** che ha concesso l'uso degli spazi e delle infrastrutture necessarie.

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





Club UNESCO Como
Membro della Federazione Italiana
dei Club e Centri UNESCO
Associata alla Federazione Mondiale



S.S.U.E.m. 118 COMO
Servizio Sanitario Urgenza Emergenza
Provincia di Como



**Corpo Nazionale
Vigili del Fuoco**



**IPASVI
COMO**

...dopo la sirena, **il silenzio**

Aspetti psicologici del soccorso

Programma:

- 14.00 – presentazione della giornata
- 14.15 – poche righe di emozioni: il coraggio di raccontarsi - le testimonianze
- 15.00 – perchè non tutti gli eventi ci colpiscono?
- 15.30 – coffee break
- 15.45 – quali sono le strategie per affrontarli meglio
- 16.15 – protocolli di intervento sulle vittime e sui soccorritori
- 17.30 – distribuzione questionario
- 18.00 – fine lavori



Relatore:

Giada Maslovaric - Psicologa, esperta in Interventi Relazionali in Contesti d'Emergenza. Formata al Critical Incident Stress Management. Collaboratrice del Centro di Ricerca e Studi in Psicotraumatologia. Socia dell'Associazione EMDR Italia

Moderatori:

Simona Colombo – Infermiere presso il Dipartimento di Emergenza dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna" di Como – S.S.U.Em.118 - Anestesia e Rianimazione II. Docente di Infermieristica in Area Critica presso l'Università degli Studi dell'Insubria.

Vincenzo Irace - Responsabile Gruppo di supporto psicologico Vigili del Fuoco Lombardia. Il gruppo ha al suo attivo diverse esperienze di supporto psicologico ai colleghi VV.F. durante e dopo particolari eventi critici sviluppando modalità relazionali, individuali e di gruppo contestuali a stati di emergenza.



Destinatari:

**infermieri, medici, studenti universitari,
vigili del fuoco e soccorritori volontari**

Posti disponibili: 100 gratuiti (in ordine
d'iscrizione) all'indirizzo
formazione@unesccomo.it
oppure inviando un fax allo 031.26.25.38

SABATO 17 MAGGIO 2008 ore 14.00 - Caserma "De Cristoforis"

Aula Magna - Centro Documentale di Como - Piazzale Monte Santo, 2 - Como

members:



CROCE ROSSA ITALIANA
Solidarietà senza confini



**COMANDO MILITARE
ESERCITO LOMBARDIA**
Centro Documentale di Como



**Azienda Ospedaliera
"Sant'Anna" di Como**



LIONS CLUB COMO
Plinio il Giovane



Costo:

€ 20,00 IPASVI

Como

€ 40,00 IPASVI

iscritti ad altri Collegi

Destinatari:

Infermieri

Posti a disposizione:

n. 36 IPASVI Como

n. 4 IPASVI iscritti ad
altri CollegiData aperturaiscrizioni:

7 maggio 2008 e
fino ad esaurimento
posti (vedi modalità
iscrizioni eventi for-
mativi)

Evento n. 1830 –
8006027 ed. 1 crediti
ECM n. 6

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

Centro Cardinal Ferrari

Como 6 giugno 2008*Docente Dott.ssa Pierluigia Verga***Programma****9,00**

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

9,00 – 9,15

- ▷ Contenere fisicamente: quando sì e quando no?

9,15 – 9,45

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

9,45 – 11,00

- ▽ Contenzione fisica: termini e problemi
 - ▷ I dispositivi di contenzione;
 - ▷ Rischi ed effetti collaterali derivanti dalla contenzione;
 - ▷ I vissuti psicologici del paziente contenuto;

11,00 – 11,15**PAUSA – CAFFÈ****11,15 – 12,30**

- ▽ Strategie assistenziali alternative alla contenzione
 - ▷ Gli interventi sull'ambiente;
 - ▷ Gli interventi relazionali;
 - ▷ Il coinvolgimento del nucleo familiare;
 - ▷ La prevenzione delle cadute;

12,30 – 13,30**PAUSA PRANZO****13,30 – 14,45**

- ▽ La prescrizione medica finalizzata all'attuazione della contenzione fisica
 - ▷ Caratteristiche dell'ordine medico in situazioni d'emergenza;
 - ▷ Caratteristiche del processo assistenziale durante l'applicazione della contenzione fisica e farmacologica;
 - ▷ Il consenso informato nell'uso dei presidi assistenziali e terapeutici limitanti la libertà dell'assistito;

14,45 – 15,00

- ▷ Medico, Infermiere e contenzione

15,00 – 15,15**PAUSA CAFFÈ****15,15 – 15,45**

- ▽ Aspetti etici e deontologici relativi all'impiego della contenzione
 - ▷ Contenzione e valori etici
 - ▷ Contenzione e deontologia infermieristica

15,45 – 16,00

- ▷ Aspetti giuridici della contenzione

16,00 – 17,15

- ▷ Uso e disuso della contenzione fisica

17,15 – 17,30

- ▷ Verifica dell'apprendimento e conclusione dei lavori



Costo:

€ 40,00 IPASVI

Como

€ 80,00 IPASVI iscritti
ad altri Collegi

Destinatari:

Infermieri , Infermieri
Pediatrici

Posti a disposizione:

n. 27 IPASVI Como

n. 3 IPASVI iscritti ad
altri Collegi

Data apertura

iscrizioni:

7 maggio 2008 e
fino ad esaurimento
posti (vedi modalità
iscrizioni eventi for-
mativi)

Crediti ECM

Infermiere 12:

1830/8007547

Infermiere Pediatrico 13:

1830/8007548

La comunicazione con la persona assistita

Quale strumento dell'attività professionale infermieristica

Centro Cardinal Ferrari

Como 12 - 13 giugno 2008

Docente Dott.ssa Pierluigia Verga

Programma

12 giugno 2008

9.00 - 12.30

- ▷ Codice Deontologico Infermieristico (02.1999): il principio di comunicazione nei "Rapporti con la persona assistita" e la comunicazione come valore/strumento professionale
- ▷ La competenza comunicativa professionale (Lezione magistrale)
- ▷ Possibilità e impedimenti comunicativi nel rapporto con l'assistito: la parola ai professionisti
- ▷ I modelli nello studio della comunicazione: implicazioni pratiche (lezione magistrale)
- ▽ Elementi e principi per una comunicazione efficace:
 - ▷ Il feed-back
 - ▷ Il Principio di Cooperazione (Grice)
 - ▷ Il Principio di Cortesia (Lakoff)
- ▷ Quando manca il feed-back: le ricadute sul risultato
- ▷ Assenza di feed-back professionale e caduta della compliance assistenziale nell'utente

13.30/17.00

- ▽ Presentazione del modello della Pragmatica della Comunicazione Umana (Watzlawick) quale griglia per l'osservazione del comportamento professionale
 - ▷ Comunicazione e realtà di primo e secondo livello
 - ▷ Comunicazione e realtà di primo e secondo livello
 - ▷ L'impossibilità di non comunicare: il comportamento quale comunicazione
 - ▷ L'impossibilità di non comunicare: l'impossibilità del "non comportamento"
 - ▷ L'aspetto di contenuto e di relazione nella comunicazione
 - ▷ Infermiere e utente in "relazione": quale consapevolezza?
 - ▷ La punteggiatura nella comunicazione professionale
 - ▷ Azioni e re-azioni nella comunicazione infermiere-utente: "prima l'uovo o prima la gallina"?
 - ▷ Comunicazione analogica e comunicazione numerica: l'importanza del registro non verbale
 - ▷ Comunicazione analogica e comunicazione numerica: congruenza e incongruenza
 - ▷ Relazioni simmetriche e relazioni complementari
 - ▷ La relazione professionale infermiere-utente negli aspetti simmetrici e in quelli complementari
 - ▷ Pragmatica della comunicazione umana e implicazioni professionali: sintesi, rivisitazione, confronto



9.00 – 12.30

- ▽ Le abilità comunicative "in emissione":
 - ▷ Le fasi di avviamento di un'interazione: l'uso delle domande aperte e chiuse
 - ▷ I diversi contenuti della comunicazione e i diversi livelli di impegno professionale: fatti, concetti, preferenze, opinioni, esperienze, emozioni.
- ▷ L'uso delle domande aperte e chiuse
- ▽ Le abilità comunicative in "ricezione":
 - ▷ Saper esprimere attenzione e partecipazione a quello che l'interlocutore comunica:
 - la risposta ai concetti e alle opinioni: la parafrasi, le domande senza giudizio, l'espressione dell'apprezzamento e del dissenso
 - la risposta alle emozioni positive e alle emozioni negative
- ▷ Parafrasi ed espressione dell'apprezzamento e del dissenso
- ▽ Le abilità comunicative "trasversali":
 - ▷ Assertività, passività e aggressività nella comunicazione professionale
 - ▷ Come evitare la distruttività nella comunicazione
 - ▷ Linguaggio del corpo e accettazione/rifiuto dell'interlocutore.
- ▷ Assertività versus aggressività: caso clinico

13.30 – 17.00

- ▷ Elementi introduttivi al counselling infermieristico: presupposti (C. Rogers), finalità, principali tecniche consulenziali
- ▷ Il counselling infermieristico: quale possibile impiego?
- ▷ Aspetti psicologici della relazione professionale: la comunicazione quale strumento modellato sulle caratteristiche degli utenti
- ▷ Comunicazione e "drammi del controllo" secondo Redfield
- ▷ Conclusione dei lavori e valutazione dell'apprendimento.

Viaggio studio in Spagna

Il Collegio IPASVI di Como organizza un viaggio studio

in ottobre a Madrid, con:

- direttivo del collegio di Madrid;
- università;
- ospedale e servizi territoriali;
- durante il periodo di permanenza sono previste visite guidate alle città di Madrid e Toledo.

Per informazioni rivolgersi al Collegio



AZIENDAOSPEDALIERA S. ANNA

B.L.S. Defibrillazione Esecutore - IRC -ERC - Como edizioni maggio/giugno date da definire
Corso P.B.L.S. Defibrillazione - esecutore IRC Como 13 maggio e 1 edizione al mese data da definire.

Info: formazione.como@hsacom.org - tel. 031/5854375 - fax 031/5854163

SIAIS - SISBE

1° Incontro Internazionale Tecnologia e Sanità - Rieti 8/9/10 maggio 2008.

Info: seadsrl@libero.it - tel. 0746/201276 - fax 0746/274315

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE - EMILIA ROMAGNA

La metodologia didattica attiva dell'apprendimento per il problema (problem based learning) - Modena 8-9-15-16 maggio 2008.

Info: ormazione.infocorsi@policlinico.mo.it - tel. 059/4225600 - fax. 059/4224369

VIDAS

Le cure palliative - Stage di primo livello - Conoscenza di base - Milano secondo modulo 9/10/11 giugno 2008.

Info: segreteria.csf@vidas.it - www.vidas.it - tel. 02/300808305 - fax 02/300808315

C.N.A.I.

Convegno Nazionale. Continuità assistenziale e sviluppo della competenza infermieristica - Manfredonia (Fg) 8/9/10 maggio 2008.

*Info: ass.infermieri@nursingazzurro.it - www.nursingazzurro.it - tel. 0885447044
cell. 3335686868 - fax 0885/413507*

AURO.IT

L'incontinenza urinaria. Innovative soluzioni terapeutiche di un antico problema - Imola (Bo) 6 giugno 2008.

Info: valentina@htcongressi.it - www.htcongressi.it - tel. 051/480823 - fax. 051/480582

CISEL - ISSEL

La turnistica in ambito sanitario. Problematiche giuridico-contrattuali, organizzative e professionali - Roma 14-15-16 maggio 2008

La determinazione del fabbisogno di personale in sanità: metodi e strumenti operativi - Rimini 11-12-13 giugno 2008.

*Info: segreteriacisel@maggioli.it - segreteriaissel@maggioli.it - www.cisel-issel.it
tel. 0541/438411 - fax 0541/438412 - tel. 080/5018697 - fax 080/5024566*

ACOS

Comunicare nella sanità di oggi: un percorso possibile tra professionalità ed etica - Massa Marittima (Gr) 15-17 maggio 2008.

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

A.N.I.N.

Seminario itinerante. Il Governo della sicurezza e il rischio nelle attività assistenziali. - Roma 4 ottobre 2008 - Napoli 18 ottobre 2008.

*Info: www.anin.it - www.mymeetingsrl.com - info@mymeetingsrl.com
tel. 051/796971 - fax. 051/795270 - e.zanelli@anin.it cell.349/7314268*

LIUC MAGGIOLI

Corso di management e coordinamento per le professioni sanitarie - Milano 6-13-20-27 maggio e 10-17 giugno 2008

Riconoscere all'organizzazione il valore del miglioramento. Dalla gestione del rischio clinico al miglioramento continuo della qualità - Milano 14-15 maggio 2008.

Info: info@liuc.maggioli.it - www.liuc.maggioli.it - tel. 0541/21763 - fax 0541/438433

7° CONVEGNO NAZIONALE

Il medico e l'infermiere e giudizio - Firenze 5/6 giugno 2008.

Info: congressi@aliwest.con - www.lucabenci.it - tel. 055/4221201 - fax 055/417165

GIMBE

Audit e Indicatori di qualità 19-20-21 maggio 2008

La Gestione del Rischio nelle Aziende Sanitarie 5-6-7 maggio 2008

Metodologia della Ricerca Clinica 13-14-15 ottobre, 17-18-19 novembre, 10-11-12 dicembre 2008. Giornata finale da definire. Sede dei corsi Bologna.

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

G.I.T.I.C

Nursing cuore 2008 - Montecatini Terme Pistoia 7-8 settembre 2008.

Elettrocardiografia: corso avanzato - Montecatini Terme 6 settembre 2008

Info: info@gitic.it - congressi@expopoint.it - www.gitic.it - tel. 031/748814 - fax. 031/751525



FORMAZIONE IN AGORÀ

Assistenza alla persona in condizioni critiche: BLS sostegno e ripristino delle funzioni vitali con i presidi sovraglottici - Padova 12/13 maggio 2008

Management sanitario: integrazione organizzativa della risorsa umana - Padova 20/21 maggio 2008 L'organizzazione e l'accreditamento delle strutture residenziali (casa di riposo, RSA, centri Alzheimer, SAPA, centri diurni) Padova 27/28 maggio 2008

Metodologia della ricerca per le professioni sanitarie: progetto e redazione di un lavoro di ricerca/tesi di laurea - Padova 11/12 giugno 2008

Essere Professionista sanitario: l'infermiere e infermiere pediatrico - Padova 17/18 giugno 2008.

Assistenza alla persona in condizioni critiche: BLS-D sostegno e ripristino delle funzioni vitali con defibrillatore - Padova 23/24 settembre 2008

Management sanitario: modelli organizzativi del lavoro - Padova 25/26 settembre 2008

Metodologia della ricerca per le professioni sanitarie: questionari e interviste - Padova 29/30 settembre 2008

Documentazione sanitaria: cartella clinica integrata - Vicenza 2/3 ottobre 2008

Infermiere e processo di assistenza: accertamento infermieristico con modello teorico gordon - Padova 7/8 ottobre 2008

L'organizzazione sanitaria che apprende: essere e fare insieme comunità di pratica - Padova 9/10 ottobre 2008

Il governo clinico e gli strumenti gestionali nelle strutture residenziali (case di riposo,rsa,centri Alzheimer,SAPA, centri diurni) Padova 14/15 ottobre 2008

Assistenza alla persona in condizioni critiche: BLS sostegno e ripristino delle funzioni vitali con i presidi sovraglottici - Padova 22/23 ottobre 2008

Management sanitario: i carichi di lavoro con metodo PRN - Padova 28/29 ottobre 2008

L'organizzazione sanitaria che apprende: la corporate university quale struttura strategica di cambiamento organizzativo Aziendale - Padova 30/31 ottobre 2008.

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

Elenco esercizi commerciali convenzionati con il Collegio IPASVI di Como

Agli esercizi commerciali già in convenzione

(vedi sito www.ipasvicomo.it/bacheca.do?methodcall=visualizza&id=18) si sono aggiunti i seguenti:

ESERCIZIO COMMERCIALE	TIPO DI CONVENZIONE	MODALITÀ DI ADESIONE
LARIO LIBRI SRL Via Montorfano, 47 - Lipomo Tel. 031/280180	Sconto del 10% sui testi scolastici, parascolastici e compiti per le vacanze. Sconto 15% varia adulti e ragazzi editori maggiori. Sconto 20% dizionari ed atlanti (escluso greco e latino). Sconto 25/30% promozioni.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
LIBRERIA MENTANA Via Mentana, 13 - Como Tel. 031/270209	Sconto del 15% su tutti i libri presenti	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como



MODALITÀ DI ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI

- ▷ telefonicamente 031/300218, una telefonata max due iscrizioni;
- ▷ presso la segreteria negli orari di apertura (da lunedì a venerdì 8.30/12.00 – 14.00/16.30)
- ▷ Inviare ENTRO 5 giorni dall'iscrizione telefonica il coupon allegato e fotocopia del versamento effettuato;
- ▷ le modalità di pagamento verranno comunicate al momento della prenotazione;
- ▷ LA QUOTA NON È RIMBORSABILE.

Collegio IPASVI Como Scheda di iscrizione per eventi formativi

Titolo evento..... Data

Cognome Nome

Indirizzo.....

Recapito telefonico.....

Data e luogo di nascita

Codice fiscale

Qualifica

Collegio di appartenenza

Sede di lavoro

N. tessera Data di iscrizione

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

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

Ai sensi del DLgs. 196/2003, autorizzo in Collegio IPASVI di Como al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione dell'evento.

Firmando e inviando il presente modulo accetto integralmente le modalità di iscrizione sopra descritte e dichiaro che quanto compilato corrisponde al vero.

Data _____ Firma _____



Nel mese di novembre 2008 si svolgeranno le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei revisori dei Conti. Nel prossimo numero di Agorà, verranno pubblicate le date che coincideranno con delle iniziative formative accreditate ECM. Di seguito troverete il modulo per proporre la vostra candidatura. Partecipate numerosi, e tenetevi aggiornati anche sul nostro sito www.ipasvicomo.it

SCHEDA DI CANDIDATURA PER RINNOVO CARICHE TRIENNIO 2009/2011

60

COGNOME _____ NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

ISCRITTO AL COLLEGIO IPASVI DI COMO DAL _____ AL NUMERO _____

QUALIFICA: Inf. AS VI/Inf. Ped.

SEDE DI LAVORO _____

RECAPITO TELEFONICO _____

ESPERIENZE PROFESSIONALI E/O FORMATIVE SIGNIFICATIVE _____

SPECIFICARE SE INTENDE CANDIDARSI NEL:

- CONSIGLIO DIRETTIVO
 COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Firma _____

INVIARE LA SCHEDA A: COLLEGIO IPASVI - Viale C.Battisti, 8 - 22100 COMO
Tel. 031/300218 - Fax 031/262538 - E-mail: info@ipasvicomo.it

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche e integrazioni, i dati e le informazioni richieste verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuale ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti il rinnovo delle cariche nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

Il titolare del trattamento è il Collegio IPASVI di Como, viale C.Battisti,8. Il responsabile del trattamento è il presidente pro-tempore dell'Ente.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.lgs n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente autorizza il trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____



Osservatorio nazionale sulla salute delle regioni: pubblicato il rapporto 2007

L'osservatorio sulla salute delle Regioni, fin dal 2002 aveva identificato la necessità di studiare e porre sotto osservazione gli effetti dinamici della crescente autonomia delle regioni in Sanità. Dal rapporto OSSERVASALUTE 2007, giunto alla sua quinta edizione, emerge una accresciuta differenziazione tra le diverse regioni specie se si considerano i modelli organizzativi e istituzionali. Le differenze sono evidenti però anche se si esaminano patologie e stili di vita, le prestazioni erogate e le performance economico gestionali. Per quanto riguarda la LOMBARDIA, emerge un quadro più che confortante della sanità lombarda, unica regione a statuto Ordinario ad avere una situazione di pareggio sia per le ASL che per le Aziende Ospedaliere. Tra i dati positivi meritano di essere citati il forte impegno sul fronte della prevenzione (la copertura vaccinale è superiore alla media nazionale per tutti i vaccini entro i 24 mesi d'età, idem per l'adesione agli screening mammografici), il basso tasso di disabilità (4%, contro una media nazionale del 4,8%), l'alto livello dell'assistenza domiciliare (è rimasto escluso dall'ADI solo il 23,4% delle famiglie con almeno un disabile, contro una media nazionale del 32,8%), il bilancio attivo sul fronte dei servizi materno-infantili (sotto la media nazionale sono i tagli cesarei, il tasso di mortalità infantile, l'abortività spontanea, mentre sopra la media l'aborto volontario). Cresce anche la speranza di vita ed è in calo la mortalità. Problematici continuano ad essere l'elevato consumo di alcol, stupefacenti (specie la cocaina) e ancora troppi sono i fumatori e gli incidenti stradali e domestici. Roseo il bilancio sul fronte ambientale: depurazione completa delle acque reflue nel 64,3% dei comuni, solo il 15% dei rifiuti sono smaltiti in discarica con un tasso di incenerimento pari al 36%. Di questi tempi qualcosa significa.

Publicato in G.U. il DPCM sulla Dirigenza e il Decreto "Mille proroghe"

Sulla Gazzetta Ufficiale del 26/2/08 Serie Generale n. 48 è stato pubblicato il DPCM 25/1/2008 relativo al Recepimento dell'accordo 15 novembre 2007, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica. Sulla Gazzetta Ufficiale n. 51 del 29/2/2008 - Supplemento Ordinario n. 47 - è stata pubblicata la legge 28/2/2008 n. 31 relativa alla Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, sulla Proroga di termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni urgenti in materia finanziaria. In particolare all'art. 24-ter reca "Disposizioni concernenti il riposo giornaliero del personale sanitario" che proroga l'entrata in vigore di quanto disposto dalla finanziaria sulle 11 ore di riposo al 31 dicembre 2008. Sono quindi state ripristinate le condizioni previste dal D.L.vo 66/2003 come richiesto dalla Federazione Nazionale IPASVI e da numerose sigle sindacali.

A Como i campionati invernali di soccorso sanitario

Gli operatori del "118" dell'azienda ospedaliera Sant'Anna di Como hanno vinto per la seconda volta consecutiva i campionati invernali di soccorso sanitario che si sono svolti nei giorni scorsi a Szczyrz, una località sciistica vicino a Bielsko Biala in Polonia. La prestigiosa manifestazione ha visto coinvolti 45 team di soccorso sanitario, provenienti da tutta Europa, che si sono sfidati per 4 giorni consecutivi confrontandosi su 8 scenari diversi dove venivano simulate le più importanti patologie traumatiche e da ipotermia che quotidianamente i team di professionisti



del soccorso devono gestire e trattare. Della squadra italiana, campione del mondo uscente, capitanata dall'Infermiera Kim Pasini facevano parte il Collega infermiere del "118" di La Spezia Claudio Ciani (già studente della scuola Emersit-Centro Volta di Como), gli autisti-soccorritori Renato Vitelli e Angelo Mercugliano operanti sui mezzi di soccorso comaschi. Tra le altre nazioni in gara oltre la Polonia, organizzatrice dell'evento, Paesi dalla forte tradizione nel settore dell'Emergenza quali la Francia, la Cechia, la Slovacchia, l'Ucraina, la Turchia, la Norvegia, la Lituania, la Russia. Gli equipaggi sanitari, oltre all'autista, a seconda delle normative in vigore nei vari stati, erano composti da Medici Rianimatori con Infermiere oppure da 2 "Paramedics" (modello americano) o ancora, come nel caso italiano, da 2 Infermieri esperti nelle tecniche di soccorso sanitario extraospedaliero. Tra gli scenari di soccorso particolare impegno hanno richiesto la gestione di una maxi-emergenza con otto feriti gravi di cui un bambino di pochi mesi da rianimare, uno scontro frontale tra 2 motoslitte con i 2 conducenti sbalzati sulla neve in mezzo a un bosco e con gravi segni di ipotermia, un'intossicazione da monossido di carbonio in un garage, un incidente motociclistico e sei prove di abilità tecnica (giuda mezzi 4x4 su terreno complesso, ricerca con arva in valanga) e così via per otto prove tutte molto impegnative sia sul piano della preparazione professionale, sia su quello fisico per le condizioni proibitive dovute al gran freddo e alla neve che hanno imperversato durante i giorni delle gare. Il direttore del soccorso sanitario extraospedaliero polacco, favorevolmente impressionato, ha fatto filmare i quattro italiani durante tutte le prove decidendo di utilizzare tali filmati a scopo didattico e come materiale da consegnare agli osservatori internazionali presenti.

Riforma Ordinistica: confermato lo STOP

La mancata unanimità dei gruppi parlamentari fa 'saltare' l'attuazione del decreto la cui delega al Governo scadeva il 4 marzo. Niente nuovi Ordini e Albi delle professioni sanitarie. La mancata unanimità dei gruppi parlamentari di Camera e Senato hanno fatto 'saltare' il varo del provvedimento che li avrebbe dovuti istituire. Una situazione che ha molto deluso e "addolorato" il ministro della Salute Livia Turco. "Era questa, infatti - spiega - la condizione indispensabile in periodo di ordinaria amministrazione posta dal presidente del Consiglio Romano Prodi per dare definitiva attuazione alla delega sulla quale avevamo lavorato con grande cura, in intesa costante con le professioni ma anche con l'insieme delle forze politiche presenti in Parlamento". Di parere opposto il ministro del Commercio Internazionale e delle Politiche europee, Emma Bonino che si è opposta al "vario in 'zona Cesarini' di nuovi Ordini professionali, determinando alla fine il non esercizio della delega con la quale si sarebbero dovuti istituire nuovi ordini riguardanti professioni sanitarie". Bonino afferma che il suo 'no' "non riguardava tanto le categorie interessate, quanto il principio stesso di potenziare ulteriormente la struttura ordinistica che caratterizza in modo così forte il nostro Paese, creando disparità di trattamento e sacche di privilegio inaccettabili, oltre che mantenere forme organizzative antistoriche alla luce dei meccanismi del mercato globale".

Anche il presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco ha espresso le sue perplessità in una lettera a tutti i Presidenti e in un incontro al Ministero della salute il giorno 29 febbraio indicando i pericoli di questo decreto rispetto alle prerogative e competenze dei Medici.





La malata

Roger de La Fresnaye (*Le Mans* 1885, *Grasse* 1925) inizia la sua attività artistica in un momento in cui l'Europa è un fermento di sperimentazioni pittoriche, che testimoniano i profondi cambiamenti nel pensiero e nella coscienza degli uomini del '900. Delle sue origini Fauviste, alla scuola di Cézanne, mantiene il linguaggio centrale del colore, della sua forza espressiva, anti impressionista e lirica, fondendola con la ricerca della plasticità nel rigore formale cubista. Così questo quadro, intitolato "la malata", trova la sua forza espressiva proprio nel colore, forzato sul volto acceso, che nel rosso vivo e intenso evoca con vivacità lo stato febbrile. Gli elementi di contorno sono poveri, i colori neutri e poco luminosi della veste e delle lenzuola ne fanno emergere ancor più le mani ed il capo; l'uso di colori complementari per l'ombra del corpo e per lo sfondo anima di un senso di dinamismo la scena cromatica, senza ridurre il ruolo di primo piano del rosso del viso. Gli occhi sono appena accennati, in un tratto di matita, sottile a sinistra e pressoché invisibile a destra, così che non c'è sguardo, non c'è espressione del viso: potrebbe

dormire, essere esausta, o soffrire in silenzio, ma poco importa; protagonista è la malattia, che prepotentemente copre il volto della donna lasciandola sola e sconosciuta. Anche il corpo giace immobile, ma non a caso; rinchiuso in una geometria solida, ha la prospettiva rovesciata, alla maniera antica, tipica dell'iconografia sacra orientale, e reintrodotta nella pittura europea da artisti quali Cézanne, e nella quale il punto di fuga converge verso l'osservatore.

La pittura figurativa muove verso gli inizi dell'astrazione, non per il disfacciamento delle forme, ma per aver affidato agli elementi tonali e alla costruzione geometrica la comunicazione, e non alla raffigurazione d'ambiente, dei sentimenti o degli stati d'animo dei protagonisti della scena.

Il valore del rovesciamento prospettico segnala che lo spettatore non è un osservatore casuale, ma è anch'egli protagonista della mise en scène che sta osservando. La rappresentazione c'è, ma ha senso solo se un altro ne raccoglie la provocazione. Lo sguardo corre al viso, ed un attimo dopo si sposta sulla mano, che rompe la fissità e la direzione delle linee e sembra quasi muoversi un poco mentre si sostiene, inerte, nell'aria. Le dita appuntite e a ventaglio rompono le curve morbide, ovalari, ricorrenti in ogni elemento del quadro, e cercano un punto da afferrare. La malattia che, prepotente, erompe dal quadro, domanda una risposta, richiama all'attenzione e conduce all'interesse per quella donna, che nello sguardo dell'altro riprende così consistenza e dignità di protagonista dell'esperienza. È la stessa dinamica che ha generato e continuerà a generare l'assistenza, mossa inizialmente come prima risposta al bisogno di salute, ma subito dilatata ad accogliere un bisogno ben più grande, che è la compagnia alla solitudine dell'altro. Ogni tentativo di separazione dei due temi è destinato a spegnere il rosso del volto senza poterne ravvivare lo sguardo, senza saper tenere quella mano che resta ad annasparsi nel vuoto.

Tratto dal sito http://www.medicinaepersona.org/_C1256C23002924DE.nsf/wAll/DCW-5W99ZX





COMO

ORGANIZZANO



COMUNE DI
COMO

Settore servizi sociali
politiche giovanili

CONCERTO BLUES

con **TREVES
BLUES BAND**

e **Fathers & Sons**

Como **PIAZZA VOLTA SABATO**

10 dalle ore 20.00
MAGGIO

INGRESSO GRATUITO



EVENTO SATELLITE IN OCCASIONE DELLA GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE:

"Dopo la sirena , il silenzio. Aspetti psicologici del soccorso"

che si terrà il 17 maggio c/o Caserma "De Cristoforis" Aula Magna Centro Documentale,

Piazza Monte Santo, 2 - Como. (orario: 14.00-18.00). Info: formazione@unesccom.it

CO-Organizzato con CLUB Unesco Como, Il S.S.U.Em. 118 di Como e il Corpo Nazionale Vigili del fuoco,