



luglio 2008 - N. 39

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> Clinica S. Rita: cosa ne pensiamo?	2
<i>l'intervista</i> Intervista al Dott. Carlo Lucchina, Direttore Generale Sanità Regione Lombardia	4
S. Rita: articolo di Isimbaldi. I fatti della S. Rita	6
Documento Collegi IPASVI regione sul nuovo Codice Deontologico	8
12 maggio resoconto. Un po' di pioggia ma anche buona musica...	14
Linee guida Regionali POA	17
<i>È Evidente che...</i> L'assistenza infermieristica basata su prove di efficacia	22
<i>Ri...visti</i> Evoluzione delle Professioni Sanitarie Ausiliarie in rapporto alle strutture sani- tario - assistenziali del nostro Paese	26
<i>Non solo professionisti</i> Un po' padroni e un po' servi	31
<i>Infermieristica e cure complementari</i> La disciplina dei Reiki	33
<i>News from the web</i>	35
<i>Posta e risposta</i>	37
Articoli originali L'infermiere in anestesia: un'indagine conoscitiva in Regione Lombardia	40
Articoli originali Programma di cura e sviluppo individualizzato al neonato prematuro (nidcap)	47
Elenco Iscritti e cancellati dall'albo primo semestre	51
Commissione formazione	52
Viaggio studio a Madrid	56

CLINICA S. RITA: COSA NE PENSIAMO?

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

Fatti così tragici, come quelli che hanno coinvolto la Clinica S. Rita di Milano e, loro malgrado, anche tutti gli onesti colleghi che vi lavorano (ai quali va la nostra solidarietà) richiedono valutazioni attente e NON superficiali.

Unendoci al grido di dolore dei pazienti e dei famigliari coinvolti in questa terribile vicenda, non ci si può esimere dal giudicare questo episodio, evitando facili semplificazioni che attribuiscono, secondo una visione manichea della realtà, responsabilità esclusive ai singoli oppure al sistema, con il rischio di leggere il tutto solo con la lente della politica oppure attendendo valutazioni delegate in toto alla magistratura.

*Tra i tanti fiumi di inchiostro già scritti, mi pare importante sottolineare come situazioni del genere mettano in crisi l'essenza stessa del curare, che è poi lo stesso dell'assistere: **il rapporto di fiducia tra le due persone coinvolte nell'atto di cura o di assistenza.** Insinuare il dubbio su questo punto significa mettere in crisi tutto il sistema professionale. Il rapporto tra questi due soggetti (persona e infermiere oppure medico) rappresenta lo strumento principale di conoscenza e di esercizio del proprio sapere, dal quale non si può*



prescindere per un adeguato esercizio della professione.

La persona assistita si rivolge all'infermiere e al medico "affidandosi", cercando un risposta ai propri bisogni di salute che racchiudono sempre (esplicitamente o meno, coscientemente o meno) anche una ricerca del senso di ciò che accade.

Solo sulla base di questa "certezza morale" è possibile la costruzione di un qualcosa di positivo (per entrambi), anche dentro l'esperienza, spesso drammatica, della malattia.

Se viene a mancare questo fondamento cosa rimane della medicina e dell'assistenza infermieristica?

Quello che, purtroppo, spesso osserviamo (specie da pazienti più che da operatori): un cumulo di conoscenze e competenze tecniche (anche molto raffinate) magari fondate sulle ultime evidenze scientifiche oppure un ammasso di regole e norme cui adeguarsi o dalle quali difendersi ma che, ultimamente, non c'entrano con la persona che ho davanti, che generano risposte sterili, parziali e insoddisfacenti sia per i pazienti che per gli operatori.

L'altro rischia immediatamente, di diventare non soggetto di un rapporto, sorgente di novità, occasione di crescita, ma diventa solo oggetto, uno strumento per la realizzazione dei propri fini, senza valore e senza nessi con il mio destino. Se non si riconosce un legame tra il paziente e sé, non è possibile costruire nulla.

Il punto essenziale sta nel sostenere l'uomo dentro questa sua possibilità di relazione.

Frequentemente, specie all'inizio, la propria attività lavorativa è caratterizzata da entusiasmo e passione che, dopo un po' si scontrano con la routine quotidiana, con l'organizzazione che è un ostacolo anziché un aiuto, con i carichi di lavoro pressanti, con l'incomprensione dei colleghi. Man mano l'insoddisfazione e il lamento prendono il sopravvento.

Serve qualcosa che aiuti a riscoprire e a mantenere viva l'origine della passione con cui si lavora.

Da soli non è possibile, servono dei colleghi/amici con i quali condividere e sostenere la fatica del lavoro, gli obiettivi da raggiungere, la strada per arrivarci dentro la consapevolezza che è possibile incidere sul contesto in cui si opera, anche se a volte rischia di prevalere la rassegnazione.

Le vacanze, il tempo che dedichiamo a ciò che più ci piace e alle cose più importanti, sono un intervallo utile a ricaricarci per raccogliere la sfida quotidiana, rivolta da tutti i nostri pazienti (e colleghi), sempre.

Buone vacanze a tutti...





Anche il miglior sistema sanitario non può sostituire la deontologia professionale

Intervista al Dott. Carlo Lucchina, Direttore Generale sanità Regione Lombardia

DOTTOR LUCCHINA, LO SCANDALO RECENTE DELLA CLINICA SANTA RITA DI MILANO HA RIAPERTO PER L'ENNESIMA VOLTA IL DIBATTITO SUL RAPPORTO TRA PUBBLICO E PRIVATO NEL MONDO SANITARIO.

Farei subito una premessa riguardante i numeri del privato, per evitare di parlare sulla base di semplici suggerimenti. È vero che la Lombardia è la regione che ha formalizzato la parità di diritti e di doveri tra pubblico e privato. Detto questo il privato in Lombardia si è consolidato su una quota di servizio – e nel privato metto case di cura private, istituti religiosi, non profit – che copre il 30% delle prestazioni sanitarie. Il 70% invece è pubblico. Il privato in Lombardia è complementare alla struttura pubblica, non è certamente il protagonista di tutta la sanità. Parrebbe invece, a livello di slogan, che la Lombardia “ha venduto la sanità al privato”. I dati e la realtà non dicono questo. In Lombardia la parte pubblica è ampiamente maggioritaria. Direi che il privato è complementare, ma non ha in mano la sanità.

SOTTO ACCUSA, PERÒ, È FINITO IL SISTEMA DI CONTROLLO REGIONALE.

Quando si fanno le regole di un sistema regionale, queste intervengono su tutto il sistema. Non c'è una regola per il privato e una per il pubblico. Non sarebbe corretto oltre che giuridicamente possibile nel sistema lombardo. Come ha detto Formigoni nella sua intervista al Corriere (di ieri), siamo un sistema oggettivamente avanzato anche nei controlli. Quando la sanità regionale controlla il 6,2% delle cartelle di ricovero, il criterio di controllo di questo 6% risponde a requisiti di screening ben precisi: queste cartelle vengono prese in base a parametri che comprendono una potenziale inappropriata, per esempio andando a vedere i casi di ricoveri ripetuti, andando a verificare le prestazioni di ricovero che invece dovrebbero essere in day hospital, verificando parametri che la statistica sanitaria, l'epidemiologia sanitaria e vari studi organizzativi danno per scontati. Quindi quando si parla di una percentuale di controllo del 6%, si può ragionevolmente sostenere che buona parte delle prestazioni inappropriate sono controllate. Aggiungo che da questo punto di vista il sistema Usa – che di solito viene preso come termine di paragone – identifica nel 5% la percentuale di comportamenti a rischio

di appropriatezza rispetto alle prestazioni. Questo vuol dire che il dato regionale soddisfa pienamente anche sistemi che la comunità scientifica considera avanzati.

SECONDO SVARIATI STUDI INTERNAZIONALI IL NOSTRO SISTEMA SANITARIO RISULTA ESSERE UNO DEI MIGLIORI DEL MONDO: COME MAI INVECE NELL'OPINIONE PUBBLICA PREVALE LA SFIDUCIA NEI CONFRONTI DELLA SANITÀ ITALIANA?

In realtà noi abbiamo rilevazioni di customer satisfaction che sono molto buone. Bisogna però tener presente che la sanità è un ambito molto delicato e, direi quasi, “per definizione” in deficit rispetto alle esigenze che deve soddisfare. Quando una persona non sta bene e ritiene di aver bisogno di una prestazione sanitaria, si scopre al centro del mondo e non ha la pazienza di attendere. Non ha la pazienza di convincersi, quando il medico le fa la prestazione, che questa prestazione non è propriamente urgente, e quindi tende naturalmente ad esasperare tutte le situazioni organizzative. Da qui al dire che tutte le persone non siano soddisfatte della sanità, questo non è vero, perché i dati di soddisfazione delle prestazioni sanitarie sono oggettivamente buone.

FINO A CHE PUNTO L'ASSESSORATO REGIONALE ALLA SANITÀ PUÒ EFFETTIVAMENTE MONITORARE L'ATTIVITÀ DEI SINGOLI PROFESSIONISTI MEDICI? È GIUNTO IL MOMENTO DI RIVEDERE E RIPENSARE ALCUNE PROCEDURE, COME AD ESEMPIO LA LIBERA PROFESSIONE DEI MEDICI IN INTRAMOENIA?

L'assessorato ha in mano tutti i dati epidemiologici di tutte le prestazioni sanitarie di tutta la Lombardia. Li elabora e stabilisce dei valori di riferimento e dei parametri, di natura regionale, rispetto ai quali, ad esempio, tutte le Asl possono determinare eventuali anomalie. Così, se ho un parametro di ricoveri ripetuti che non può che essere del 2%, allora la struttura che ha uno standard di ricoveri ripetuti del 4% è una struttura che va verificata. È quello che facciamo. Sul comportamento singolo del medico, invece, è impossibile intervenire, perché l'assessorato dovrebbe controllare un volume di 9 milioni e mezzo di abitanti residenti. Qui tocchiamo l'aspetto deontologico dell'onestà professionale del medico. Confesso che è abbastanza difficile arrivarci.



INUTILE QUINDI INVOCARE SISTEMI DI CONTROLLO PERFETTI.

Il sistema di controllo perfetto non esiste in nessuna attività e in nessun campo. Le faccio un altro esempio: le società quotate in borsa dovrebbero avere dei sistemi di controllo perfetti perché sono certificate da società specializzate. Ma il sistema di controllo perfetto è un'utopia. Questo non significa che il sistema non possa perfezionarsi continuamente.

COSA SI PUÒ FARE, IN CONCRETO, PER PERFEZIONARE IL SISTEMA?

Per la parte relativa alla decisione del medico di appropriatezza di un intervento o di una cura, da più parti è oggetto di riflessione l'ipotesi di affiancare professionisti terzi che possano supportare le Asl o l'assessorato. Questa, come ricordava Formigoni, è una possibilità sulla quale riflettere. Sarebbe un avanzamento anche rispetto ai più moderni sistemi europei.

IN ALTRI PAESI CI SONO ELEMENTI DI GOVERNANCE CHE POTREBBERO ESSERE ADOTTATI PER MIGLIORARE IL NOSTRO SISTEMA SANITARIO?

Quello della valutazione terza, in atto negli Usa. Non ci sono molte amministrazioni al mondo che contemplano l'azione di un pool di specialisti, completamente esterni, pronti a supportare le varie fasi di valutazione di una prestazione sanitaria. Negli Usa c'è Joint Commission, un'agenzia certificata, completa, che valuta dagli accreditamenti ai modelli organizzativi.

SPESSE SI SENTE DIRE CHE IL PROBLEMA DELLA SANITÀ ITALIANA È LA MANCANZA DI ADEGUATE RISORSE ECONOMICHE DEDICATE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. È COSÌ? IL FEDERALISMO FISCALE DI CUI SI PARLA IN QUESTI MESI POTREBBE ESSERE UNA SOLUZIONE IN QUESTO SENSO?

Si sostiene che le risorse economiche in sanità non sono mai sufficienti. Da un certo punto di vista è vero, perché il bisogno sanitario percepito dalle persone è sempre sulla soglia dell'insoddisfazione. Ho mal di stomaco e ho bisogno di una gastroscopia? Va fatta subito. Mi dicono che la posso fare solo tra una settimana? Allora la sanità non funziona. Bisognerebbe però aprire una riflessione – ma è uno scenario ulteriore – su che tipo di bisogno sanitario si debba soddisfare.

CHE COSA INTENDE DIRE? LA SANITÀ DOVREBBE POTER SODDISFARE IL BISOGNO DI TUTTI.

Oggi siamo in un sistema universalistico di assistenza, cioè tutti i cittadini vanno assistiti, indipendentemente dal ceto, dal reddito, e via dicendo. Vero. Ma che da qui si passi a dire che il sistema deve garantire "tutto a tutti" è probabilmente da discutere. Altrimenti le risorse non basterebbero mai. Come d'altra parte va valutato se il fatto che ognuno di noi contribuisca con le proprie tasse al funzionamento dei servizi pubblici statali o regionali debba considerarsi esaustivo o se non ci debbano essere ulteriori partecipazioni specifiche all'interno di ogni

prestazione, per intenderci il ticket sui farmaci o su altre prestazioni specialistiche, perché anche questo contribuirebbe ad un approccio più razionale. Le statistiche ogni anno dicono che il cittadino butta via ogni anno una quantità enorme di farmaci prescritti. Sono elementi che sul conto delle risorse nazionali hanno il loro peso.

IN INGHILTERRA, RECENTEMENTE, IL SISTEMA SANITARIO INGLESE HA DECISO CHE NON GARANTIRÀ PIÙ L'ACCESSO A CURE GRATUITE A CHI ADOTTA STILI DI VITA NON SALUTARI, COME IL FUMO O L'OBESITÀ: QUAL È LA SUA OPINIONE IN PROPOSITO?

È una decisione che si presta a molte e giuste critiche. Con la nostra Costituzione questo non è possibile. Però contiene implicitamente un aspetto di prevenzione, applicato agli stili di vita, che dovrebbe essere tenuto nella massima considerazione. E alcune norme che tengano nel dovuto conto certi stili di vita possiamo benissimo immaginarle anche in Italia. Ci sono certe patologie, dovute per esempio al fumo, con conseguenze di ipertensione etc. sulle quali bisogna domandarsi dove inizia davvero la fase cronica. Norme "restrittive" in modo ragionato potrebbero senz'altro essere di stimolo ad una maggiore attenzione al proprio stile di vita.

QUALI SONO, SECONDO LEI, LE PRINCIPALI CRITICITÀ DA AFFRONTARE NEL PROSSIMO FUTURO PER GARANTIRE LA SOSTENIBILITÀ E L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI QUALITÀ DEL NOSTRO SISTEMA SANITARIO?

Sulle criticità, dobbiamo fare attenzione al pre- e al post acuto. Mentre riusciamo a governare molto bene la fase acuta, sulla fase "pre", che è la prevenzione, dobbiamo lavorare molto di più. Non sono solo gli stili di vita, sono anche gli screening per esempio. Implementare questo lavoro vuol dire intervenire dove la patologia, essendo nelle sue fasi iniziali, ha una possibilità di soluzione molto elevata. Ma dobbiamo lavorare molto anche sul post acuto, perché all'invecchiamento della popolazione va di pari passo un aspetto legato all'assistenza territoriale che sta assumendo dimensioni sempre più rilevanti.

QUAL È LA PRIMA CONSIDERAZIONE CHE SI SENTE DI FARE SUL CASO SANTA RITA?

Il risultato di tutte le politiche che si possono mettere in campo dipende, in ultima istanza, dalla volontà, dalla determinazione e dallo spirito di sacrificio degli operatori sanitari: medici, infermieri, tecnici. Il caso Santa Rita porta all'attenzione il lato deontologico, che non riguarda solo il privato, ma è trasversale a tutte le strutture accreditate. Su questo, come ha rilevato il presidente Formigoni, penso che si debba aprire una riflessione importante, perché se si mina l'aspetto deontologico si va ad attaccare la fiducia medico-paziente e se si incrina questa fiducia il pericolo per la sanità è mortale.

(intervista tratta da "il sussidiario.net" del 16/6/08)



Come ulteriore approfondimento sul tema dell'editoriale proponiamo un articolo, scritto da una Pediatra, la Dott.ssa Clementina Isimbaldi, che contribuisce ad un dibattito positivo e costruttivo senza limitarsi alla rassegnazione o all'accusa.

I fatti della clinica Santa Rita: la sussidiarietà non è solo una questione organizzativa

6

di C. Isimbaldi

Il problema della sanità italiana è innanzitutto culturale, ma inserito in una cornice istituzionale e politica di cui si deve tener conto. Il nostro tipo di sistema sanitario nazionale, istituito con la 833 nel 1978, è "universalistico", come quello anglosassone. "[...] Fino alla metà degli anni settanta, il servizio pubblico non era statale, ma fatto di ospedali costituiti come enti morali, governati localmente, e di un numero piccolo di cliniche private. Ciò rappresentava l'esito di una tradizione che, nei secoli, aveva visto nascere i servizi pubblici non dallo Stato, ma dalla iniziativa dei singoli e, più frequentemente, di forme associative, soprattutto di matrice cattolica" [...] Con la riforma sanitaria del 1978 e la successiva riforma Bindi del 1999 lo Stato (con la collaborazione delle Regioni, seppur ad autonomia limitata) si è affermato come il soggetto che definisce il bisogno di salute, la risposta complessiva a questo bisogno e come il garante verso tutti di tutta l'assistenza sanitaria necessaria (visite mediche, farmaci, ricoveri, prevenzione). La salute è divenuta un diritto (garanzia di assistenza sanitaria gratuita a tutti) come un diritto è divenuto l'ingresso alla facoltà di medicina. [...] Vi furono anni i cui gli iscritti al primo anno della sola facoltà di medicina di Milano superavano le 2.000 unità, contro i circa 4.000 studenti accettati da tutte le scuole di medicina del Regno Unito¹. In Italia tra il 1960 e il 2000 il trend di crescita del personale medico è stato del 8.57% a fronte del 2-3% degli altri Paesi Europei; nel 2000 in Italia i medici sono 6 ogni 1000 abitanti a fronte dell'1-3 per mille nelle altre Nazioni Europee². Nel 1992 viene avviato il processo di aziendalizzazione delle Unità Sanitarie

Locali e degli Ospedali (viene attribuita autonomia amministrativa alle Regioni sui propri presidi, vengono introdotti i DRG - Diagnosis Related Groups - cioè il pagamento sul peso della patologia e delle relative giornate di degenza); "[...] In base alla riforma del pubblico impiego - DL 29/1993 - si è passati poi da un rapporto di lavoro di tipo pubblicistico a uno privatistico, regolato dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, ma questo cambiamento giuridico non ha di fatto cambiato il vecchio modello garantista nell'attuazione da parte dei vari contratti, legati a una logica ancora formale di sistemi incentivanti (anzianità di carriera, esclusività di rapporto con il SSN). Così i medici hanno assunto l'atteggiamento del dipendente statale perché non c'è meritocrazia né remunerazione differenziata in base a responsabilità, complessità, efficacia ed efficienza delle loro prestazioni"³.

La sanità italiana oggi soffre in primis di queste due anomalie: l'evidenza che il sistema universalistico e statale non può garantire risorse adeguate a una domanda sempre in crescita (non si può garantire tutto a tutti) e la scarsa selezione all'iter di studi (nessuna verifica dell'idoneità del dottorando alla professione: umanistica, non meccanicistica!). Il sistema dei DRG ha introdotto la sottile tentazione di "gonfiare" le diagnosi per aumentare il fatturato o eseguire interventi inappropriati, là dove non si sarebbe dovuto; a tutto questo si deve aggiungere il ruolo devastante della medicina cosiddetta difensiva: il medico richiede sempre più accertamenti ed effettua interventi non appropriati per difendersi da eventuali cause legali, divenute sempre più frequenti.



Quali le possibili soluzioni? Forse non ce ne saranno mai, la sanità è un campo difficile, uno dei più complessi nella gestione. Non ci sono formule perfette. Sicuramente occorre "[...] un sistema contrattuale più flessibile che investa sulla persona come avviene in altri Paesi europei dove esistono già varie differenze nel contratto dei medici, dall'orario settimanale, ai criteri di selezione, all'esercizio della libera professione, al riconoscimento del merito e della capacità professionale (introdurre outcomes professionali, oltre che il raggiungimento dei risultati di esercizio).. In Italia e in Grecia le tipologie di contratto sono quelle del pubblico impiego; in altri (Austria, Francia, Germania, Regno Unito, Olanda, Svezia) i contratti sono privati e i criteri di selezione e il soggetto che conferisce incarichi sono diversi: in alcuni Paesi su chiamata diretta dei medici sulla base del curriculum, con contratti gestiti a livello dipartimentale. Occorre dunque abbandonare il modello contrattuale unico, garantista e con medio-basso riconoscimento economico uguale per tutti. Ma per questo anche le categorie professionali devono essere disposte a misurarsi e a farsi misurare su qualità, responsabilità e competenza. Occorre affrontare anche la questione giovanile, senza più ritardi e parcheggi dei giovani specializzandi con il blocco del turn-over del SSN; ricostruire su basi



nuove le regole del sistema e delle professioni⁴.

Irrrinunciabili: formazione e responsabilità professionale da parte degli Ordini, selezione di chi aspira alla laurea in medicina a partire dalla formazione pre-universitaria e dalle motivazioni umane a questa

scelta, infine recupero del tessuto culturale di riferimento già tradizionalmente solido in passato. Lo scempio che si è fatto della professione medica in Italia forse non è tale negli altri paesi europei e questo spiega il maggior rigore metodologico documentato anche nei numeri (nessuno dei paesi europei ha il 40% dei tagli cesarei come da noi).

Quanto detto sin qui sarebbe inutile se all'origine rimanesse il vuoto. Cioè se il medico, oggi, non conoscesse più lo scopo del proprio lavoro, l'origine della professione. Il motivo per cui ha scelto di lavorare per rispondere al bisogno di salute dell'uomo e, in questo, di spendere la vita.

Oggi all'origine di qualsiasi livello organizzativo sta questo, come ieri. Nessun sistema, anche perfetto, potrà supplire a questo vuoto, anche se in Italia la buona sanità che resiste lo deve proprio alle risorse umane contrarie a ridursi al ruolo impiegatizio imposto dallo Stato.

C'è da ricostruire la professione: perché la professione può esistere solo per un interesse, un amore – diciamo noi – per ciò che l'uomo è.

¹ G. Cesana, Il Ministero della Salute. ed. SEF Firenze

² Oecd Health Data 2002

^{3 e 4} R.Latocca, Professioni e Sistema sanitario, Il Corriere delle opere Sanità agosto 2006

La segreteria del Collegio IPASVI
resterà chiusa per la pausa estiva
dal 4 agosto al 24 agosto



La settimana **dal 25 al 29 agosto** resterà aperta
solo al mattino dalle 8.30 alle 12.00



Presentiamo la versione finale del gruppo di lavoro Regionale sulla bozza del nuovo Codice Deontologico cui, per il Collegio IPASVI di Como hanno partecipato le colleghe, Dott.ssa Donatella Pontiggia e Dott.ssa Paola Zappa che ringraziamo per il loro contributo e disponibilità.

Si tratta di un documento ricco e interessante che contribuisce alla diffusione- comprensione di quello che, nel 2009, potrebbe essere il nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere.

8

Per contribuire ulteriormente alla sua diffusione/conoscenza abbiamo deciso di costituire anche un gruppo a livello provinciale chiedendo, come Consiglio Direttivo, la partecipazione ai seguenti colleghi:

- | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| ✓ Brenna Matteo | ✓ Colombo Giovanna | ✓ Della Francesca Bruno | ✓ Molteni Sonia |
| ✓ Tangredi Sandro | ✓ Toscano Antonia | ✓ Tosesti Anna | ✓ Verga Pierluigia |

Buona lettura

COLLEGI IPASVI DELLA LOMBARDIA

GRUPPO REVISIONE CODICE DEONTOLOGICO DOCUMENTO FINALE 6 GIUGNO 2008

Il codice deontologico della professione infermieristica italiana è stato adottato per la prima volta nel 1960. Alla revisione del 1977 è succeduta la stesura del 1999 rivista con l'attuale versione che entrerà in vigore nel 2009.

Il codice deontologico degli infermieri italiani è alla base della professione infermieristica e ne guida l'agire. Esso è il risultato del dibattito culturale in merito ai valori professionali degli infermieri italiani e rappresenta un riferimento fondamentale che orienta l'attività infermieristica così da risultare non solo tecnicamente avanzata, ma anche responsabile, consapevole, etica.

IL PRESENTE DOCUMENTO È COSTITUITO DAI SEGUENTI ELEMENTI:

- preambolo nel quale viene dichiarata la mission, i principi e i valori della professione infermieristica
- gli articoli, suddivisi in capi, nei quali vengono definite le norme di comportamento;
- un glossario;
- gli allegati riportanti alcuni elementi esplicativi riferiti a specifici articoli ed utili all'agire quotidiano.

Preambolo

L'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale ed educativa.

Le principali responsabilità dell'infermiere sono: la promozione della salute, la prevenzione della malattia, l'assistenza e la cura delle persone e delle loro famiglie, il sollievo dalla sofferenza, la riabilita-

zione dei malati cronici e dei disabili.

L'uomo è l'elemento centrale dell'assistenza infermieristica; scopo dell'assistenza infermieristica è sia la risposta dei bisogni di assistenza infermieristica sia la partecipazione alla risposta dei bisogni di salute. Per questo l'infermiere persegue il benessere della persona, la aiuta ad esprimere i propri bisogni, i propri valori e a potenziare le proprie risorse fisiche, affettive e sociali, anche quando le terapie non bastano o non sono più efficaci.

L'infermiere si impegna ad acquisire le competenze allo scopo di agire per il bene della persona considerando valore imprescindibile la necessità di formazione e di ricerca scientifica.

L'infermiere riconosce che la richiesta di assistenza infermieristica nasce dalla libera scelta della persona di beneficiarne e che ogni individuo ha esigenze in relazione ai propri valori e alle proprie convinzioni personali. Per questo si impegna a promuovere e garantire la tutela della vita umana e della sua dignità, in tutte le fasi dell'esistenza, a rispettare e valorizzare la pluralità di culture, ideologie, religioni e convinzioni. L'infermiere considera come bene fondamentale e irrinunciabile la salute; rispetta la concezione di salute dell'assistito e contribuisce affinché possa emergere il suo diritto a compiere scelte libere ed informate.

Nella risposta ai bisogni di assistenza infermieristica l'infermiere tiene conto dell'equa distribuzione delle migliori risorse disponibili, promuove la collaborazione e la cooperazione multidisciplinare, al fine di far raggiungere alla persona assistita la massima autonomia e il miglior risultato di salute possibili.



		PREMESSA	
ARTICOLO 1 L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.	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 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 3 La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.		
PRINCIPI ETICI DELLA PROFESSIONE			
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 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 5 L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con assistenza di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa.		Spostato all'articolo 10
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 6 L'infermiere presta assistenza secondo equità e giustizia; tiene conto dei valori etici, religiosi e culturali, dell'etnia, del genere e delle condizioni sociali della persona.		Vedi nota 1
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 7 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.		Vedi nota 1. Fornire la definizione di "obiezione di coscienza" nel glossario allegato e i casi previsti dalle norme in vigore per il personale sanitario.
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 8 L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza, perizia e diligenza anche al fine di non nuocere all'assistito e garantirne la sicurezza.		Vedi nota 1
ARTICOLO 9 L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza anche al fine di non nuocere.	ARTICOLO 9 L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.		
ARTICOLO 10 L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.	ARTICOLO 10 Il rispetto dei principi etici e dei diritti fondamentali dell'uomo è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.		



FEDERAZIONE IPASVI	COLLEGI LOMBARDI (In blu il testo modificato)	NOTE
	L'INFERMIERE E LA PRATICA CLINICA	
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 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 12 L'infermiere si attiva per avere formazione e/o supervisione per procedure nuove o sulle quali non ha esperienza.	Vedi nota 1
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 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.	Vedi nota 1
ARTICOLO 14 L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per rispondere ai problemi dell'assistito.	ARTICOLO 14 L'infermiere promuove l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale quali 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 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 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.	Vedi nota 1 e nota 2.
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 17 L'infermiere, nell'agire professionale, è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di persone assistite, familiari, 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 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 (GIÀ ARTICOLO 31) L'infermiere concorre alla sperimentazione clinico-assistenziale conoscendone il protocollo, anche per valutare le implicazioni per l'assistenza e per l'assistito.	Fornire la definizione di "sperimentazione clinico-assistenziale" e di "protocollo" nel glossario allegato
	L'INFERMIERE E LA PERSONA	
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, 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 diagnostico terapeutico 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 multiprofessionale 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 diagnostico terapeutici 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 21

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 22

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 23

L'infermiere conosce il progetto diagnostico terapeutico per le influenze che questo comporta per il piano di assistenza infermieristica e sulla relazione con l'assistito.

ARTICOLO 24

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

ARTICOLO 25

L'infermiere adegua la sua comunicazione alla capacità di comprendere dell'assistito, lo aiuta e lo sostiene nelle scelte e fornisce informazioni relative all'assistenza infermieristica.

ARTICOLO 26

L'infermiere si assicura che la persona riceva le informazioni sufficienti sulle quali basare il proprio consenso all'assistenza e ai trattamenti ad essa correlati.

ARTICOLO 27

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 28

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

ARTICOLO 29

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 30

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 31

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

Articolo aggiunto; riportato integralmente dal Codice deontologico dell'ICN, 2005

Fornire la definizione di "comunicazione dei dati" nel glossario allegato, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati)



FEDERAZIONE IPASVI	COLLEGI LOMBARDI <i>(In blu il testo modificato)</i>	NOTE
ARTICOLO 30 L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, motivato da prescrizione terapeutica o da documentate valutazioni assistenziali	ARTICOLO 32 L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, motivato da prescrizione terapeutica o da documentate valutazioni assistenziali.	Vedi nota 1
ARTICOLO 31 L'infermiere concorre alla sperimentazione clinico-assistenziale conoscendone il protocollo, anche per valutare le implicazioni per l'assistenza e per l'assistito.		Diventa articolo 19, non modificato, ma inserito nel capo "L'infermiere e la pratica clinica"
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 adopera affinché l'opinione del minore rispetto alle scelte assistenziali, terapeutiche e sperimentali sia presa in considerazione, tenuto conto della sua età 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 promuove la tutela delle persone che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione; condivide con la società la responsabilità dell'avvio e del sostegno delle iniziative che permettono di soddisfare i bisogni sociali e sanitari della popolazione, in particolare dei gruppi più vulnerabili.	Articolo tratto dal Codice deontologico dell'ICN, 2005, punto 1
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 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 si attiva per alleviare la sofferenza, adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.	Vedi nota 1
ARTICOLO 36 L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconosce l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.	ARTICOLO 37 L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita; riconosce 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 tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica.	Vedi nota 1
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, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.	Vedi nota 1
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 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 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 favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.	



L'INFERMIERE E I COLLEGHI DI LAVORO**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 43

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

ARTICOLO 44

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

ARTICOLO 45

L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale ogni abuso o comportamento dei colleghi contrario alle norme contenute nel presente codice deontologico.

ARTICOLO 46

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

ARTICOLO 47

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.

Fornire la definizione di "decoro" nel glossario allegato.

L'INFERMIERE E I RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI**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.

ARTICOLO 48

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 49

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 l'assistito.

ARTICOLO 50

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.

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.

ARTICOLO 52

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

Vedi nota 1

Era articolo 51

Era articolo 50

LEGENDA

Nota 1: per questo articolo il gruppo suggerisce di procedere ad una o più esemplificazioni riferite alla quotidianità assistenziale nei documenti allegati.
Nota 2: si suggerisce di esemplificare in quali sedi l'infermiere può ricevere adeguata consulenza etica.



12 maggio 2008

a cura di IPAFD Paola Pozzi*

Il 12 maggio è la Giornata internazionale dell'infermiere.

Anche quest'anno è stata indetta una manifestazione in piazza in cui gli infermieri hanno potuto incontrare i cittadini, e confrontandosi con loro, una volta tanto, non in condizioni di bisogno.

Individuare i bisogni di assistenza del cittadino e operare per risolverli; garantire competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle prestazioni; fornire informazioni utili sul funzionamento dei servizi sanitari; dare sempre risposte chiare e comprensibili; ascoltare con disponibilità e attenzione il paziente e favorirne le relazioni sociali e familiari; stare vicino alla persona quando la medicina e la tecnica non bastano. Sono punti qualificanti del "Patto con il cittadino" che la Federazione Ipsavi ha rilanciato in occasione della Giornata internazionale dell'infermiere. L'impegno a rafforzare l'alleanza con il cittadino rischia, però, di essere messo in discussione dalla persistente carenza di infermieri in ospedale e sul territorio. Infatti occorre "tempo" per garantire un'assistenza di qualità: tempo per rispondere rapidamente a ogni richiesta di assistenza, tempo per il dialogo, il sostegno, l'educazione e la riabilitazione delle persone da assistere. Un "tempo" di cui è difficile disporre quando i pazienti in reparto sono troppi rispetto al personale infermieristico o se sul territorio scarseggiano i servizi domiciliari. Ecco perché, anche in occasione del 12 maggio, la professione infermieristica ha voluto sensibilizzare la cittadinanza e le istituzioni affinché si trovino soluzioni per migliorare l'assistenza infermieristica, elemento indispensabile di un sistema sanitario moderno ed efficace. La professione chiede una migliore organizzazione e valorizzazione della risorsa infermieristica, ma anche politiche di incentivazione nei confronti dei giovani per invogliarli a iscriversi ai corsi di laurea in Infermieristica.

14

LA CRONACA

Già dalle 14.00 in piazza Volta lo stand del collegio Ipsavi di Como è pronto a rispondere alle domande della gente, a consegnare cartoline ed il periodico Agorà.

Insieme agli infermieri anche gli studenti del corso di Laurea in infermieristica e gli operatori di Emergency.

Emergency è un'associazione italiana indipendente e neutrale.

Emergency offre assistenza medico-chirurgica gratuita e di elevata qualità alle vittime civili delle guerre, delle mine antiuomo e della povertà e promuove una cultura di solidarietà, di pace e di rispetto dei diritti umani.



Sostieni EMERGENCY

Ogni 3 minuti curiamo 1 persona. Da 14 anni.

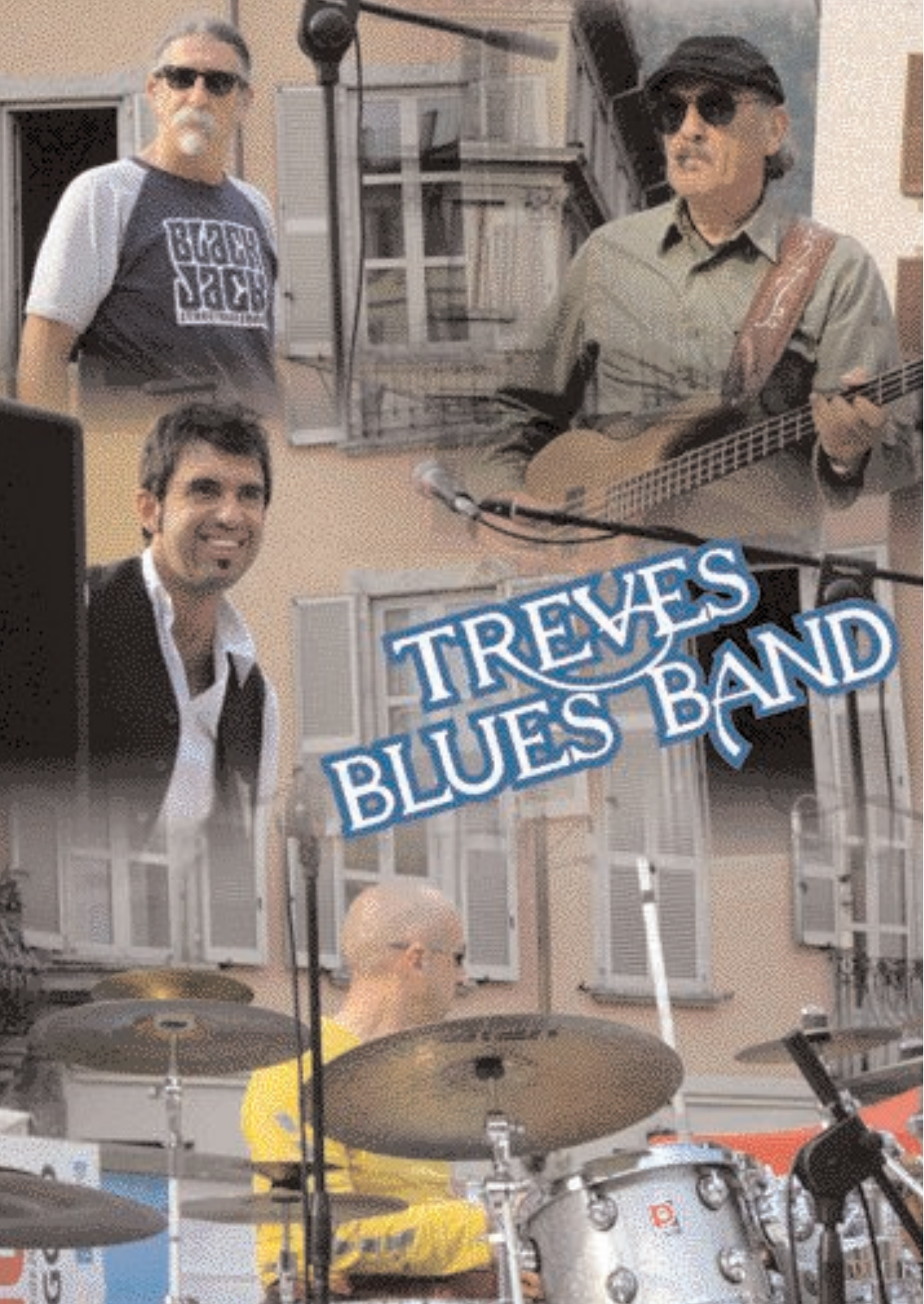


**ADOTTA EMERGENCY
ADOTTA UN OSPEDALE**

02 881 881

EMERGENCY
www.emergency.it





TREVES BLUES BAND

Oltre a questi incontri sono previsti due concerti: quello dei FATHERS AND SONS e la FABIO TREVES BLUES BAND. Ma puntuale come noi infermieri, alle 20.00 in punto arriva anche la pioggia. Un temporale perfetto. Che allaga il palco, sommerge i cavi elettrici, bagna tutte le strutture necessarie allo svolgimento della manifestazione canora.

Alle 21.30, ci guardiamo in faccia.

I fans di Fabio Treves sono già arrivati che fare? Tutti in piedi, sotto la pioggia. L'acqua che è caduta sul palco ha fatto da contorno al concerto, quasi a sottolinearne l'eccezionalità: «lo c'ero» diranno in tanti, che con mantelle, ombrelli, cappellini, si sono infradiciati ondeggiando al ritmo della musica.

Si decide per un concerto acustico, solo voci e strumenti senza effetti speciali, senza luci, senza chitarre elettriche. Il maltempo, però non ha favorito lunghe permanenze all'aperto. Il Concerto è durato un po' meno del solito. Ma molti, soprattutto giovani, hanno resistito per salutare degnamente la giornata dell'infermiere. E con i pezzi di Fabio Treves la pioggia si è fermata davvero!

È andata bene. La gente applaude, canta.

Anche il discorso del Presidente del collegio riesce a fare breccia nei cuori delle persone che per un attimo si sono fermate ad ascoltare e a cantare.

Grazie.



Anche quest'anno grazie a tutti i componenti del Consiglio Direttivo del Collegio Ipasvi di Como. Grazie alle attivissime segretarie, D & D, al Comune di Como e a tutti coloro che hanno lavorato per noi (elettricista, Ingegnere del Suono, la Sig.ra Andrighetti). Grazie a Daniele Spinelli che tanto si è prodigato per la buona riuscita della manifestazione. Grazie ad Emergency. Grazie a tutti coloro che si sono fermati ad ascoltare. Grazie ai contributi che tutti gli infermieri ci danno, ogni giorno.



In arrivo i nuovi piani di organizzazione aziendali



La Regione Lombardia, con la DGR n. VIII/007289 del 19 maggio 08 ha aggiornato le Linee Guida Regionali per l'adozione del Piano di Organizzazione Aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia.

Proponiamo un estratto della delibera che integra la precedente deliberazione di Giunta Regionale n. VII/14049 dell'8 agosto 2003 relative alle Linee Guida dei Piani di Organizzazione e Funzionamento Aziendale che avevano istituito il S.I.T.R.A.

La determinazione di queste Linee Guida rappresentava il punto di arrivo di un percorso normativo che partendo dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, dalla legge regionale n. 31/97 e successive modifiche ed integrazioni, dal Programma Regionale di Sviluppo della VII Legislatura, nonché dal Piano Socio Sanitario 2002 - 2004 (...).

A distanza di cinque anni è avvertita la necessità di integrare le Linee Guida in considerazione delle mutate esigenze delle aziende sanitarie della Regione Lombardia, dei nuovi indirizzi programmatici e di quanto previsto nel PSSR 2007-2009.

L'obiettivo delle presenti linee, nell'ambito dell'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica aziendale è di fornire degli indirizzi che possano omogeneizzare i piani di organizzazione delle aziende in coerenza con i principi della programmazione regionale.

PROCEDURE PER L'ADOZIONE DEL PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Il Piano di Organizzazione Aziendale è adottato con provvedimento del Direttore Generale dell'azienda acquisito il parere del Consiglio dei sanitari, sentito il Collegio di direzione e previo confronto con le OO.SS. ed è trasmesso alla Giunta Regionale per l'approvazione.

Per le aziende ospedaliere nelle quali insistono i poli universitari l'atto è adottato sentito il Rettore dell'Università e limitatamente ai dipartimenti ad attività integrata.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

I Dipartimenti

Il modello organizzativo aziendale si conferma nei contenuti già disciplinati dalla d.g.r. 14049/2003 e quindi deve essere costruito in modo flessibile ed il più possibile pertinente alle specifiche realtà aziendali tenendo conto che l'articolazione organizzativa ha quali finalità la creazione di condizioni e di strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L'organizzazione dipartimentale continua ad essere il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria, nonché dare concreta attuazione alle politiche di governo clinico.



Il cambiamento verso un'organizzazione dipartimentale può rappresentare uno strumento di rafforzamento culturale e di crescita professionale.

Il Dipartimento può essere costituito solo se raggruppa più strutture complesse e semplici di particolare specificità. Il Dipartimento è pertanto un'articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione ed un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili.

Dipartimenti Aziendali e/o Interaziendali funzionali per disciplina

Sono dipartimenti derivati dall'aggregazione di unità o servizi appartenenti all'azienda o ad aziende sanitarie diverse.

Le tipologie possono essere:

- gestionali: dove si realizza la gestione integrata di attività assistenziali appartenenti ad aziende sanitarie diverse;
- tecnico – scientifica: con scarsa integrazione operativa e gestionale, ma con un ruolo di indirizzo e di governo culturale e tecnico di alcuni settori sanitari.

Per quanto riguarda i Dipartimenti ASSI il riferimento sono le linee guida regionali emanate con d.g.r. VIII/3848 del 20 dicembre 2006 e la circolare n. 23 del 31 luglio 2006.

Indice di Dipartimentalizzazione

La revisione dei Piani di Organizzazione Aziendale dovrà essere effettuata mantenendo come limite il numero totale di Dipartimenti presenti e ad invarianza di costi. La Direzione Generale Sanità nel valutare le proposte aziendali terrà presente la complessità media dei Dipartimenti presenti nelle aziende tenuto conto anche delle diverse tipologie e delle dimensioni aziendali. La DG Famiglia e Solidarietà Sociale integrerà la valutazione delle proposte qualora coinvolgano i Dipartimenti ASSI.

Strutture complesse e semplici

Le strutture complesse sono costituite da un

insieme di attività individuabili dall'omogeneità delle prestazioni, delle competenze e dei servizi erogati. La loro costituzione presuppone l'individuazione di fattori di complessità in relazione ai quali si determina la graduazione delle strutture.

I fattori di complessità, oggettivamente dimostrabili, sono:

- Strategicità rispetto alla mission aziendale;
- Complessità e specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- Complessità del sistema di relazioni intra ed extra aziendale;
- Interdisciplinarietà;
- Servizi sul territorio;
- Livello di autonomia e responsabilità;
- Rilevanza economica ed autonomia delle risorse gestite.

Sono strutture complesse anche quei servizi aziendali, di forte rilevanza strategica, dotati di autonomia gestionale e/o tecnico professionale. Per strutture semplici s'intendono articolazioni di strutture complesse e/o di un Dipartimento individuate con un insieme di attività che richiedono una programmazione e gestione unitaria dettata da criteri di efficienza ed efficacia.

Nella rivisitazione dei Piani di Organizzazione aziendale particolare attenzione dovrà essere posta all'individuazione di modelli che abbiano come obiettivo la semplificazione e l'efficacia anche attraverso lo snellimento delle strutture presenti. In tal senso potranno essere favorevolmente valutate le strutture semplici a valenza dipartimentale che godono di autonomia gestionale e finanziaria coordinate a livello di dipartimento.

Principali punti di attenzione saranno:

- Sistemi informativi aziendale;
- Revisione dei servizi amministrativi;
- Servizio Psicologia Clinica non apicale;
- Sanità penitenziaria: trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.



I SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI (SIA)

Si confermano le indicazioni contenute nella d.g.r.VII/14049 del 8.8.2003, rispetto alla collocazione del servizio "Sistemi Informativi Aziendali" (SIA) preferibilmente in staff alla Direzione Strategica, affinché vi possa essere un rapporto diretto con l'Alta Direzione e lo stesso possa avere una visibilità completa delle strategie aziendali; vi potrà conseguentemente essere la pianificazione, programmazione e gestione di attività ed azioni mirate al perseguimento delle strategie aziendali, coerentemente alla programmazione regionale.

La responsabilità dovrà quindi essere affidata a persone di comprovata esperienza nel settore.

... (omissis)

REVISIONE DEI SERVIZI AMMINISTRATIVI

La revisione dei servizi amministrativi deve essere effettuata nell'ottica di dare pieno adempimento a quanto previsto nella delibera n. VIII/5743 del 31 ottobre 2007, Allegato 11, punto 3, tenuto conto della legge regionale n. 30 del 27/12/2006.

L'omogeneizzazione dei servizi amministrativi, presenti sul territorio regionale, viene perseguita anche attraverso l'utilizzo degli indicatori di riferimento già individuati dalla Direzione Generale sia per le Aziende Sanitarie Locali sia per le Aziende Ospedaliere, sia per le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico.

LA SANITÀ PENITENZIARIA

... (omissis)

LA FUNZIONE DI RISK MANAGEMENT

Fulcro della funzione di risk management deve essere il risk manager aziendale che funge da catalizzatore e facilitatore delle attività la cui programmazione avviene in seno al gruppo di coordinamento per l'attività di gestione del rischio costituito in ogni Azienda Sanitaria, conformemente alla Circolare 46/San del 27/12/2004. È composto da figure in grado di coprire le necessità di informazione clinica, amministrativa, gestionale.

Le attività tipiche della funzione di risk management coprono alcune necessità specifiche e funzioni all'interno della struttura:

- definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio e delle situazioni incidentali;
- individuare le criticità più o meno latenti;
- individuare strumenti ed azioni (correttive e preventive), per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale definire strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura sostenere l'attività professionale di operatori sanitari e tecnici proporre ed attuare piani per contenere i costi assicurativi.

Nella Circolare regionale 46/SAN del 27/12/2004 è previsto, inoltre, il Comitato Valutazione Sinistri. Le funzioni che i due organismi devono svolgere sono integrate e tra loro coordinate in quanto, mentre il gruppo di coordinamento diventa il riferimento per tutta la gestione del rischio in azienda, il Comitato ristretto si occupa della specifica tematica relativa alla gestione dei sinistri. L'obiettivo che il Comitato Valutazione Sinistri deve perseguire è la minimizzazione dell'impatto economico del sinistro, fornendo un contributo alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale. Il coordinamento di tali attività, affidato al risk manager aziendale, diviene momento rilevante a supporto delle decisioni strategiche aziendali. L'organizzazione sopra prevista è da ritenersi valida sia per le Aziende Ospedaliere che per le Aziende Sanitarie Locali.

LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Con l'adozione della Legge Regionale n. 8 del 02/04/2007 è proseguito il percorso di semplificazione delle procedure inefficaci ai fini della tutela della salute, con il contestuale potenziamento, sia nei servizi alla persona che nella vigilanza e controllo, delle attività di dimostrata efficacia.

Sotto il profilo organizzativo ciò significa:

- valorizzare le professioni sanitarie di assistente sanitario e tecnico della prevenzione nell'ambiente e luoghi di lavoro, per le quali la riforma



universitaria ha previsto un corso di laurea triennale con una preparazione specificamente adeguata al fabbisogno operativo dei Dipartimenti di Prevenzione; tale valorizzazione sarà perseguita: individuando ambiti di autonomia operativa e responsabilità per tali figure; incrementando il rapporto numerico con le altre figure dirigenziali; prevedendo, nelle responsabilità di struttura, figure dirigenziali con laurea magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione;

- incrementare la strategia dell'integrazione interna (tra Servizi e Dipartimenti) ed esterna (con Comuni, Province, ARPA, ecc), con particolare riguardo alla realizzazione del Piano Integrato di vigilanza e controllo; ciò consentirà l'adeguato riconoscimento delle specializzazioni maturate in ciascuna disciplina ed insieme la razionalizzazione delle risorse, evitando duplicazioni e sovrapposizioni di inter-

vento nei medesimi ambiti e strutture oggetto di controllo.

Secondo tali linee strategiche dovranno essere riorientati i POA e, analogamente, essere utilizzati i contributi vincolati aggiuntivi assegnati alle ASL per la realizzazione dei Piani triennali di prevenzione e controllo.

VINCOLI ORGANIZZATIVI

... (omissis)

L'obiettivo è in definitiva un governo equilibrato del costo del personale di ogni azienda tenuto conto dei nuovi indirizzi programmatici, di quanto previsto nel PSSH 2007-2009, degli indirizzi di appropriatezza sui LEA e, infine, dell'equilibrio già raggiunto sulle unità operative complesse che non rilevano necessità di aumento ma di razionalizzazione verso eventuali nuovi indirizzi delle attività cliniche.

Il Commento di Stefano Citterio

Come Collegi Lombardi siamo stati ricevuti il 3 giugno dall'Assessore Bresciani e dal DG Sanità Dott. Lucchina per discutere di diversi argomenti tra cui l'aggiornamento dei POA.

In quella sede l'assessore e il DG Sanità hanno confermato la volontà della Regione di mantenere in essere i SITRA come definito dalle linee guida del 2003 che non si devono ritenere abrogate ma integrate dalle nuove indicazioni come hanno scritto in una successiva circolare Regionale indirizzata a tutte le Direzioni Generali.

Certo, ci aspettavamo anche qualche passo in avanti nel definire esplicitamente il SITRA almeno come struttura complessa articolata in più strutture semplici data la complessità e ampiezza del governo che viene affidato a tale struttura.

Abbiamo ribadito l'utilità di "superare" la logica del SITRA mediante l'istituzione del Dipartimento delle Professioni Sanitarie. I tempi, almeno per gli infermieri, mi sembrano maturi. Ciò è teoricamente ancora possibile dentro la dinamica di costruzione del POA nelle singole Aziende.

Abbiamo chiesto uno sforzo per dare corso a quanto definito nel recente DPCM relativo alla possibilità di istituire i concorsi di ruolo per i dirigenti unici della professioni sanitarie.

L'incontro Regionale è proseguito discutendo circa i recenti accordi sulle RAR evidenziando che non possono essere ritenuti risolutivi dei problemi di salario degli infermieri pur riconoscendo lo sforzo economico che ha fatto la Regione.

Abbiamo riscontrato una disponibilità da parte della Regione a ricevere progetti o proposte per affrontare le criticità della professione come l'incremento delle iscrizioni ai corsi, la bassa ricettività da parte delle Università che non incrementano i posti disponibili, per la valorizzazione economica e organizzativa degli infermieri.



Particolare attenzione ai recenti posti messi a disposizione dal MIUR per i corsi di Laurea dove, ancora una volta la Lombardia risulta penalizzata. L'assessore ha confermato l'impegno di mantenere aperto il dialogo con le Università per aumentarne la ricettività.

La Regione ha confermato l'apertura di tre tavoli tecnici (aperti anche alle altre professioni sanitarie) per discutere di Dirigenza e SITRA, di formazione e di libera professione. Speriamo sia un buon inizio di dialogo e apertura al confronto.

Tornando al documento, dalla sua lettura, emerge anche una preoccupazione (forse reale) di evitare la moltiplicazione dei dipartimenti e delle strutture complesse (viene infatti definito il limite numerico delle strutture e di dipartimenti in essere al 31 marzo, così come il vincolo dei Posti letto).

Viene data rilevanza al settore dei sistemi informativi aziendali in funzione dello sviluppo tecnologico e della diffusione dei sistemi informatizzati a tutti i livelli (SIS, cartelle informatizzate) così come nel paragrafo "prevenzione" viene citata esplicitamente la "valorizzazione delle professioni sanitarie" quale aspetto rilevante per l'organizzazione delle ASL (in questo caso).

Viene data rilevanza anche alla funzione del Risk Manager quale fulcro per lo sviluppo di tale funzione, sempre più significativa nella gestione complessiva delle strutture sanitarie.

Legge Quadro 3/2008 - Regione Lombardia

Con la legge quadro 3/2008 Regione Lombardia ha riorganizzato il sistema dei servizi sociali e socio-assistenziali sul territorio Governo della rete dei servizi e delle strutture sociali e socio-sanitarie.

Con la legge quadro 3/2008 il sistema dei servizi e delle strutture sociali e socio-sanitarie della Lombardia, pubbliche e private, residenziali, semiresidenziali e territoriali, viene organizzato e gestito, dal punto di vista legislativo, in un'unica rete regionale.

La legge quadro riordina e supera le disposizioni legislative che hanno sin qui regolato il settore (le leggi regionali 1/86, 1/00) in una prospettiva di razionalizzazione e semplificazione.

Si tratta infatti di ridistribuire sul territorio le competenze degli enti pubblici, delle istituzioni e del non profit in ambito sociale e sociosanitario con conseguenti vantaggi per i cittadini e consistenti risparmi per la Regione.

Tutto questo nel pieno rispetto e consolidamento dei principi di sussidiarietà, solidarietà e partecipazione, capisaldi delle attività di Regione Lombardia.

(Sul sito del collegio, nella sezione "news" trovi il testo della legge).





È evidente che...

22

L'assistenza infermieristica basata su prove di efficacia

*A cura di Caldera Luigia**

il fenomeno Evidence Based Medicine (EBM), ribattezzato in Italia "Medicina basata sulle prove di efficacia", si è largamente diffuso da quando, nel 1992, è comparso questo termine sulla prestigiosa rivista medica *Journal of American Medical Association (JAMA)*. Per meglio cogliere il significato e il pensiero sottesi all'EBM, è eloquente la definizione che Sackett (riconosciuto come "padre spirituale" dell'EBM) et al. (2000) forniscono:

"L'integrazione tra i migliori risultati della ricerca, l'esperienza clinica ed i valori dei pazienti".

Per MIGLIORI RISULTATI DELLA RICERCA si intendono la ricerca clinica incentrata sul paziente in relazione all'accuratezza ed alla precisione degli esami diagnostici, all'efficacia ed alla sicurezza delle pratiche terapeutiche, riabilitative e preventive, e i nuovi risultati derivanti dalla pratica clinica, che smentiscono quanto precedentemente accettato e che li sostituiscono con altri nuovi, più potenti, accurati, efficaci e sicuri.

Per ESPERIENZA CLINICA si intende la capacità di usare le abilità cliniche e la passata esperienza per identificare rapidamente lo stato di salute e la diagnosi di ciascun paziente. I rischi ed i benefici dei potenziali interventi ed i loro valori personali, nonché le aspettative.

Per "VALORI" DEI PAZIENTI si intendono le particolari preferenze, preoccupazioni ed aspettative che ciascun paziente esprime durante un colloquio clinico, che devono essere integrate nelle decisioni cliniche, cioè se esse possono essere utili al paziente. Quando questi tre elementi vengono integrati, Sackett afferma che tra medico e paziente si costituisce un'alleanza diagnostica e terapeutica che

ottimizza gli esiti clinici e la qualità della vita.

Sulla spinta del movimento dell'EBM, nasce nel 1996 l'Evidence Based Nursing (EBN), con l'analoga finalità dell'EBM, di facilitare cioè il passaggio da un'assistenza infermieristica basata prevalentemente sulla tradizione e l'esperienza ad un'assistenza infermieristica basata su un insieme di conoscenze di documentata efficacia, derivanti cioè da elementi oggettivi ed indiscutibili.

Per fare un esempio dell'applicazione di questi principi, si ricorda agli infermieri professionalmente meno giovani, la procedura per la prevenzione delle lesioni da pressione: massaggi energici sulla zona a rischio o arrossata utilizzando alcol saponato, rigorosamente preparato in reparto. Questa pratica è ormai da tempo abbandonata e dimenticata in favore delle indicazioni fornite da linee guida autorevoli che stabiliscono interventi di ben altra natura. Ma quali altre prestazioni assistenziali, che vengono quotidianamente svolte, hanno una solida base scientifica?

Non succede qualche volta di chiedersi quale sia il modo migliore per svolgerle, tenendo conto dei principi ispiratori dell'EBM?

Può far riflettere che solo una piccola parte di quello che viene fatto ogni giorno possiede almeno uno studio clinico ben disegnato a sostegno della sua utilità (Smith 1993).

Lo scopo di questo articolo è quello di approssicare l'argomento dell'EBN per conoscerlo e... non evitarlo, anzi, per comprendere ed apprezzare i risvolti positivi e le opportunità che offre agli infermieri nel migliorare l'assistenza ai pazienti.

Presumibilmente ora il pensiero corre subito al proprio contesto operativo e ad una pratica assisten-



ziale che forse è ancora immatura per sostenere il cambiamento che l'EBN propone. Si adducono, a giustificazione di ciò, la scarsità di tempo a disposizione per l'aggiornamento; la consistente quantità delle informazioni disponibili che aumentano in modo esponenziale; la disseminazione degli articoli relativi alla tematica di interesse, pubblicati su riviste ed annate diverse; la difficoltà di reperimento degli articoli stessi, spesso in lingua inglese e di difficile comprensione per la carenza di specifiche competenze nella loro valutazione (Lazzari 2000).

MA PERCHÉ GLI INFERMIERI DOVREBBERO OCCUPARSI DI EBN?

Per MOTIVI PROFESSIONALI: attuare interventi assistenziali basati sull'efficacia garantisce risultati sicuri. Una pratica professionale Evidence Based consiste infatti nell'uso coscienzioso, esplicito ed accorto delle migliori prove di efficacia attualmente disponibili quando si prende una decisione per la singola persona assistita. Ciò significa mettere al bando pratiche infermieristiche inutili, di non provata efficacia o addirittura dannose.

Per motivi di RESPONSABILITÀ ETICO-DEONTOLOGICA, assun-

ta nei confronti delle persone assistite. È dimostrato che le persone che ricevono interventi basati sulla ricerca hanno un'attesa di esiti migliori superiori del 28% rispetto a coloro che ricevono un'assistenza di routine. Così come si ottiene un miglioramento statistico dell'assistenza introducendo linee guida. Nella maggior parte dei casi invece le prove di efficacia esistenti o non sono note, e quindi non vengono attuate, oppure, anche se conosciute, vi sono resistenze alla loro introduzione o vengono utilizzate solo dopo molto tempo nella pratica quotidiana (Si-roni e Baccin, 2006).

Un'altra motivazione è legata ad ASPETTI ECONOMICI: le risorse, per definizione scarse, impongono al personale sanitario di adottare soluzioni assistenziali efficaci ed efficienti: il raggiungimento cioè degli obiettivi previsti per la persona assistita (in termini di salute, benessere, sicurezza, prevenzione) con il contenimento dei costi. Le pratiche, spesso

anche costose, di dubbia o nulla efficacia sottraggono invece risorse che dovrebbero invece essere impiegate per interventi in grado di fornire benefici misurabili, quali quelli indicati dall'EBN.

E DOVE CERCARE ALLORA LE MIGLIORI PROVE DI EFFICACIA?

Tra le fonti di informazione tradizionali vi è la consultazione del COLLEGA ESPERTO, da sempre il riferimento più immediato per soluzioni sconosciute ai novizi e depositario di esperienza nel campo specifico; ciononostante è possibile il rischio di valutazioni e opinioni legate alla soggettività del collega e dunque a conclusioni non sempre scientificamente attendibili.

I TESTI ed i trattati di assistenza infermieristica, fondamentali per la formazione degli infermieri, presentano il limite di essere già superati al momento

della loro pubblicazione in quanto, dal momento della loro redazione alla divulgazione, trascorrono mediamente due anni e, poiché le informazioni invecchiano rapidamente, potrebbero contenere concetti superati.

Tra le altre fonti tradizionali vi è la LETTERATURA GRIGIA, ovvero gli atti di convegni e congressi

che approfondiscono specifiche tematiche assistenziali e le RIVISTE non indicizzate (cioè non catalogate negli archivi computerizzati, di cui si dirà più avanti) che sono numerosissime. Entrambe queste fonti propongono, sebbene non sia una loro prerogativa, studi evidence based. Il loro limite è che tali studi sono presentati senza la valutazione del rigore metodologico, senza la certezza di poter generalizzare i risultati ottenuti e di adottarli nella pratica, come invece avviene per le pubblicazioni secondarie.

La migliore fonte dove reperire le prove di efficacia è invece rappresentata dagli ARCHIVI COMPUTERIZZATI, attraverso i quali, utilizzando un sistema di parole chiave opportune, vengono richiamati tutti gli articoli che le contengono; si possono così ottenere il titolo e l'abstract che tratta l'argomento di interesse. Tra le banche dati principali si possono citare: MEDLINE, il database più utilizzato nel mondo tra



quelli del suo tipo, che censisce articoli dal 1966 ad oggi: contiene citazioni bibliografiche di circa 4000 riviste. Tra queste sono indicizzate anche due riviste infermieristiche italiane: "Professioni Infermieristiche" (rivista della Consociazione Nazionale Associazione Infermiere/i) e "Assistenza Infermieristica e Ricerca" (rivista del Pensiero Scientifico Editore);

CINAHL (<http://www.cinahl.com>), che raccoglie articoli di specifico interesse infermieristico dal 1982 ad oggi indicizzando articoli di circa 950 riviste infermieristiche internazionali che propongono studi di interesse professionale.

La consultazione e la ricerca su queste banche dati non è però priva di difficoltà poiché occorre aver acquisito conoscenze e competenze specifiche (dalla lingua inglese, all'informatica...).

Per ovviare a tutti i limiti che presentano le fonti sopraccitate, gli infermieri EBN oriented possono consultare le PUBBLICAZIONI SECONDARIE, ovvero una tipologia di riviste che propone abstract dettagliati su studi e revisioni pubblicati. Gli articoli, severamente selezionati da bibliotecari ed epidemiologi sulla base del rigore scientifico e dei risultati ritenuti presumibilmente validi, vengono sottoposti ad un gruppo di clinici esperti per la redazione di un commento allo studio. Tra queste riviste va ricordata Evidence Based Nursing, che è una delle riviste internazionali più autorevoli sulle prove di efficacia per l'assistenza infermieristica.

Il "commentatore" degli articoli, selezionato tra un gruppo di esperti e competente sia di ricerca sia di clinica, fornisce indicazioni sul grado di sicurezza dei risultati e se questi si possono applicare alla pratica e a quali pazienti: lo scopo è quello di aiutare gli infermieri ad applicare i risultati della ricerca nella pratica.

Un altro strumento utile agli infermieri EBN oriented sono le linee guida, definite: "raccomandazioni di comportamento clinico elaborate attraverso la revisione sistematica della letteratura e le opinioni di esperti allo scopo di aiutare i medici e i pazienti nel decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche circostanze cliniche. Hanno lo scopo di assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi assistenziali riducendo al minimo la variabilità delle decisioni cliniche.

La loro elaborazione richiede il rispetto di tre elementi fondamentali:

- la **MULTIDISCIPLINARIETÀ**, ovvero la partecipazione di rappresentanti di più discipline, che evita i rischi di autoreferenzialità, facilita per questo motivo la sua accettazione ed implementazione nelle équipes di lavoro e garantisce il coinvolgimento dei rappresentanti dei pazienti tenendo in considerazione il loro punto di vista.
 - la **RICERCA SISTEMATICA DI PROVE DI EFFICACIA**, che viene effettuata dagli esperti del gruppo di lavoro con la consultazione delle banche dati biomediche e la raccolta, l'esame e la valutazione degli studi reperiti pertinenti all'argomento di interesse. Quest'ultima fase assume particolare rilevanza perché gli studi che vengono reperiti si caratterizzano per la diversa metodologia con cui sono condotti, esiste infatti una "gerarchia" lungo un continuum che considera, all'apice del rigore metodologico e quindi delle prove di efficacia, le **REVISIONI SISTEMATICHE** (systematic reviews O SR), una rassegna cioè di studi primari che tendono a comprendere tutti, o il maggior numero possibile, di studi esistenti in letteratura relativi a un certo quesito di ricerca. Vengono qui dichiarati esplicitamente gli obiettivi che si sono intesi raggiungere, i materiali e i metodi utilizzati, secondo una metodologia esplicita e riproducibile; spesso i risultati dei singoli studi vengono trasformati, mediante un'elaborazione statistica, in un unico risultato complessivo (**METANALISI**).
- Per fare un esempio, esiste una SR realizzata da "The Joanna Briggs Institute" nel 1998 relativa all'argomento della prevenzione della mucosite delle persone sottoposte a radioterapia. Questa raccoglie tutti gli studi disponibili, svolti fino ad allora, che hanno indagato l'efficacia dei diversi metodi per prevenirla o trattarla, mettendoli a confronto ed identificando quelli più validi (es. sciacqui del cavo orale 4 - 6 volte al giorno con allopurinolo e crioterapia per le persone assistite a cui si somministra 5FU) e quelli con dubbia o nulla efficacia (clorexidina, sucralfato, betacarotene, vitamina E).
- Tra gli studi ritenuti maggiormente significativi vi sono i **TRIAL RANDOMIZZATI E CONTROLLATI** (Randomized Controlled studies o RCT), poiché rappresentano il modo migliore per valutare un intervento, per esaminare una possibile



causa-effetto fra variabili o per confrontare interventi differenti.

Un esempio può essere uno studio per confrontare due diverse modalità di medicazione delle ferite, riguardo alla facilità di applicazione e rimozione, alla capacità di assorbimento...

I soggetti che rientrano nei criteri di inclusione precedentemente definiti (età, patologia...) ed acconsentono alla partecipazione, sono attribuiti, a caso, ad uno dei due gruppi.

Questo tipo di ricerche possono essere fatte "a cieco", quando cioè i partecipanti non sanno a quale gruppo appartengono. Lo studio può essere condotto anche a "doppio cieco", quando anche i medici ricercatori non sanno a quale gruppo appartengono i pazienti; a "triplo cieco" quando neppure gli elaboratori dei dati sono a conoscenza delle modalità sperimentali.

- La GRADAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI: sulla base degli studi presi in esame e sulla loro gerarchia, vengono tratte delle raccomandazioni di comportamento che sono indicate con diversi gradi. Il grado che viene assegnato esprime la probabilità che, se la raccomandazione viene messa in pratica, verrà ottenuto il risultato clinico previsto.

Ad esempio, nelle linee guida relative alla precauzioni per la trasmissione delle infezioni e l'isolamento, i Centers for Diseases Control (CDC) di Atlanta raccomandano (categoria I) il lavaggio

delle mani dopo il contatto con sangue, fluidi corporei o escrezioni, cute non integra o medicazioni. Tale raccomandazione è fortemente raccomandata per l'applicazione perché è fortemente supportata da studi sperimentali, clinici o epidemiologici ben disegnati (esempio RCT).

Nelle medesime linee guida si raccomanda al personale sanitario di lavare la mani se durante l'assistenza alla persona assistita si tocca una parte del corpo contaminata e una non contaminata. Questa raccomandazione è però di categoria II, si limita infatti a suggerirne l'attuazione in quanto supportata da studi clinici o epidemiologici che, a loro volta, lo suggeriscono o da motivazioni teoriche.

Alla luce di quanto sopra esposto, è evidente che gli infermieri devono possedere uno spirito critico nei confronti della propria pratica professionale, così come è necessario acquisire la capacità di ricercare, valutare ed applicare le migliori prove di efficacia, nonché essere disponibili ad implementare linee guida. Sicuramente l'accesso alla formazione a distanza e la diffusione di corsi per acquisire abilità nella ricerca nelle banche dati di interesse infermieristico ha avvicinato gli infermieri all'EBN, stimolandoli per i contenuti proposti e nonché per la possibilità di acquisire crediti per il programma di educazione continua in medicina. In assenza dello sviluppo di queste conoscenze/competenze/attitudini, è impossibile per le organizzazioni sanitarie fornire "la migliore assistenza, basata sulle migliori prove di efficacia".

BIBLIOGRAFIA

1. Benetton M. (2002) Il nursing basato su prove di efficacia: Evidence Based Nursing. Scenario 19 (4): 4-8
2. Casati M., Lazzari G. (2000) Evoluzione e rilevanza dell'evidence based nursing: aspetti concettuali e metodologici. Scenario 17 (3): 4-13
3. Hamer S., Collison G. (2002) Evidence based practice Assistenza basata su prove di efficacia. Milano: McGraw Hill
4. Hughes D. (2007) Life after the EBM workshop. Evid Based Med; 12: 162-3.
5. Lazzari G. (2000) L'Evidence Based Nursing. Scenario 17 (3): 4-7
6. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72
7. Sironi C., Baccin G. (2006) Procedure per l'assistenza infermieristica. Milano: Masson
8. Smith L. (1993) Filling the lacuna between research and practice: an interview with Michael Peckham. BMJ 1993;307:1403-7. Citato in Lazzari G. (2000) L'Evidence Based Nursing. Scenario 17 (3): 4-7





Ri... visti

26

Pubblichiamo l'articolo di Dott. Emilia Lauriola - Direttrice didattica S.C. Inf. Prof. IVREA, pubblicato sul Notiziario della Federazione Nazionale IPASVI del settembre 1965

Inf. Giuseppina Larghi
Inf. Antonella Peverelli***

Mi è stato concesso l'onore di esporvi alcune considerazioni sulla evoluzione delle Professioni Sanitarie Ausiliarie in rapporto alle strutture sanitario assistenziali del nostro Paese e precisamente del ruolo della Infermiera Professionale.

Quando tocchiamo questo tasto dobbiamo, anche senza volerlo, ritornare su un argomento che, già in precedenti discussioni, è stato sviluppato. Tornarci con la malinconia di chi deve constatare che nessun passo avanti è stato fatto.

Già nel Convegno Nazionale dei Direttori Sanitari di Ospedali e delle Direttrici delle Scuole Convitto, tenutosi a Pietra Ligure nel maggio del 1962, il Prof. Foltz, Sovrintendente degli Ospedali Riuniti di Torino, disse che gli sembrava di essere ritornato indietro nel tempo di oltre venti anni. Sentiva, infatti in quella sala gli stessi argomenti che già trattati, ricomparivano immutati a distanza di tanti anni.

Cosa intendiamo per Professioni Sanitarie Ausiliarie?

Secondo la definizione legislativa il gruppo delle Professioni Sanitarie Ausiliarie è costituito:

- dall'Infermiera Professionale;
- dall'Assistente Sanitaria Visitatrice;
- dalla Vigilatrice d'Infanzia;
- dall'Ostetrica.

Cominciamo ad analizzare la figura dell'infermiera professionale e cerchiamo di scoprire insieme quale e quanta importanza abbia avuto ed ha nella storia dell'assistenza.

Possiamo identificare la storia dell'assistenza con quella dell'umanità, la quale umanità che soggetta alle infermità e alla morte ha istintivamente dal suo nascere provveduto a difendersi dall'una e dall'altra.

Solidarietà, fraternità, pietà per la sofferenza degli altri, comprensione e rispetto per la persona malata, impulso a porgerle aiuto, carità in senso cristiano e quindi amore. Ancora oggi possono spiegare perché il medico e l'infermiera accettino di piegarsi sui dolori altrui, o di accostarsi, mai con ribrezzo, ma sempre con la più grande pietà alle crude miserie della carne altrui.

E tutto ciò avviene ancora, anche se oggi, il diritto alle cure, è sancito da leggi specifiche. Infatti l'articolo 32 della Legge Costituzionale dice: "la Repubblica tutela la salute come il fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti".

È sulla base di questa norma di diritto costituzionale che noi possiamo esaminare la struttura sanitaria esistente nel nostro Paese e di conseguenza il ruolo che l'infermiera professionale ha assunto.

Mentre fino a ieri la cura dell'evento morboso era considerata una faccenda individuale e al più, per coloro che non potevano provvedervi, cioè i meno abbienti, suppliva un'attività caritativa ed assistenziale organizzata, oggi, con la progressiva coscienza dei doveri, ma anche dei diritti speciali, il cittadino chiede alla società organizzata (Stato) la tutela anche contro l'eventuale morboso e tutte le Costituzioni degli Stati moderni riconoscono questo dovere.



Siamo passati così lentamente, dall'aiuto prestato volontariamente da un uomo al proprio simile, dalla famiglia ai suoi membri, dalle singole chiese ai suoi adepti, all'intervento inteso come "dovere" dell'intera collettività a favore degli "inalienabili diritti" dei singoli cittadini; siamo passati così dall'assistenza per beneficenza, al diritto previdenziale, alla medicina sociale. L'ospedale si è trasformato attualmente nell'elemento sovrano dell'assistenza sanitaria, nel luogo unico ed insostituibile per accertare e recuperare la salute, luogo in cui ciascuno, indipendentemente dalla propria condizione sociale ed economica, può usufruire delle crescenti risorse della medicina moderna per quanto riguarda la prevenzione e la terapia.

Cosa dunque mantiene ancora lontano dall'ospedale gli ammalati di ceti abbienti?

Certamente la mancanza di comforts e la deficienza dell'assistenza sanitaria.

Se l'ospedale avesse personale infermieristico professionale, come per legge, e camere un po' più confortevoli, si avrebbe da parte dei pazienti il superamento completo dei pregiudizi relativi all'assistenza nosocomiale riservata un tempo ai poveri, agli inguaribili, ai moribondi più che ai comuni ammalati.

Noi sappiamo che il problema dell'assistenza al malato è, al giorno di oggi, soprattutto un problema di qualificazione del personale infermieristico. Occorre che chi collabora col medico nell'assistere gli infermi sia all'altezza del compito affidatogli. Una Nazione se civile deve affrontare questo problema e deve tener presente che, nell'attuazione dei vari programmi, il problema dell'assistenza è certamente il più urgente, assolutamente indifferibile quanto è indispensabile. Giustamente Pasteur ha detto: "Il grado di civiltà di un popolo si misura dalle opere assistenziali che è capace di creare per l'umanità sofferente".

In Italia la riforma dell'assistenza infermieristica cominciò a prospettarsi nel secolo scorso, quando si capì la necessità di una adeguata preparazione del personale di assistenza, e non mancarono le iniziative di corsi di insegnamento, di scuole di formazione, che, però, rimasero piuttosto isolate e locali: realizzazioni di singoli Ospedali, di istituzioni varie e di persone dotate di particolare lungimiranza e grandezza d'animo.

L'inquadramento definitivo si ebbe solo con il R.D. del 15 Agosto 1925 n. 1832, col quale lo Stato ordinava: "l'istituzione delle Scuole Convitto per Infermiere Professionali e delle Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene e assistenza sociale per Assistenti Sanitarie Visitatrici". Legge che trasfusa negli articoli 130-138 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 27 luglio 1934, n. 1265 e applicata con R.D. 21 novembre n. 2330 è tuttora vigente.

Lo scopo delle Scuole era "impartire alle allieve, con unità di indirizzo e metodo scientifico tutte le nozioni teoriche e pratiche necessarie a ben esercitare e dirigere l'opera di assistenza diretta degli infermi in reparti clinici e ospedalieri".

Buoni erano i provvedimenti legislativi, lodevoli sia nelle intenzioni che nelle strutture, ma che non hanno risolto a 40 anni di distanza il problema!

Infatti non siamo molto lontani dal punto di partenza, se consideriamo che oggi le scuole convitto italiane, ospedaliere e non ospedaliere, antiche e recenti, grandi e piccole, fiorenti o meno sono quasi una ottantina, anche se a distanza di 13 anni da quel lontano 1925, agli ospedali di 1° categoria, con l'articolo 86 dell'ordinamento del 1938 fu dettato l'obbligo di fondare scuole convitto nel termine perentorio di 5 anni.

C'è purtroppo una grande carenza di personale qualificato e questa deficienza quantitativa si dimostra finora incolmabile, in rapporto al rapidissimo accrescersi del fabbisogno sociale.

In questo difetto quantitativo l'Italia figura con una delle punte estreme della depressione. Infatti da uno studio fatto nel 1960 (oggi i rapporti non sarebbero molto differenti) dall'Ufficio Internazionale del Lavoro si riscontrano delle indicazioni abbastanza eloquenti:

- in Germania esiste una percentuale di 26,4 I.P. per 1000 abitanti;
- in Danimarca esiste una percentuale di 32,2 I.P. per 1000 abitanti;
- in Irlanda esiste una percentuale di 31,5 I.P. per 1000 abitanti;
- in Gran Bretagna esiste una percentuale di 48,3 I.P. per 1000 abitanti;
- in Italia esiste una percentuale di 3,5 per 1000 abitanti.

Una voce quanto mai autorevole, quella della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS),



afferma che gli stessi progressi della scienza medica possono rimanere inoperanti nei confronti dello stato di salute della popolazione senza l'opera dell'assistenza sanitaria che sono le infermiere nelle varie specializzazioni.



Quali sono le cause allora di questa carenza di personale?

Se la professione infermieristica in Italia non rappresenta una meta invitante è soprattutto per il fatto che, nella compagine sociale, essa non ha raggiunto in dignità, prestigio e rendimento, le posizioni da tempo raggiunte all'estero come quelle che le competono nel mondo moderno.

Ancora poco tempo fa il compito dell'infermiera professionale si limitava quasi esclusivamente alle cure igieniche e alle pratiche di alcune tecniche sotto la responsabilità del medico.

L'evoluzione della medicina, delle tecniche mediche, gli strabilianti progressi della chirurgia e l'importanza delle ricerche scientifiche, hanno contribuito ad apportare un profondo cambiamento nelle funzioni dell'infermiera.

Essa purtroppo ha visto moltiplicarsi le sue mansioni, aumentare le sue responsabilità verso il malato che il medico, per mancanza di tempo, affida sempre più a lei e lei stessa non riesce talvolta a fronteggiare tutte le necessità del servizio.

Purtroppo però la preparazione delle future infermiere professionali continua a compiersi nei due anni di scuola convitto secondo le stesse direttive che erano giudicate valide e sufficienti allo scopo 40 anni fa.

Se c'è una disciplina il cui continuo progresso obbliga chi non voglia restare in arretrato con i tempi, a mantenersi diuturnamente al corrente con le nuove acquisizioni e scoperte che ci provengono da tutte le parti del mondo scientifico, questa è senza dubbio la medicina e per essa

trova la sua prima applicazione l'antico adagio latino: *"non progredi, id est regredi"*.

Ed è compito delle scuole convitto preparare quel personale che domani non sarà chiamato ad esercitare solo delle tecniche manuali, ma ad aiutare ed assistere una "persona umana". Quella persona umana che va considerata non solo nelle sue funzioni somatiche ma anche in quelle psichiche. Poiché è risaputo che un'alterazione organica

localizzata, comporta una sofferenza psichica che investe tutta la personalità dell'individuo.

Di qui l'importanza che chi assiste sappia comprendere le sue reazioni talvolta aggressive, i possibili stati di animo e tutti i problemi umano-sociali che la malattia può aver scatenato.

L'infermiera professionale è attualmente capace di affrontare e sostenere questa sua nuova posizione?

In genere possiamo dire che se l'infermiera è preparata al compito di assistenza e cura ai malati è molto meno preparata ad osservare le situazioni individuali e ad adeguare il suo comportamento

in vista di una azione educativa o per lo meno rassicurante.

... abbiamo bisogno di avere infermiere che vivendo a contatto diretto e continuo col malato, ne conoscano le necessità. Compito dunque arduo e complesso.

Abbiamo già accennato come le nuove leve oggi si

continuino a preparare su piani di studio vecchi di decenni con un indirizzo che non tiene ancora adeguatamente in conto il portentoso moltiplicarsi in ragione geometrica del tempo delle conoscenze in ogni settore...

Il titolo di studio richiesto, reso obbligatorio con la legge del 13-12-1956 n. 420, per l'ammissione alla scuola convitto è la licenza della scuola media inferiore di primo grado.

L'anno 1965 corrisponde a:

- Ad Urbe condita 2718
- Calendario cinese 4661-4662"

"I grandi successi nella musica:

- Beatles, HELP
- Mina, Studio Uno



Molti passi sono stati fatti in Italia per quel che riguarda l'istruzione generale, poiché la frequenza della scuola secondaria è obbligatoria, ci troveremo fra qualche anno di fronte a notevoli disagi in quanto non ci sarà più alcuna differenza fra i requisiti richiesti alle infermiere professionali e quelli delle infermiere generiche.

Come ovviare a questo inconveniente?

Cosa importante è la revisione dei programmi scolastici teorici, oggi ormai insufficienti.

L'insufficienza dei programmi è dimostrata dal fatto che tutte le Direttrici

di scuola, nel corso d'insegnamento, ritengono necessaria ed attuano una certa integrazione del programma per la preparazione delle allieve... Purtroppo questo non crea che confusioni. Infatti è difficile trovare due scuole che svolgano lo stesso programma.

Oggi all'infermiera professionale non è solo richiesto saper fare il letto e la pulizia personale del malato. Ma la conoscenza di tutto il materiale occorrente per la organizzazione ed il funzionamento di una sezione; guidare sapientemente ed energicamente il personale subalterno; conoscere l'uso di moderni e costosissimi apparecchi; svolgere pratiche terapeutiche che i medici molto spesso fanno eseguire alle infermiere.

È necessario perciò valorizzare la figura dell'I.P. talvolta confusa con quella dell'I.G.

Stiamo inoltre assistendo ad una ulteriore trasformazione che tende a fare dell'infermiera professionale secondo una recente definizione "una specialista clinica" e non come nel secolo XIX "la signora con la lampada".

Infatti la storica ed originaria dicotomia fra Medicina e Chirurgia si è ridotta oggi ad una obbligatoria spezzettatura di branche, per cui si è

Rassegna di alcuni film usciti nel 1965



- Il dottor Zivago (Capolavoro tratto dalla letteratura russa vincitore di 5 Oscar)



- La più grande storia mai raccontata (La vita di Gesù raccontata da George Stevens)

giunti alla specializzazione nella specializzazione con un moto centrifugo che ogni giorno cresce, e l'Ospedale segue queste tendenze di indiscutibile progresso assumendo, per quanto è possibile, I.P. con preparazione specialistica.

Da tutto ciò risulta evidente che una buona organizzazione sanitaria necessita di una grande, fitta rete di collaboratrici sul piano infermieristico. L'opera di ognuno deve trovare in quella degli altri il suo complemento, perché il buon risultato deriva dal lavoro di tutto il complesso, che deve funzionare in armonia di proporzioni e di ritmo.

La legge sanitaria del 1938 sull'ordinamento degli Ospedali aveva sancito l'obbligo di assegnare almeno una I.P. per ogni sezione ospedaliera (30 posti letto) ed una I.P. caposala per ogni divisione. Questo rapporto non più adeguato è andato modificandosi tenendo conto dei turni giornalieri e delle assenze, per cui l'articolo 26 della proposta di legge dice: allo scopo di assicurare l'assistenza immediata ad ogni divisione devono essere assegnate una I.P. abilitata con funzioni direttive con mansioni di caposala ed almeno una I.P. per ogni 20 malati.

A questo punto poniamoci un interrogativo: è vantaggiosa per voi l'istituzione di scuole per infermieri professionali?

Io penso di sì perché prima di tutto verrebbe risolto il problema dei tecnici dei nostri ospedali che attualmente sono reclutati fra gli infermieri generici, i portantini o individui completamente nuovi alla vita e ai problemi ospedalieri. In secondo luogo gli infermieri attualmente in servizio in corsia avrebbero una preparazione più adeguata, perché noi sappiamo che essi non adempiono servizi di bassa manualità, ma manovre tecniche



di grande importanza e delicatezza che eseguite con comprensibile riluttanza da una infermiera sono poi subite con profondo disagio dall'infermo.

Vi sono poi situazioni tali da sconsigliare l'assistenza di una donna a particolari malati (mentali) ove è necessario esplicitare una attività che richiede una vigoria fisica comune nell'uomo, ma difficilmente reperibile nella donna.

Mi piace terminare con quelle belle e delicate parole rivolte da PIO XII alle Direttrici di Scuole Convitto, ma che penso più si addicano ad ognu-



na di noi: *"Voi siete le pietose soccorritrici di Cristo nelle sue mistiche membra.*

Infermo, Egli è affidato:

- *nelle vostre mani materne,*
- *alla vostra femminile delicatezza,*
- *alla vostra pietà intelligente,*
- *alla vostra felice intuizione dei bisogni di ciascun male,*
- *al vostro cuore che sa e indovina come soffre nell'anima chi langue nel corpo".*

Roma, 15 maggio 1965

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

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

Agorà
Aperto all'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: "Scorcio dal lago"

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@ipasvicom.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.

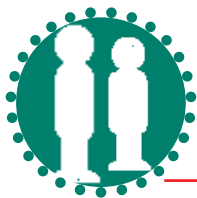
Se lo riterrà opportuno, il Comitato di Redazione proporrà delle modifiche che devono essere accettate dall'autore/i.

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@ipasvicom.it.

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





Non solo professionisti...

Un po' padroni e un po' servi

A cura di dott. Pierluigia Verga *

Mentre - in previsione della pausa estiva - faccio gli auguri di buone ferie agli infermieri, torno a pensare alle riflessioni emerse con tutti coloro che ho incontrato in questi mesi di formazione al Collegio di Como. I temi trattati in aula sono stati diversi. Il *"movimento del pensiero"* (così mi piace definire le considerazioni e gli interrogativi che si affacciano nelle giornate di lavoro) è stato talvolta tumultuoso e toccante, altre volte più sommo, e forse anche stanco... Sempre, però, emotivamente autentico, e intellettualmente onesto, ad ogni passaggio teso a rintracciare gli agganci possibili con la vita professionale. E con un interesse alla concretezza - valore, purtroppo, sempre più dimenticato - tipico di coloro che hanno a cuore la propria capacità realizzativa, vale a dire quell'insieme di competenze che permettono di incidere nella vita delle organizzazioni in cui ci si trova ad operare. Il rapporto dell'individuo con la propria organizzazione. Gli infermieri incontrati ne hanno parlato in modo esteso o solo con accenni: rispetto alla relazione con il gruppo o con l'istituzione, il quadro più frequentemente delineato è stato quello di una difficoltà a *"posizionarsi"*, a rintracciare delle coordinate per *"capire"* e orientarsi. Il lavoro è stato descritto come veloce, a volte frenetico. Tutto questo non solo dal punto di vista quantitativo, ma anche a causa di cambiamenti nelle richieste, nelle procedure, e nelle decisioni. Queste ultime tendenzialmente avvertite come piombate dall'alto, senza che venga percepita la benché minima possibilità di influenzare il corso degli eventi. L'*"organizzazione"* è a tratti vista così lontana tanto che - almeno in buona parte dei professionisti con cui si è lavorato al Collegio - si è addirittura persa l'abitudine di proiettare su altri responsabilità e pre-

sunte colpe. Cioè la consueta tentazione di *"chiarmarsi fuori"* da scenari in cui anche l'infermiere lavora e agisce a pieno titolo, non è *"accantonata"* soltanto per la forte capacità di rispondere in prima persona del proprio mandato: in altri casi, essa è inattiva perché sembra difficile identificare proponimenti, fili conduttori e relativi conducenti. Tutto ciò persino quando essi servirebbero per scaricarvi frustrazioni e vissuti fallimentari. Provo a immaginare i risultati possibili in questo stato di cose. L'impressione di questi mesi avuta con alcuni colleghi (gli infermieri - se me lo permettono - per me rimangono tali, anche se ora non mi occupo più di assistenza infermieristica) è stata quella di persone che si fanno totalmente carico di alcune questioni. Si tratta di individui che, magari non dichiaratamente, riconducono problemi e limiti operativi a proprie insufficienze, oppure a mancanze del gruppo professionale a cui appartengono. È come se non facessero mente locale all'ambito in cui sono inseriti, un sistema che talvolta aiuta, ma all'opposto, talora limita. Allora i sensi di colpa e l'affannarsi a diventare ciò che non si è o non si fa, più o meno consapevolmente pervadono vissuti e comunicazioni. In altri frangenti, invece, la sensazione provata ha riguardato situazioni di *"incistamento"* organizzativo: il contesto appare così inquieto e inqualificabile da inibire qualsivoglia iniziativa. Si sta dentro ai discorsi in modo muto e separato dal resto. Le nostre organizzazioni lavorative, di tanto in tanto, sono luoghi difficili da abitare. Le turbolenze sono continue e a volte non c'è tempo per pensare, o per staccarsi da un'operatività schiacciante che può deanimare. Il pericolo è quello di trovarsi in vuoti di pensiero che fanno perdere l'ancoraggio ai valori e ai comportamenti che da essi discendono: si reagisce anziché rispondere¹, e ci si difende piuttosto che dialogare. Per coloro che svolgono una professione

¹ La differenza fra i due verbi fa riferimento alla riflessione e alla ponderazione che solitamente fanno parte della capacità di produrre risposte. Quando si risponde, cioè, si medita e si calibrano significati ed espressioni. Allorché si reagisce, invece, domina la fretta e l'impulsività.



d'aiuto, atteggiamenti del genere inficiano il livello della prestazione offerta e fanno sentire continuamente lo scarto fra ciò che si vorrebbe realizzare e quanto si può solo attuare, nonostante vincoli e nodi. Tutto questo con il senso di frustrazione tipico di professionisti - gli infermieri - tradizionalmente abituati a una razionalità ordinata, lineare e, soprattutto, abitualmente sotto controllo. E con continue prove di governo di flussi e riflussi. Questi tentativi, seppur ragionevoli, sono spesso ardui e vani, in particolar modo se intrapresi con l'esigenza di "definire" e "risolvere", magari anche a prescindere dal contesto. Attualmente non è la capacità di stabilizzare e tracciare contorni quella che rende facile la vita nelle nostre organizzazioni: inevitabilmente essa prefigura destini professionali fallimentari e frustranti. Oggi nei nostri posti di lavoro - ma anche nel mondo in cui viviamo - è importante familiarizzare con sistematizzazioni temporanee, con "cerchi che si chiudono" ma che potrebbero riaprirsi, con problemi risolvibili solo a patto di impegnarsi in un presidio continuo.

Le potenziali tristezze e de-afezioni tipiche degli operatori dei Servizi - certamente non solo gli infermieri - possono spiegarsi anche alla luce di questo registro organizzativo assai modificato da circa quindici anni a questa parte. Ad ambienti prevedibili e a velocità di crociera si sono sostituiti percorsi sempre nuovi, a carattere "aziendale", dotati - almeno teoricamente - di intraprendenze e movimenti svelti, a tratti persino frettolosi. Scrive Manoukian² che i decreti legislativi 502/517, quelli che in sostanza hanno riformato in senso imprenditoriale lo stato dei Servizi socio-sanitari, lungi dal semplificare, hanno aggiunto ulteriori contenuti al "metabolismo professionale" dei lavoratori, già talvolta occupato da tentativi di sintesi impegnativi: "I cambiamenti strutturali e culturali che dovrebbero rendere l'azienda più efficiente vengono proposti o imposti agli operatori come precetti che si sovrappongono alle annose difficoltà della cooperazione tra diverse figure professionali, della densità emotiva e relazionale intrinseca al lavoro, dell'assenza di iter di sviluppo di carriera, della comunicazione con capi non sempre compe-

teni rispetto alle funzioni che dovrebbero svolgere: diventano problemi che si aggiungono ai problemi"³. Nella sanità, come del resto in tutto il mondo aziendale, gli spazi sono pervasi da movenze più o meno immaginabili e più o meno governabili. In un simile panorama non credo sia opportuna la pretesa di controllare sempre tutto. Se si tratta di onde anomale forse è meglio fermarsi. Senza mai perdere la capacità di pensiero, ma senza nemmeno ambire ogni volta al timone e alla propria rotta. Nel suo racconto "Il padrone e il lavorante"⁴, Tolstòj ci regala una bella allegoria del modo in cui è possibile relazionarci a ciò che è più grande e più forte di noi: egli confronta l'atteggiamento del padrone e del suo servo Nikita di fronte alla turbolenza massima, quella della tempesta di neve (forse la vita?) che entrambi affrontano durante una notte in cui si spostano su una slitta trainata da un robusto cavallo. Il padrone che è un intraprendente mercante, deve concludere un affare in una vicina località: l'acquisto di un bosco che non vuole lasciare ai concorrenti. Durante il viaggio la bufera peggiora; smarriscono la via, finché, al calar della notte, restano bloccati in una gola dove vengono lentamente sepolti dalla neve. Come vuole l'usanza, innalzano una specie di bandiera in cima a un palo perché il giorno seguente li si possa dissepellire. Per quanto possibile, il mercante rimane attivo fino alla fine: sogna tutto ciò che è riuscito a compiere e tutto quello che dovrebbe ancora fare, e quando si accorge che il suo servo sta assiderando, si distende sopra di lui per tenerlo al caldo sotto la sua pesante pelliccia. Lentamente si addormenta e muore per il freddo. Nikita, il lavorante, invece si abbandona senza ribellarsi: la vita gli ha riservato molto lavoro, fatica e oppressione, ma in compenso non gli ha destinato alcun compito o scopo, e la morte non provoca in lui alcun sgomento o terrore. Proprio grazie a questa sua resa, egli accetta la protezione offertagli dal corpo e dalla calda pelliccia del padrone, e si salva.

Buone vacanze a tutti, allora.

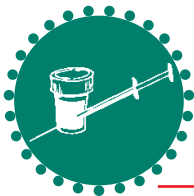
Pensandoci un po' padroni e un po' servi.

² F. Olivetti Manoukian, *Produrre Servizi - Lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna 1998

³ *Ibidem*, pg. 33

⁴ *Il Padrone e il lavorante*, in L. Tolstòj, *Il Sogno del Giovane Zar e altri racconti*, Oscar Classici Mondadori, Arnoldo Mondadori Editore, Milano 2003





Infermieristica e Cure complementari

La disciplina del Reiki

*A cura di Diego Castiglioni**

Il Reiki è una disciplina di origine giapponese, legata alla figura del suo fondatore il Dott. Mikao Usui, che dal 1922 introdusse la pratica e la diffusione di questo sistema di guarigione e crescita personale.

La parola Reiki viene tradizionalmente utilizzata per indicare quell'energia che è naturalmente presente in natura e in ogni essere vivente e a cui le antiche discipline orientali attribuivano una fondamentale importanza per la nostra salute e il nostro benessere.

Secondo l'approccio orientale le cause del disagio e della malattia sono sempre attribuite ad un disequilibrio o ad una mancanza di questa energia vitale.

Reiki è quindi un metodo per la cura naturale della persona, che opera tramite il riequilibrio dell'energia vitale presente in ognuno di noi come sistema di guarigione.

Durante i corsi di Reiki, grazie ad una serie di trattamenti energetici (armonizzazioni) che ripristinano il naturale passaggio di questa energia vitale attraverso il nostro corpo, ritorniamo ad essere nuovamente in grado di fruire di questa energia.

Possiamo quindi far scorrere questa energia su noi stessi o sugli altri, rimuovendo i blocchi energetici ed attivando un processo di riequilibrio che interessa tutte le parti del nostro essere. È adatto sia a chi intende stimolare la propria autoguarigione, e a coloro che hanno intenzione di intraprendere un percorso di crescita personale.

Non sono necessarie capacità particolari per praticare questa tecnica ed è sufficiente partecipare ad un corso di primo livello per essere in grado di applicarla efficacemente per sé e per gli altri. La sua semplicità ed efficacia le hanno permesso in pochi decenni di raggiungere un'enor-



Mikao Usui
Fondatore della disciplina

me diffusione ed oggi viene praticata, nelle sue varie forme e stili, da milioni di persone in tutto il mondo.

I TRATTAMENTI DI REIKI

Durante un trattamento l'operatore trasmette l'energia di Reiki e la indirizza verso chi la riceve. Questa trasmissione non invasiva dell'energia vitale, avviene attraverso le mani dell'operatore che, attraverso il semplice contatto o la prossimità delle mani sul corpo, la indirizza in particolari punti, favorendo così lo scioglimento dei blocchi energetici e stimolando i naturali processi di guarigione.

Il trattamento di Reiki stimola le nostre capacità



di autoguarigione, in quanto ripristina l'equilibrio energetico all'interno del corpo, agendo a livello fisico, emotivo e mentale.

L'energia che fluisce nel corpo in modo armonioso è alla base della salute psicofisica dell'individuo.

Reiki attenua i sintomi della malattia e gli eventuali effetti collaterali legati alla somministrazione di farmaci, oltre ad essere di sostegno nel controllo del dolore.

È un approccio armonico e molto delicato, che solitamente induce un profondo stato di rilassamento e benessere, portandoci serenità, equilibrio ed armonia.

Reiki è uno strumento semplice, sempre facilmente utilizzabile e privo di effetti collaterali o controindicazioni.

Il metodo e le tecniche di Reiki utilizzate



dall'Associazione Culturale "Sorgente di Luce" sono quelle Tradizionali Giapponesi, così come ci sono state tramandate direttamente, secondo la discendenza originale.

* Presidente "Associazione Culturale Sorgente di Luce" Vicenza

Dal 15 Maggio in vigore il nuovo Testo Unico sulla Sicurezza

È stato pubblicato sul supplemento ordinario n. 108 alla Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008, il Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, il Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, che attua l'art. 1 della Legge n. 123 del 3 agosto 2007. Entrano così in vigore, con la contestuale abrogazione delle norme sancite dallo storico D.Lgs. 626/1994 e provvedimenti satellite, le nuove regole per la sicurezza dei lavoratori dettate dal D.Lgs. 81/2008 secondo il programma seguente:

- 15 maggio 2008: aspetti generali
- 28 luglio 2008: nuovi obblighi di valutazione dei rischi, previsti dagli artt. 17, comma 1, lettera a) e 28, nonché le altre disposizioni in tema di valutazione dei rischi, che ad esse rinviano e le relative procedure sanzionatorie
- 26 aprile 2010: disposizioni relative alle radiazioni ottiche artificiali
- 20 aprile 2012: disposizioni relative ai rischi di esposizione a campi elettromagnetici.

Il nuovo decreto legislativo è composto da 306 articoli (suddivisi in 13 titoli) e da 51 allegati tecnici.

Il testo del Decreto è visionabile sul sito: www.parlamento.it/leggi/deleghe/08081dl.htm

notizie in pillole
a cura di Stefano Citterio





- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali **www.assr.it**
- Istituto Superiore di Sanità **www.iss.it**
- Istituto Superiore per la Prevenzione E Sicurezza del Lavoro (ISPESL) **www.ispesl.it**
- ANLAIDS onlus - Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS **www.anlaids.it**

ALL'ESTERO - SITI INTERNAZIONALI

- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) **www.who.int**
Uffici Regionali (OMS):
- **www.afro.who.int/** Regional Office for the Americas/Pan American Health Organization (AMRO/PAHO)
- **www.emro.who.int/** Regional Office for Europe (EURO)
- **www.searo.who.int/** Regional Office for South-East Asia (SEARO)
- **www.wpro.who.int/** Regional Office for the Western Pacific (WPRO)

UNIONE EUROPEA

- Unione Europea (UE) europa.eu/index_it.htm - 50k

SITI DEI MINISTERI DELLA SANITÀ IN EUROPA STATI MEMBRI DELLA UE

- Austria: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (tedesco) <http://www.bmsk.gv.at/>
- Belgio: Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement (olandese, francese, inglese) https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512451&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_back_url=https%3A%2F%2Fportal.health.fgov.be%2Fportal%2Fpage%3F_pageid%3D56%2C512460%26_dad%3Dportal%26_schema%3DPORTAL
- Danimarca: Sundheds Ministeriet / The Danish Ministry of Health (danese, inglese) <http://www.sum.dk/sum/>
- Finlandia: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö / Ministry of Social Affairs and Health (finlandese, inglese, francese, tedesco) <http://www.vn.fi/stm/fi.jsp>
- Francia: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et du Secrétariat d'Etat à la Santé (francese) <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/>
- Germania: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) / Federal Ministry of Health (tedesco, inglese, francese) <http://www.bmg.bund.de/>
- Grecia: Hellenic Republic Ministry of Health and Welfare (greco) **www.mohaw.gr**
- Irlanda: Department of Health and Children (inglese) <http://www.dohc.ie/>
- Lussemburgo: Ministère de la Santé (francese) <http://www.ms.etat.lu/>
- Olanda: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Ministry of Health, Welfare and Sport (olandese, sezione internazionale in inglese) <http://www.minvws.nl/>
- Portogallo: Ministério da Saúde (portoghese) <http://www.min-saude.pt/portal>
- Regno Unito: Department of Health (inglese) <http://www.open.gov.uk/doh/dhhome.htm>



- Spagna: Ministerio de Sanidad y Consumo (spagnolo) www.msc.es/
- Svezia: Ministry of Health and Social Affairs - The National Institute of Public Health (svedese, inglese) <http://www.social.reningen.se/inenglish>

SITI SANITARI DEGLI ALTRI PAESI EUROPEI

- Croazia: Ministry of Health (croato, inglese) http://www.miz.hr/e_index.htm
- Estonia: RIIGI RAVIMIAMET - State Agency of Medicines (estone, inglese) <http://www.sam.ee/>
- Islanda: Ministry of Health and Social Security (islandese, inglese) <http://brunnur.stjr.is/interpro/htr/htr.nsf/pages/front>
- Malta: Health in Malta (inglese) <http://www.health.govmt>
- Norvegia: Social and Health Department (ODIN) (norvegese, inglese, tedesco) <http://odin.dep.no/shd/>
- Repubblica Ceca: Ministerstvo zdravotnictví CR / Ministry of Health of the Czech Republic (ceco) <http://www.mzcr.cz/>
- Russia: Russian Ministry of Health: Public Health Institute (russo) <http://views.vcu.edu/views/fap/medsoc/medsoc.htm>
- Turchia: Ministry of Health (turco) <http://www.saglik.gov.tr/>

http://web.tiscali.it/info_infermiere/

Professione infermiere: sito dedicato a questa meravigliosa professione; uno spazio nato per comunicare ogni genere di informazione e novità riguardanti la figura dell'Infermiere e del suo mondo.

Scopo principale del sito è poter dare a tutti - non solo quindi ai professionisti del settore - notizie riguardanti sia gli aspetti legislativo sanitari sia di rassegna stampa, affiancate ad una analisi critica degli avvenimenti riguardanti la nostra disciplina in questo difficile momento storico di carenza di personale, con una sezione d'opinione e forum al fine di creare una banca dati in grado di fornire un ampio panorama del mondo infermieristico, evidenziando quali possano essere le problematiche da risolvere rispetto alle future prospettive di questo lavoro in continua evoluzione.

Non manca poi la sezione dedicata agli studenti universitari - futuri infermieri - con links e news dei corsi.

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

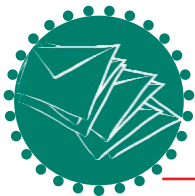
Elenco esercizi commerciali convenzionati con il Collegio IPASVI di Como

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
LGM SANITARIA DI LA Greca Massimiliano Via Fratelli Cervi, 2 – Cermenate Tel. 031/722630 – 393/7497426	Sconto del 10% su tutti i prodotti commercializzati con esclusione di quelli già in promozione	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como





Posta e risposta

a cura di Stefano Citterio

D: Egr. Presidente, vorrei porre alcune domande sulle attività e limiti degli infermieri, visto che intendo avvalermene per una associazione di volontariato.

Prima domanda: un infermiere che svolge la sua attività professionale in svizzera, per poter operare in Italia (intendo prestazione professionale in ambito volontariato) deve essere iscritto alla Vostra Federazione? Se sì, quanto viene a costare la prima iscrizione (documentazione da produrre) ed il successivo rinnovo?

Seconda domanda: alcuni infermieri, mi dicono che l'iscrizione alla Federazione, prevede anche (mi si corregga se sbaglio) la possibilità di attivare coperture assicurative. In questo caso, quali tipi di assicurazioni vengono attivate ed il costo? Responsabilità civile, infortuni etc.

Terza domanda: Nel caso di infermiere regolarmente iscritto, con coperture assicurative attivate, l'assicurazione risponde anche nel caso l'infermiere operi come volontario della nostra associazione a domicilio del paziente?

Quarta domanda: quali rischi copre la/e Vs assicurazioni? Ad esempio nel caso malaugurato che un infermiere nel compiere attività professionale a domicilio del paziente, contrae malattia infettiva (anche grave) è coperto?

R: Egr Signore, rispondo volentieri alle sue domande rimandando al sito del Collegio www.ipasvi.como.it per gli approfondimenti.

1) per l'esercizio della professione infermieristica in Italia è obbligatoria l'iscrizione all'albo professionale tenuto dal Collegio Provinciale di residenza, non importa se solo in forma di volontariato. Riguardo ai documenti e le quote consulti il sito dove trova i moduli e la documentazione richiesta. La quota annuale di iscrizione è di 70 euro ma alla

prima iscrizione vi sono anche le tasse governative. Per chiarimenti può anche contattare telefonicamente la segreteria del collegio al numero 031/300218;

2) e 3) sempre sul sito del collegio nella sezione bacheca trova la voce polizze assicurative dove vengono illustrate le due possibilità ad oggi presenti: una polizza predisposta dalla Federazione Nazionale IPASVI (48 euro/anno) sulla responsabilità civile e un'altra polizza predisposta dal nostro collegio di Como e riservata ai propri iscritti sulla responsabilità civile e tutela legale (25 euro/anno).

Troverà le caratteristiche delle polizze (massimali, condizioni,...). Entrambe coprono la responsabilità professione nell'esercizio professionale indipendentemente dalla tipologia di contratto (pubblico privato, Libera professione, volontario...)

4) Le polizze previste non tutelano i rischi professionali ma solamente la responsabilità professionale verso terzi.

Una ultima annotazione per gli infermieri che intendono collaborare con voi. Ricordo che il Codice deontologico dell'Infermiere (che trova sul sito nella sezione legislazione) all'articolo 3, comma 5 regola il volontariato infermieristico ritenendolo possibile solo se occasionale.

Cordialità

INFERMIERI E OSS

D: Buongiorno, sono un'infermiera professionale e lavoro in un'unità di chirurgia generale e urologia. Vorrei sapere se è legale mettere in turno un'infermiera professionale solo con un OSS.

I nostri posti letto sono 35 e la maggior parte degli interventi che abbiamo sono di chirurgia maggiore e a volte capita che abbiamo delle urgenze.

Come tutelarsi in questo caso se si è in turno solo con un OSS?

Invio i miei ringraziamenti e resto in attesa di una vostra pronta risposta.



R: Gentile Collega,
I riferimenti da considerare in questo caso sono diversi.

Da un lato la normativa relativa all'accreditamento istituzionale, cioè quel sistema di requisiti che occorre possedere per effettuare prestazioni sanitarie, che, se esaminiamo una unità operativa del genere, prevede 120 minuti di assistenza/die per ogni paziente ricoverato. Di conseguenza considerando il totale del personale assegnato (compreso il 50% delle ore lavorate dagli OSS) va verificato se si garantisce tale "livello minimo"?. Se si è sotto tale livello si viola la legge altrimenti no. Le Aziende Sanitarie pubbliche e private accreditate hanno facoltà di superare tale livello minimo, mentre hanno l'obbligo di non scendere al di sotto.

È chiaro che se vogliamo considerare il problema da un punto di vista professionale l'accreditamento non è sufficiente a spiegare la situazione. Occorre esaminare il carico effettivo di lavoro attribuito, utilizzando o implementando una metodologia per valutarlo (magari è già stato fatto da chi ha deciso questa distribuzione del personale sui tre turni).

Altro aspetto "legale" riguarda invece il rispetto delle competenze di tutti gli operatori coinvolti (Infermieri e OSS) che spetta innanzitutto al professionista infermiere che può tutelarsi innanzitutto approfondendo le competenze dell'OSS, contribuendo ad elaborare protocolli, linee guida e istruzioni operative relative alle attività degli OSS (ma anche per quelle infermieristiche). È possibile suggerire al Coordinatore della U.O./responsabile del SITRA di stendere un piano di attività giornaliero degli OSS, e di collaborare alla stesura delle strategie per ridurre alcune attività improprie e da utilizzare in caso di urgenze e/o emergenze sovrapposte (es. chiamare il collega della U.O. vicina, prevedere uno o più operatori Jolly su più U.O., attribuire ad altri operatori il trasporto dei campioni urgenti, informatizzare alcuni processi, utilizzare il personale in pronta disponibilità,..) il tutto in coerenza con la situazione organizzativa complessiva della struttura.

Cordiali saluti.

CONSERVAZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

D: Sono un Infermiera che lavora in una RSA comunale; mi occupo dell'archiviazione dei documenti. Per quanti anni devono essere conservate

le cartelle e consegne infermieristiche (c'è una normativa di riferimento)?

R: Gentile Collega, la conservazione della Cartella Clinica, cui la cartella infermieristica fa parte integrante, è illimitata.

Per ulteriori approfondimenti consulta il manuale della Cartella Clinica recentemente rivisto dalla Regione Lombardia, che contiene tutti i riferimenti normativi e le specifiche su ciò che hai chiesto. Saluti.

PER SEMPRE CAPOSALA?

D: Sono una Caposala che lavora presso una struttura privata accreditata. È possibile lavorare sempre nello stesso posto non più come capo sala ma come infermiera? In struttura mi hanno detto che non si può.

R: In generale secondo il contratto di lavoro (anche se bisognerebbe approfondire quello di riferimento) occorre svolgere le mansioni per cui si è stati assunti e per le quali si riceve la retribuzione conseguente (tranne nel caso di certificati motivi di salute e secondo un procedura articolata).

Se l'Azienda accoglie la sua richiesta le rimane l'indennità di coordinamento parte fissa, mentre non percepirà più quella variabile. Altrimenti deve ipotizzare una riassunzione come infermiera senza perdita di continuità di servizio. Per approfondire la questione le consiglio di consultare un sindacato.

MASTER IN COORDIANAMENTO E CERTIFICATO AFD

D: Sono una AFD, ho da porre una chiara domanda: In riferimento al nuovo contratto che prevede all'art. 4 "1. Ai sensi di quanto previsto dalla L. n. 43/2006 (relativamente alle funzioni di coordinamento), nonché dall'Accordo Stato-Regioni del 1.8.2007, a far data dall'entrata in vigore del presente contratto, ai fini dell'affidamento dell'incarico di coordinamento di cui all'art. 10 del CCNL 20.9.2001, Il biennio economico, è necessario il possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'Università ai sensi dell'art. 3, comma 8 del regolamento di cui al Decreto del Ministero dell'Università e della ricerca scientifica e tecnolo-



gica 3.11.1999, n. 509 e dell'art. 3, comma 9 del regolamento di cui al Decreto del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca del 22.10.2004, n. 270, nonché un'esperienza professionale complessiva nella categoria D, compreso il livello economico Ds, di tre anni.

2. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, di cui all'art. 6, comma 5 della L. 43/2006, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido ai fini dell'affidamento delle funzioni di coordinamento di cui al comma 1.

PUÒ UN AZIENDA DIFFERENZIARE CON DIVERSO VALORE UN TITOLO AFD DA UN TITOLO UNIVERSITARIO DI MASTER I LIV.?

PUÒ PREFERIRE UN OPERATORE AD UN ALTRO SOLO PER LO STESSO TITOLO UNIVERSITARIO?

Grazie

R: Gentile Collega,

è chiaro che essendo i due titoli di studio equiparati (come ha indicato correttamente nella norma che ha citato) costituiscono identico requisito per ulteriori progressioni di carriera.

Occorre chiarire cosa intenda lei per "differenziazione".

Esempio: le selezioni interne (es. per una nuova posizione di coordinamento) prevedono una valutazione basata non solo sul requisito di ingresso (che è identico anche se un candidato ha il master in coordinamento e l'altro l'AFD) ma anche su altri criteri tipo la formazione effettuata, le precedenti esperienze e può essere richiesto anche un colloquio sulla base del quale in base ai posti disponibili si sceglie il candidato ritenuto più idoneo.

Spero di essere stato di aiuto.

Buon lavoro. Saluti.

Sanit di Roma: Sacconi annuncia 5 miliardi in più per la sanità, Roccella parla del nuovo ruolo degli infermieri

Niente tagli alla sanità nella manovra economica triennale del Governo, ma uno stanziamento di 5 miliardi di euro in più. Lo ha precisato il ministro del Lavoro e della Salute, Maurizio Sacconi, intervenendo all'inaugurazione di Sanit a Roma. Tuttavia, le Regioni devono fare la loro parte, in termini di condivisione delle responsabilità.

"In un Paese lacerato - ha detto il Ministro - si deve puntare a una cabina di regia condivisa con le Regioni più performanti, tale da attuare buone pratiche. È importante monitorare la spesa sanitaria e la qualità dei servizi offerti attraverso strumenti che permettano la conoscenza delle richieste".

Il Governo accompagnerà le Regioni in difficoltà ed è per questo che si punterà molto sul federalismo fiscale. Tra gli obiettivi del Governo, il rinnovo della convenzione per la Medicina generale attraverso l'uso di moderne tecnologie, la ricetta elettronica e la convenzione con le farmacie. A Sanit, presente anche il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella, intervenuta al convegno Integrazione e nursing transculturale, organizzato dall'Ipasvi di Roma. Per Roccella, bisogna ripartire da una rivalutazione della figura dell'infermiere, in quanto "l'attività di assistenza e cura è importante quanto quella che porta alla diagnosi e alla decisione della terapia. Il ruolo degli infermieri è fondamentale come quello dei medici".

La Roccella ha anche sottolineato l'importanza della presenza di infermieri di diverse nazionalità nel nostro Paese "una sorta di internazionale della cura che può servire a dare anche un valore diverso e più profondo all'integrazione". Roccella infine ha assicurato da parte del ministero del Welfare "il massimo di attenzione alle richieste della categoria". Un impegno accolto positivamente dall'assemblea che ha però sottolineato, attraverso le parole del presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Gennaro Rocco, "l'intenzione a vigilare perché le promesse siano mantenute".



L'infermiere in anestesia: un'indagine conoscitiva in Regione Lombardia

40

Autore: Francesca Reato, Dott. Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

INTRODUZIONE

I progressi compiuti nel campo dell'anestesia e della chirurgia e di conseguenza l'emergere di nuovi bisogni assistenziali sempre più complessi, hanno determinato la necessità di avere a disposizione professionisti infermieri, autonomi e responsabili, in possesso di conoscenze sempre più specifiche e specializzate. Queste modificazioni sostanziali nella professione infermieristica hanno portato a diversificare le competenze infermieristiche nell'ambito operativo specialistico del nursing perioperatorio e perianestesiológico. All'interno di questo processo evolutivo, la formazione ha assunto un ruolo determinante nel garantire l'adeguatezza dell'assistenza infermieristica permettendo quindi l'acquisizione di conoscenze, abilità e atteggiamenti qualificati e specifici. Dalla disamina della letteratura esistente, ripercorrendo lo sviluppo delle specializzazioni infermieristiche (che si sono sempre più approfondite in questo campo), emerge che questo percorso è avvenuto in periodi e modi diversi a livello internazionale, in quanto ogni realtà è costituita da paesi in cui i valori, la cultura e le tradizioni sono fondamentalmente differenti. Le divergenze strutturali, funzionali ed in particolar modo organizzative all'interno delle sale operatorie (S.O.) portano a diversificare le risorse infermieristiche utilizzate per le attività di assistenza anestesiológica. Per i diversi ruoli esercitati dagli infermieri in questo ambito specialistico si rilevano percorsi di specializzazione differenti, nonostante siano stati attuati



e si stiano ancora attuando una serie di provvedimenti per far fronte a queste divergenze in campo di formazione specialistica e complementare. Attraverso l'analisi di alcune indagini, condotte soprattutto a livello Europeo, è stato possibile evidenziare che per questo ambito specialistico:

- alcuni paesi prevedono percorsi di formazione infermieristica post-base o complementare specifici per la chirurgia, la sala operatoria, le cure intensive e l'area critica;
- altri paesi prevedono invece percorsi di specializzazione specifici per l'assistenza infermieristica in anestesia, come ad esempio Danimarca, Francia, Germania, Lussemburgo e Regno Unito (Indagine del Comitato Consultivo CEE del 1994 e La Formazione Infermieristica nei Paesi della CEE del 1995) a cui si sono aggiunti Austria, Olanda e Svezia (Analisi Comparata della Formazione Infermieristica nei Paesi della CEE del 2007);
- in alcuni contesti quali America, Francia, Gran Bretagna e Svizzera si rileva che nella maggior parte dei casi, per le attività di assistenza anestesiológica che il ruolo/mansione prevede, la formazione infermieristica in anestesia è divenuta criterio esclusivo per l'esercizio professionale;
- infine in alcune realtà, ad esempio in Italia, non essendo sempre chiara e univoca la direzione verso cui avanzare le competenze degli infermieri in ambiti specialistici come l'anestesia, risulta esigua l'attivazione di percorsi formativi post-base o complementare specifici e di con-



sequenza le competenze necessarie si sviluppano prevalentemente attraverso le abilità sul campo.

Analizzando il percorso storico-normativo della formazione e dell'esercizio della professione infermieristica Italiana, è stato possibile evidenziare che, dopo importanti traguardi raggiunti:

- la nascita delle specializzazioni infermieristiche con il R.D.L. 1832/25;
- il fondamentale passaggio nella formazione complementare degli infermieri grazie all'autorizzazione del legislatore ad istituire corsi di specializzazione post-diploma per infermiere con la Legge 1098/40;
- il riconoscimento, con il D.P.R. 128/69, della figura dell'infermiere professionale specializzato soprattutto nella dotazione organica dei Servizi di Anestesia istituiti con la Legge Borsellino 653/54;
- la determinazione delle mansioni dell'infermiere professionale specializzato in anestesia con il D.P.R. 225/74;
- le figure infermieristiche presenti all'interno di un comparto operatorio oggi sono costituite prevalentemente da operatori ai quali è necessaria esclusivamente la sola formazione di base. Tutti i corsi di specializzazione infermieristica attivati, con il D.P.R. 761/79 hanno subito una battuta di arresto e la figura dell'infermiere professionale specializzato non è stata più contemplata.

Nonostante la formazione post-base di tipo specialistico prevista dal D.M. 739/94 (dove negli ambiti operativi di esercizio dell'infermiere di area critica rientrano i Servizi di Anestesia e, nei moduli di competenza specifici e integrativi, rientra l'assistenza infermieristica in anestesia), la specificità delle prestazioni assistenziali fornite dalle figure infermieristiche che operano in questo ambito specialistico non trovano rispondenza nei quadri concettuali di riferimento a cui più comunemente gli infermieri si rifanno per espletare le loro funzioni. Le uniche linee generali, stabilite con il D.P.R. del 14 gennaio 1997, sono relative ai requisiti minimi organizzativi per i reparti operatori, dove si prevede per l'attivazione di una sala operatoria la presenza di almeno due infermieri non meglio specificati.

PRESENTAZIONE DELL'INDAGINE

Definizione del problema: è stata condotta un'indagine conoscitiva in Regione Lombardia in quanto il mancato supporto normativo ha condizionato in maniera significativa la prassi assistenziale determinando un'ampia varietà di comportamenti.

Scopo: indagare le risorse infermieristiche utilizzate per le attività di assistenza anestesiológica.

Obiettivi principali: conoscere le modalità organizzative di lavoro presenti in S.O. per l'utilizzo delle risorse infermieristiche; conoscere le definizioni esistenti nel linguaggio comunemente utilizzato attribuite agli infermieri che svolgono le attività di assistenza anestesiológica; conoscere il punto di vista di alcune figure professionali in merito all'interscambiabilità dei ruoli/mansioni infermieristici/che in S.O. e aspetti ad essa correlati; mappare le competenze che rientrano nelle attività infermieristiche di assistenza anestesiológica.

Domande di ricerca: l'interscambiabilità dei ruoli/mansioni infermieristici/che in S.O. permette di utilizzare adeguatamente gli infermieri per le attività di assistenza anestesiológica oppure comporta criticità? le conoscenze/competenze/abilità acquisite dagli infermieri sono adeguate per svolgere le attività di assistenza anestesiológica oppure sarebbe opportuna oggi più che mai una formazione specialistica soprattutto alla luce di questa nuova modalità organizzativa?

METODI E STRUMENTI UTILIZZATI

È stato condotto uno studio quantitativo di tipo descrittivo nelle 29 Aziende Ospedaliere e nei 15 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (4 sono stati successivamente esclusi dallo studio in quanto non presenti S.O.) della Regione Lombardia. Sono state proposte attraverso un questionario strutturato (1 per singola struttura) 30 domande indirizzate ai Coordinatori Infermieristici (1° parte del questionario composta di 24 domande) e ai Dirigenti Medici (2° parte del questionario composta di 6 domande) delle S.O., dedicati/responsabili del Servizio di Anestesia (se presente nella struttura) o del dipartimento chirurgico/comparto operatorio con il maggior numero di S.O. o specialità/prestazioni chirurgiche).

Per l'elaborazione dei dati sono stati utilizzati metodi e tecniche proprie della statistica descrittiva.



tiva, per la presentazione dei risultati sono stati utilizzati grafici e tabelle contenenti indici numerici e valori percentuali corrispondenti. L'utilizzo di un data base ha permesso di raccogliere e sintetizzare i dati raccolti.

RISULTATI

La lettura dei risultati ottenuti per ogni quesito è presentata in istogrammi a torta o tabelle (la maggior parte contenenti valori numerici e percentuali corrispondenti).

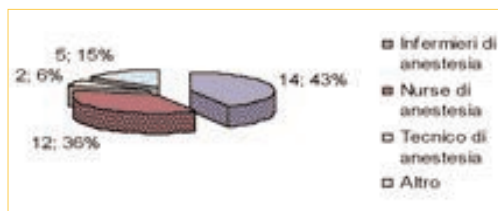
Per la prima parte del questionario, sia la distribuzione che la restituzione possono essere così riassunte:

Strutture	Questionari distribuiti		Questionari restituiti	
	Valore Numerico	Valore Percentuale	Valore Numerico	Valore Percentuale
Aziende Ospedaliere	29	72%	26	65%
Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	11	28%	7	17,5%
Totale	40	100%	33	82,5%

La seconda parte del questionario è stata compilata da 20 Dirigenti Medici delle A.O. (50%) e 6 Dirigenti Medici degli IRCCS (15%) per un percentuale di risposta totale pari al 65%.

Tra le risposte alle principali domande proposte ai Coordinatori Infermieristici (C.I.) troviamo:

Le definizioni "infermiere di anestesia" o "nurse di anestesia" per identificare gli infermieri che svolgono le attività di assistenza anestesologica, seppur sottese nei quadri concettuali di riferimento, risultano essere ancora parte integrante del linguaggio comunemente utilizzato in sala operatoria.

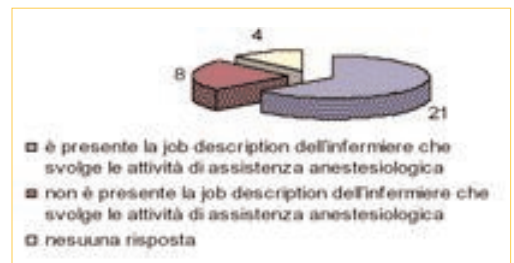


Per le attività infermieristiche di assistenza anestesologica la modalità organizzativa prevalente all'interno dei blocchi operatori è quella che utilizza personale infermieristico interscambiabile.



Gli infermieri di anestesia svolgono anche le attività che i ruoli/mansioni degli infermieri strumentisti (100%) e degli infermieri di sala (81%) prevedono. L'organizzazione del lavoro che prevede l'interscambiabilità dei ruoli/mansioni infermieristici/che in S.O. avviene prevalentemente con regolare turnazione (67%), anche se nella maggior parte dei casi (57%) non tutti gli infermieri vengono coinvolti in quanto si rilevano oggettive difficoltà per rendere idonei e interscambiabili tutti gli infermieri (l'84% dei Coordinatori Infermieristici ha riferito tale motivazione).

Nella maggior parte delle strutture indagate (79%) è stato implementato il progetto job description e sono utilizzate le job description specifiche per gli infermieri di anestesia.

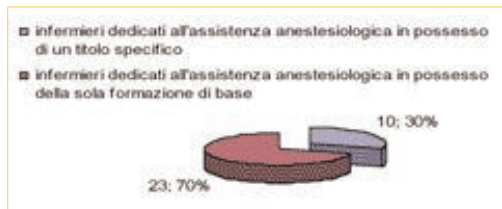


Per la "mappatura" delle competenze, per la quale è stata proposta la job description dell'infermiere tratta dalla letteratura esistente (Rigon, Thiene, 2003), emergono disomogeneità rispetto alle competenze che rientrano nelle attività infermieristiche di assistenza anestesologica delle seguenti voci: contattare la persona e comunicare con la persona assistita e i familiari (nel 66,6% dei casi questa competenza non è prevista); informare la persona sulle procedure relative all'intervento (nel 33,5% dei casi questa competenza non è prevista); identificare le reazioni/risposte della persona alla malattia/intervento e diagnosticare gli eventuali bisogni di assistenza infermieristica (nel 33,5% dei casi questa competenza non è prevista); documentare l'assistenza erogata, le attività e gli



interventi realizzati (nel 24,5% dei casi questa competenza non è prevista).

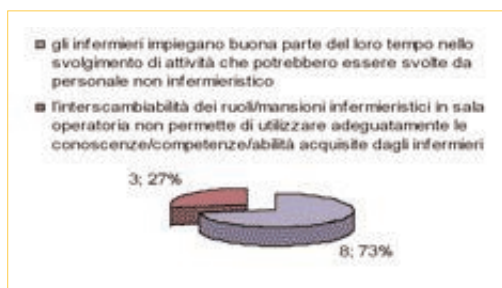
Nella maggior parte delle strutture indagate gli infermieri che in S.O. svolgono le attività di assistenza anestesiológica, non sono in possesso di un titolo di formazione complementare/formazione post-base specifico.



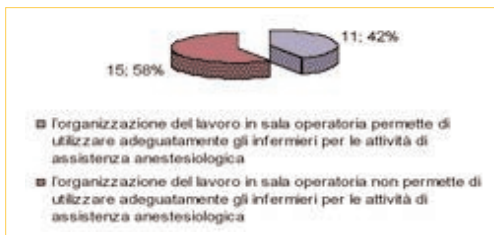
Tra i requisiti di accesso per lavorare in S.O. nelle attività di assistenza infermieristica anestesiológica, nel 91,8% dei casi è necessario il solo periodo di addestramento/processo di inserimento che dura due/tre mesi o che termina quando l'infermiere ha raggiunto l'autonomia.

In tutte le strutture indagate, per accedere alle S.O., non sono necessari titoli di professionalità specifici oltre alla formazione infermieristica di base.

Seguono le risposte dei Coordinatori Infermieristici e dei Dirigenti Medici alle stesse domande loro proposte. Il 67% dei Coordinatori Infermieristici (22) ritengono che l'organizzazione del lavoro in S.O. permetta di utilizzare adeguatamente gli infermieri per le attività di assistenza anestesiológica. Per il restante 33% (11 C.I.) si ritengono da non sottovalutare le risposte emerse:



Pareri differenti provengono invece dalle risposte dei Dirigenti Medici (26) a tale domanda. La maggior parte (15) ritiene che l'organizzazione del lavoro in S.O. non permetta di utilizzare adeguatamente gli infermieri per le attività di assistenza anestesiológica.



Tra le principali motivazioni emerge che:

- l'organizzazione del lavoro in sala operatoria non permette di utilizzare adeguatamente le conoscenze/competenze/abilità acquisite dagli infermieri che impiegano buona parte del loro tempo nello svolgimento di attività che potrebbero essere svolte da personale non infermieristico (60%);
- l'interscambiabilità dei ruoli/mansioni infermieristici/che in S.O. non permette di utilizzare adeguatamente le conoscenze/competenze/abilità acquisite dagli infermieri (40%).

Per acquisire le conoscenze/competenze/abilità necessarie allo svolgimento di tutte le attività di S.O. che l'assistenza anestesiológica prevede, sia per i C.I. (88%) che per i D.M. (92%) sarebbe opportuna per gli infermieri una formazione specialistica.

Nella maggior parte dei casi (55% dei C.I. e 71% dei D.M.) si ritiene opportuna una formazione specialistica in quanto il periodo di addestramento e l'esperienza sono utili e necessari agli infermieri per le abilità che il ruolo richiede, ma non per fornire loro adeguate conoscenze/competenze.

Si ritiene opportuna una formazione specialistica soprattutto per chi svolge più ruoli/mansioni infermieristici/che in S.O. (35% dei C.I. e 4% dei D.M.).

Si ritiene opportuna una formazione specialistica per prepararli adeguatamente a tutte le attività che il ruolo richiede in quanto, nonostante le conoscenze/competenze/abilità acquisite con la formazione di base e il periodo di addestramento, gli infermieri di fronte a particolari situazioni si trovano più volte impreparati e manifestano difficoltà (10% C.I. e 25% D.M.).



Tra i percorsi di formazione specialistica che potrebbero risultare più indicati per fornire adeguate conoscenze/competenze/abilità necessarie allo svolgimento di tutte le attività di S.O. che l'assistenza anestesilogica prevede, le risposte dei 33 Coordinatori Infermieristici e dei 26 Dirigenti Medici che hanno compilato il questionario possono essere così riassunte:

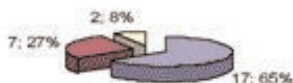
Tipologia di corso dedicato:	C.I.	D.M.
esclusivamente all'assistenza infermieristica anestesilogica in S.O.	36,5%	15,5%
a tutte le attività di assistenza infermieristica previste in S.O.	36,5%	15,5%
all'assistenza infermieristica anestesilogica in S.O., terapia intensiva, riammissione ecc.	9%	54%
all'assistenza infermieristica in area critica	6%	8%
Nessuna risposta	12%	8%
Totale	100%	100%

Per l'esercizio della professione infermieristica anestesilogica, la maggior parte dei Coordinatori Infermieristici e dei Dirigenti Medici che ritengono opportuna una formazione specialistica riferiscono:

- dovrebbe essere riconosciuta come criterio preferenziale (C.I. 85% e D.M. 69%);
- dovrebbe essere riconosciuta attraverso uno specifico livello economico-funzionale (C.I. 82% e D. M. 69%).



- gli infermieri dovrebbero essere dedicati esclusivamente alle attività di assistenza anestesilogica
- gli infermieri non dovrebbero essere dedicati esclusivamente alle attività di assistenza anestesilogica
- nessuna risposta



- gli infermieri dovrebbero essere dedicati esclusivamente alle attività di assistenza anestesilogica
- gli infermieri non dovrebbero essere dedicati esclusivamente alle attività di assistenza anestesilogica
- nessuna risposta

La maggior parte dei C.I. (20 su 33) e dei D.M. (17 su 26) ritengono sia opportuno dedicare esclusivamente gli infermieri che svolgono le attività di assistenza anestesilogica a tale ruolo, allo scopo di acquisire le adeguate conoscenze/competenze/abilità necessarie.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La formazione di base, l'addestramento e l'esperienza risultano adeguate per la trasmissione delle abilità ma non per le conoscenze/competenze necessarie allo svolgimento di tutte le attività che il ruolo/mansione degli infermieri di anestesia prevede (così definiti nel linguaggio comunemente utilizzato).

Soprattutto per l'elevata complessità degli interventi assistenziali, tecnologici e strumentali e la varietà delle specializzazioni chirurgiche attualmente presenti, vista inoltre la nuova modalità organizzativa implementata ormai in numerosi contesti, che vede gli infermieri impegnati nello svolgimento di più ruoli/mansioni infermieristici/che in sala operatoria.

L'assistenza infermieristica in anestesia è caratterizzata anche da compiti tecnico-pratici e discreta gestionalità ma richiede sicuramente un elevato grado di conoscenza specialistica. Laddove la preparazione per svolgere le attività di assistenza anestesilogica si sviluppa prevalentemente attraverso le abilità sul campo, privilegiandone l'aspetto pratico e trascurando la trasmissione dei contenuti teorici, l'assistenza infermieristica in anestesia si caratterizza per la prevalenza dell'elemento "compiti tecnico pratici". Si riduce così ad un insieme di azioni ed atti svolti in completo automatismo che rischiano di incorrere nel processo di deprofessionalizzazione dove, senza un'adeguata conoscenza teorica a supporto dell'esperienza, viene a mancare l'insieme di conoscenze che hanno lo scopo di guidare il professionista nell'esercizio della sua professione. Il professionista in possesso della sola esperienza, potrebbe incorrere nel processo definito "burn-out": la carenza di conoscenze potrebbe provocare una mancanza di stimoli ulteriori che lo spingano ad esercitare con passione ed entusiasmo la propria professione.

In questo ambito risulta pertanto necessaria oggi più che mai una formazione specialistica,



adeguata allo sviluppo delle reali competenze, che permetta agli infermieri di agire con sicurezza e sempre maggior professionalità.

Per poter preparare operatori professionali altamente specializzati che siano in grado di fornire un'assistenza infermieristica qualificata, il cui fine comune è il soddisfacimento dei bisogni del malato, la stretta correlazione tra formazione e organizzazione del lavoro non può più mancare.

È indispensabile che la formazione sappi leggere i bisogni dell'organizzazione e sia quindi in grado di apportare risposte specifiche e qualificate.

Allo stesso modo l'organizzazione del lavoro in S.O. deve attivare tutti i possibili meccanismi di flessibilità per impiegare al meglio le conoscenze/competenze/abilità acquisite dai professionisti infermieri e non disperderne il potenziale unicamente per rispondere ad esigenze organizzative.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Alimenti M., Lotti A., Marmo G., Massai D., Pitocco G., Spiani L. (1999) Linee guida per un progetto di formazione infermieristica complementare nelle aree previste dal D. M. 739/94: sanità pubblica / pediatria/ salute mentale-psichiatria / geriatria / area critica. IPASVI.
2. Alvaro R., Germini F., Sasso L., Suma G. (2007) Analisi comparata della formazione infermieristica nella Comunità Europea e percorsi integrativi. Napoli: EdiSES.
3. Ascione G. (1994) Problemi etici in sala operatoria. Relazione tenuta all'Atelier per Personale Infermieristico. AICO. Vol. 6, Fasc. 2.: 127-135.
4. British Anaesthetic & Recovery Nurses Association. Sito ufficiale dell'Associazione. [on line] Disponibile da: <http://www.barna.co.uk/> [Consultato il 15 ottobre 2007]
5. Caroli G., Ceroni C., De Simone N., Simmini A. (1992) Nursing perioperatorio. Milano: CEA.
6. Casati M. (200) Competenze specialistiche. In Lusignani M., Mangiacavalli B., Casati M. (2000) Infermieristica generale e organizzazione della professione. Deontologia infermieristica. Legislazione Professionale. Competenze specialistiche. Seconda edizione. Milano: Masson, 130-189
7. Gentili A., Nastasi A., Rigon L. A., Silvestri C., Manganelli P. (1993) Il paziente critico. Clinica e assistenza infermieristica in anestesia e rianimazione. Milano: CEA.
8. Gallino L. (1980) Professionalizzazione / deprofessionalizzazione: il punto di vista del sociologo, In: CNAIOSS ed. Atti dell'XI Congresso Nazionale, 1981 Milano: CNAIOSS. 19-30.
9. Giorgi S., Ruggeri M. (1994) La sala operatoria. Metodologie organizzative e assistenziali. Milano: Sorbona.
10. Giussani M., Moiset C., Spada P. (1995) La formazione infermieristica nei paesi della CEE. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
11. Hind M. (1997) The role of the nurse anaesthetists: A survey of theatre nurse's views. British Journal of Theatre Nursing. Vol 7, No 5: 10-13.
12. Horton B. J. (2007) Upgrading nurse anesthesia educational requirements (1933-2006) – Part 1: Setting standards. AANA Journal. Vol. 75, No. 3: 167-170. June.
13. Horton B. J. (2007) Upgrading nurse anesthesia educational requirements (1933-2006) – Part 2: Curriculum, faculty and students. AANA Journal. Vol. 75, No. 4: 247-251. August.
14. Iannicelli A. M. e Petrella M. (2006) I corsi master per l'area critica nelle università italiane: dove, quanti, come. Un'indagine Aniarti. Workshop Nazionale Aniarti sui Master infermieristici in Area Critica. Firenze. 24 giugno. Palazzo dei Congressi. [on line] Disponibile da: <http://www.aniarti.it/> [Consultato il 28 dicembre 2007]
15. International Federation of Nurse Anesthetists. Sito ufficiale dell'Associazione. [on line] Disponibile da: <http://ifna-int.org/ifna/page> [Consultato il 13 dicembre 2007]
16. McAuliffe M. S., Henry B. (2000) Nurse Anesthesia Practice and Research – A Worldwide Need. CRNA: The Clinical Forum for Nurse Anesthetists. Vol. 11, No. 3: 89-98. August.
17. McAuliffe M. S., Henry B. (1998) Survey of nurse anesthesia practice, education, and regulation in 96 countries. Journal of the American Association of Nurse Anesthetists. Vol. 66, No. 3: 273-286. June.
18. Nigro G., De Angelis A. (1982) Assistenza in camera operatoria. Firenze: USES.
19. Nicosia F., Belli P. (1991) L'infermiere in anestesia e rianimazione. Milano: Sorbona.
20. Rigon L.A., Thiene E., AICO (2003) Assistenza infermieristica in sala operatoria. Linee guida e procedure. Milano: CEA.



21. Rod P. (2004) L'infermiere di anestesia in Francia: storia, educazione e pratica. Associazione Italiana Infermieri Anestesia: Infermiere di anestesia: formazione, comunicazione e relazione nel contesto dei modelli organizzativi in area critica. Forlì. 21-22 maggio. Congresso Internazionale. [on line] Disponibile da: <http://www.aiia.it> [consultato l'8 novembre 2007]
22. Rosa G., Bigotta F., (2006) Argomenti di anestesia e rianimazione per le professioni sanitarie. Padova: Piccin.
23. Santoro G. (2007) Argomenti per infermieri di sala operatoria (in chirurgia generale). Trento: Uniservice.
24. Smeltzer S., Bare B. (2006) Infermieristica medico-chirurgica. Terza edizione. Edizione italiana a cura di Nebuloni G. Milano: CEA.
25. Stellante N.E. (2004) La formazione e la pratica infermieristica in anestesia: l'esperienza Svizzera. Associazione Italiana Infermieri Anestesia: Infermiere di anestesia: formazione, comunicazione e relazione nel contesto dei modelli organizzativi in area critica. Congresso Internazionale. Forlì. 21-22 maggio. [on line] Disponibile da: <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/frameset-f.htm> [consultato il 20 dicembre 2007]
26. Wilson O. W. (2006) Sharing nurse anesthesia program resources: Clinical. AANA Journal. Vol. 74, No. 5: 425-428. December.
27. Wicker P., O'Neill J. (2007) Assistenza infermieristica perioperatoria. Milano: Mc Graw Hill.
28. Zappa P., Pasquot L., (1999) Assistenza infermieristica in chirurgia e specialità chirurgiche. Milano: Masson.

In vigore nuove norme per accertare i casi di morte

A partire dal 27 giugno sono entrate in vigore le nuove norme tecniche per la certificazione dei casi di morte. Il nuovo regolamento, predisposto dal Ministero della Salute, nel fissare i parametri, prevede l'unificazione dei periodi di osservazione dei decessi in sei ore (la precedente prassi, invece, specie nei casi dei bambini, prevedeva un periodo di osservazione più lungo: un esame di dodici ore per quelli tra uno e cinque anni, e di ventiquattr'ore per quelli con meno di un anno). Con il decreto 11 aprile 2008, il Ministero della Salute ha poi precisato che i rilievi sulla morte cerebrale potranno essere effettuati esclusivamente dai tecnici di neurofisiopatologia, escludendo, dunque, gli infermieri. Inoltre, è stato stabilito che l'iter di accertamento dei decessi comporti l'esecuzione di due soli esami (e non più tre), da effettuare all'inizio e alla fine del periodo di osservazione, con l'utilizzo di apparecchiature informatizzate con sistema digitale per superare il "vecchio" modello di registrazione ed archiviazione dei tracciati di carta.

Ritirato il ricorso della Federazione Nazionale IPASVI contro l'accordo stato regioni relativo alla funzione di coordinamento

La Federazione Nazionale IPASVI, preso atto dell'art. 4 del CCNL del personale del comparto del servizio sanitario nazionale quadriennio normativo 2006/2009 e biennio economico 2006/2007 e considerato altresì che è stato rispettato quanto previsto dall'art. 9 della legge 1/2/2006 n. 43, ha deliberato di ritirare il ricorso in parola.

Rimangono tuttavia in essere tutte le criticità sottese ad alcune modalità con cui viene acquisito il Master di I livello in "Management infermieristico per le funzioni di coordinamento".

La Federazione nazionale IPASVI mantiene fermo il dissenso esplicitato nelle diverse sedi istituzionali, nei confronti di quelle università che permettono di acquisire detti master in modalità on-line. Per tale motivo intende riattivare al più presto un confronto con il MIUR con l'obiettivo di ridiscutere la problematica della formazione infermieristica on-line.

Circolare della Federazione Nazionale n. 8/2008 del 25 giugno 2008



Programma di cura e sviluppo individualizzato al neonato prematuro (NIDCAP): un nuovo modello assistenziale

Autori: I.P. Patrizio Sannino NIDCAP Professional, Fisioterapista Giovanna De Bon NIDCAP Professional; I.P. Germana Santini Fondazione I.R.C.C.S. Osp. Maggiore Policlinico, Mangiagalli, Regina Elena Milano U.O. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale Prof. Fabio Mosca

INTRODUZIONE

Scopo di questo articolo è descrivere una nuova metodologia assistenziale per i neonati prematuri in terapia intensiva neonatale (TIN) e i loro genitori. Il neonato pretermine necessita di cure altamente specialistiche che gli permettono la sopravvivenza e gli garantiscono la possibilità di crescere affinché possa diventare competente per una vita extrauterina.

La metodologia NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Programme) permette di descrivere le caratteristiche del neonato prematuro attraverso l'osservazione e l'interpretazione dei suoi segnali comportamentali.

L'osservazione strutturata del neonato permette di individuare obiettivi e strategie operative per una cura personalizzata ed individualizzata. Attraverso questo strumento è possibile organizzare procedure assistenziali in relazione allo sviluppo del neonato, supportando e rafforzando contemporaneamente il legame genitore-neonato.

IL NEONATO PREMATURO

B. Brazelton (1), negli anni 60, ha definito che il neonato già alla nascita è dotato di competenze che gli permettono di interagire con chi lo accudisce e con l'ambiente, attraverso un atteggiamento propositivo, interattivo e collaborativi. Al bambino viene riconosciuta la sua unicità che gli consente di sostenere (rispondere) le stimolazioni ambientali e sociali, ma anche che le sue capacità di risposta sono in stretta relazione con il suo stato di salute e con la sua età gestazionale (l'età corretta è calcolata in



relazione alla data presunta del parto, prima delle 40 settimane di gestazione si considera come età corretta del bambino l'età gestazionale raggiunta). La nascita prematura interrompe una fase in cui stanno ancora maturando i suoi organi e sistemi. Il suo sistema nervoso centrale (SNC) si sta sviluppando velocemente ma le sue strutture non sono sufficientemente mature per affrontare le stimolazioni che riceve dal mondo extrauterino.

Il mondo intrauterino è contraddistinto dal semibuio, dalla tranquillità, dal contatto continuo con la madre anche attraverso la percezione dei suoi ritmi cardiaci, respiratori e viscerali. Il bambino all'interno dell'utero si muove nel liquido amniotico dove la forza di gravità è di circa un terzo rispetto a quella ambientale; egli avverte il contenimento dell'utero che favorisce la posizione in flessione, e gli permette di portare gli arti sulla linea mediana, di toccare ed esplorare il proprio corpo (Ferrari).



Il neonato prematuro deve essere considerato come un bambino competente per una vita intrauterina ed impreparato per una vita extrauterina; secondo la Dott.ssa H. Als il neonato prematuro non è un neonato a termine deficitario ma un individuo competente, il cui funzionamento è appropriato per un ambiente intrauterino ed inappropriato per l'ambiente extrauterino (2).

La nascita prematura proietta il pretermine in un ambiente sovraccarico di stimoli (luci, rumori, manipolazioni), viene separato dalla madre, la forza di gravità è triplicata rispetto a quella uterina, la superficie piatta dell'incubatrice nella quale il bambino viene ospitato non agevola il neonato nel controllo posturale.

Se si confronta un neonato molto pretermine con un neonato a termine ci si trova di fronte a due organismi estremamente diversi dal punto di vista maturativi, oltre che per le caratteristiche somatiche. Il S.N.C. che tra la 24 e 40 settimana di gestazione si sviluppa velocemente, subisce vari livelli di differenziazione mostrando grande plasticità.

Durante questo periodo gestazionale si ha una grande proliferazione e differenziazione neuronale, il cervello si arricchisce di sinapsi e di collegamenti neuronali e, gradualmente, di solchi e di circonvoluzioni.

Negli ultimi decenni le conoscenze e gli strumenti a disposizione, sia nel settore ostetrico che neonatologico, sono molto migliorate ed hanno permesso di garantire la sopravvivenza anche a bambini nati di peso ed età estremamente basse (24- 25 settimane di età gestazionale e peso < 750 g, definiti come "Microneonati").

L'entusiasmo scaturito dall'aumento della sopravvivenza, deve fare i conti però con la consapevolezza che questi neonati sono sottoposti ad un rischio molto maggiore, rispetto ai nati a termine, di sviluppare problematiche ed esiti a lungo termine (3), che potrebbero condizionare la qualità della loro vita e della loro famiglia (4). Infatti la prematurità grave è fattore di rischio per disabilità di diverso grado: Disabilità maggiori (paralisi cerebrali, disturbi sensoriali, gravi ritardi mentali) e Disabilità Minori o Disturbi Cerebrali minimi (D.C.M.) cioè sequele caratterizzate da alterazioni dello sviluppo percettivo-motorio, deficit relazionali e comportamentali (del temperamento, della

maturità emotiva, delle competenze sociali), disordini del linguaggio, scarsa performance globale nell'apprendimento scolastico, ecc.

I Disturbi Cerebrali Minimi, al contrario di quelli maggiori per i quali la diagnosi può venir fatta nel primo anno di età, si evidenziano di solito in età prescolare e scolare anche se i primi segni di difficoltà emotive, cognitive e relazionali si possono rilevare anche nel primo anno di vita.

Le sequele maggiori hanno un corrispettivo clinico nelle immagini ecografiche e nelle neuro-immagini, mentre le sequele minori non evidenziano lesioni a livello cerebrale. Solo recentemente i "disturbi" dello sviluppo riscontrati nei bambini pretermine, hanno trovato anche correlazione con la modificazione strutturale dello sviluppo cerebrale rispetto al bambino a termine grazie all'utilizzo della Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) volumetrica tridimensionale, che permette di misurare quantitativamente il volume del tessuto cerebrale (5,6).

Il notevole incremento delle DCM, in relazione ad una riduzione in percentuale delle disabilità maggiori, ha portato ad analizzare quali fossero i fattori che accanto alla prematurità potessero dare origine a tali difficoltà. Si è giunti alla conclusione che la prematurità associata alle influenze ambientali, sociali e alle complicanze mediche, spesso riscontrate nella popolazione dei bambini di peso ed età gestazionali bassi, possono essere elementi multifattoriali che influiscono sullo sviluppo psicomotorio e relazionale del bambino pretermine (7,8,9).

TEORIA SINATTIVA

H. Als, riprendendo le affermazioni di B. Brazelton, considera il bambino pretermine un collaboratore attivo alla sua crescita, con capacità di interagire direttamente con chi si prende cura di lui e con l'ambiente.

La Teoria Sinattiva si basa sulla scala NBAS relativa ai cinque sottosistemi ideata da B. Brazelton per valutare il comportamento del neonato a termine, e definisce che è possibile valutare le capacità del pretermine di adattarsi all'ambiente extrauterino attraverso la valutazione del suo comportamento e delle strategie utilizzate per adattarsi alle proposte sociali ed ambientali.

Il pretermine, attraverso il suo comportamento,



comunica il suo stato di benessere e/o di disagio (segnali di stabilità e di stress): il comportamento diventa quindi non solo via di comunicazione, ma anche strumento attraverso il quale è possibile individuare, definire ed attuare strategie assistenziali e di accudimento adeguate alle capacità raggiunte ed emergenti del bambino.

H.Als afferma, attraverso la Teoria Sinattiva, che il corretto funzionamento dell'organismo del neonato dipende dalla maturazione e interazione dei 5 sottosistemi:

- Sistema autonomo o vegetativo: respirazione, colorito, funzioni digestive ed escretorie, motricità;
- Sistema motorio: quantità e qualità dei movimenti, posture spontanee;
- Stati comportamentali: stabilità, disponibilità, variabilità degli stati di sonno e veglia e modalità di transizione da uno stato all'altro;
- Attenzione ed Interazione: qualità dello stato di vigilanza e capacità di mantenere ed utilizzare tale stato per la relazione;
- Autoregolazione: capacità di regolare la stabilità dei singoli sottosistemi e la relazione tra essi.

I cinque sottosistemi maturano consequenzialmente ed il buon funzionamento di un sistema è dipendente dalla stabilità degli altri. I primi sottosistemi che maturano e che permettono la maturazione dei successivi sono il sistema autonomo e sistema motorio.

NIDCAP

Nel 1986 Als, utilizzando la Teoria Sinattiva (e formulando una scala di valutazione strutturata dei sottosistemi), propone la metodologia NIDCAP attraverso la quale risulta possibile effettuare "un'osservazione naturalistica" (Naturalistic Observation of Newborn Behaviour), cioè senza la somministrazione di alcuna prova o items del bambino pretermine anche di bassa età gestazionale e in condizioni cliniche instabili.

Come si formula un'osservazione NIDCAP e come si procede a farla diventare un'indicazione nell'assistenza per gli operatori:

L'osservazione deve essere eseguita da un professionista certificato che ha conseguito il diploma di "NIDCAP Professional": questa osservazione

sistematica analizza i segnali di stabilità e disorganizzazione relativi ai 5 sottosistemi.

La valutazione neurocomportamentale è strutturata secondo parametri definiti per ogni sottosistema, di cui si segnala la presenza su di un apposita scheda preordinata. Vengono analizzati ogni 2 minuti (durante l'osservazione è necessario un cronometro) i 5 sottosistemi. Ogni sottosistema è diviso in segnali di stabilità (organizzazione, autoregolazione, consolazione), e segnali di instabilità (disorganizzazione stress ed esitamento); in tutto sono 91 i segnali comportamentali presi in considerazione. Nella scheda vengono anche annotate le caratteristiche dell'ambiente circostante: il microambiente (incubatrice, lettino) e il macroambiente (la stanza dove è ricoverato il bambino).

Egli può essere osservato in ogni momento della giornata, durante qualsiasi attività assistenziale o in qualsiasi momento di interazione del bambino con i caregiver (caregiver è chi si prende cura del neonato: genitore, infermiere, fisioterapista, medico).

L'osservazione inizia circa 10 minuti prima che il caregiver interagisca con il neonato, continua durante tutto il tempo dell'interazione e prosegue dopo che l'attività è terminata, fino a che il bimbo non ritorna allo stato iniziale, quindi per un tempo non definito. La ragione per cui l'osservazione inizia prima dell'intervento e prosegue dopo che l'intervento è terminato è di avere la possibilità di osservare quanto le modalità dell'interazione hanno potuto influire sullo stato di base del bambino (stato di sonno, veglia e loro qualità).

La fase successiva consiste nel trasformare la scheda di osservazione in un rapporto scritto in cui vengono indicate le capacità del neonato, le sue difficoltà e gli obiettivi da raggiungere. Nella scelta delle strategie da adottare molta importanza si dà al coinvolgimento nelle cure dei genitori che vengono considerati come principali promotori dello sviluppo del bambino a cominciare dai primi periodi di vita, anche se nella realtà della nascita di un neonato pretermine l'ambiente che lo accoglie è molto diverso per caratteristiche e tipologia di cure dall'ambiente familiare.

Questa osservazione permette di valutare:

- i compiti gestiti facilmente dal bambino;
- i compiti che stressano il bambino;



- i compiti che non sono ancora adeguati;
- le modalità di accudimento fornite al bambino.

Promuove: Stato di salute del bambino e facilita l'organizzazione ed integrazione dei comportamenti nel tempo:

- Favorisce lo sviluppo del SNC;
- Favorisce la relazione neonato-genitore;
- Aiuta i genitori a comprendere il comportamento del neonato e facilita l'accudimento.

Diversi articoli scientifici si sono espressi su questo argomento: il più significativo è un articolo del 2004 in cui Als (10) presenta uno studio randomizzato nel quale l'efficacia dell'intervento individualizzato ed evolutivo è stato correlato con i dati dell'esame elettroencefalografico (EEG) e con i risultati delle neuro-immagini (RMN). Lo studio ha anche previsto una valutazione APIB (Scala di valutazione neurocomportamentale del neonato prematuro) a 2 settimane dopo il termine previsto della gravidanza e una valutazione a 9 mesi con test di sviluppo Beyeley. Questo studio è stato il primo a correlare risultati clinici con risultati strumentali: i bambini del gruppo di studio hanno presentato una migliore performance neurocomportamentale a 2 settimane di età corretta ed una miglior organizzazione e maturazione del cervello, nelle

aree frontali (sede delle funzioni attentive ed esecutive) ed occipitali (sede dell'organizzazione visuo-spaziale) così come nelle loro connessioni. Anche il Beyeley Test a 9 mesi ha evidenziato punteggi significativamente più alti nelle performance mentali, cognitive, motorie e comportamentali del gruppo sperimentale.

CONCLUSIONI

Il metodo NIDCAP è lo strumento migliore per realizzare un programma di cura individualizzata al neonato prematuro e ai suoi genitori.

I professionisti che operano nella TIN devono saper coniugare aspetti tecnico-scientifici con aspetti emozionali-relazionali nei confronti della coppia neonato-genitore, pertanto devono avere delle competenze specifiche riguardanti i bisogni del piccolo paziente e del genitore.

Il percorso formativo permette al professionista di saper leggere il comportamento del neonato, riconoscerne i bisogni, favorire la sua maturazione e sostenere i suoi genitori.

La formazione per l'infermiere che opera in TIN ha un ruolo fondamentale per offrire strumenti utili per poter affrontare situazioni complesse e competenze relazionali in grado supportare il carico emotivo durante l'esercizio professionale.

BIBLIOGRAFIA

1. Drillien C.M. "The growth and developmental of the prematurely born infant", Living-stone Ltd, Edinburgh and London 1964
2. Franck LS, Greenberg CS, Stevens B. "Pain Assessment in infant and children" *Pediatr Clin North Am* 47; 487-512; 2000) Als H, Duffy F, et al. "Early experience alters brain function an structure" *Pediatrics* vol 113 No 4 April 2004
3. Allen C.M. „preterm outcomes research:a critical component of neonatal intensive care“, *Mental Retardation and Developmental Disabilities* 8:221-233(2002)
4. Donohue P.K. "Health-Related Quality of Life of Preterm Children and Their Caregivers" *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 8.293-297(2002)
5. L.Ramenghi, F.Triulzi, M.Leven, M.Fumagalli, A.Righini e F.Mosca "Risonanza magnetica cerebrale nel neonato" *Quaderni di aggiornamento in Pediatria*, Ed. dalla PLADA S.r.l. - Divisione Dieterba - 2003
6. Boardman JP, Counsell SJ, Rueckert D, Kapellou O, Bhatia KK, Aljabar P, Hajnal J, Allsop JM, Rutherford MA, Edwards AD "Abnormal deep grey matter development following preterm birth detected using deformationbased morphometry" *Neuroimage*. 2006 Aug 1;32(1):70-8. Epub 2006
7. Tolsa C.B., Zimine S., Warfield S.K., Freschi M. et al. "Early Alteration of Structural and Functional Brain Development in Premature Infants Born with Intrauterine Growth Restriction" *Pediatrics research*, Vol. 56, No1, 2004
8. Terrie EI, Simon K. Warfield, Hong Wang, Petra S. Huppi, Joseph J.Volpe "Abnormal Cerebral Structure Is Present at Term in Premature Infants" *Pediatrics* Vol 115 No. 2 Febr.2005
9. Bartlett D., Piper M.C. "Neuromotor Development of Preterm Infants. Through The First Year of Life: Implications for Physical and Occupational Therapists" *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, Vol 12(4),1993 by Haworth Press,Inc.
10. Als H, Duffy F, et al. "Early experience alters brain function an structure" *Pediatrics* vol 113 No 4 April 2004



AGGIORNAMENTO ALBO PROFESSIONALE DEGLI INFERMIERI

NUOVE ISCRIZIONI dal 01/01/2008 al 30/06/2008

- | | |
|---|--|
| 1. ALIKAJ FATMIR <i>trasferimento</i> | 29. LUNARDI SILVIA |
| 2. ALMARAZ MARTA ELIZABETH | 30. MACIEJCZAR MALGORZATA <i>trasferimento</i> |
| 3. BEN AOUN JALILA | 31. MAHJOUBI NADRA BENT ALI |
| 4. BERETTA FEDERICA <i>trasferimento</i> | 32. MAJCHER MALGORZATA BARBARA <i>trasferimento</i> |
| 5. BERNARDI ROBERTA | 33. MARULLO NADIA |
| 6. BIANCHI TIZIANO | 34. MENNI ALESSANDRO |
| 7. BIANCHI VALENTINA | 35. MILLEFANTI GIULIA |
| 8. BIDIAN ANUTA | 36. MUFALI FLUTURA <i>trasferimento</i> |
| 9. BUCPAPAJ SHKELZEN | 37. MURANIA CATERINA |
| 10. CALDERON GAMARRA KARIN PAOLA <i>trasferimento</i> | 38. NITU MIHAI CRISTIAN |
| 11. CERUTTI CRISTINA | 39. OCNEANU GEANINA ALINA |
| 12. CHERNYAVSKA SVITLANA | 40. PACICCA GIUSEPPINA |
| 13. CHIVITA CRISTEA | 41. PAREDES LAGONES DIANA BEATRIZ <i>trasferimento</i> |
| 14. COJOCARU MAGDALENA | 42. PODISOR IOANA AURICA |
| 15. D'AMATO SELENIA | 43. RACIC DUSKO <i>trasferimento</i> |
| 16. DE SILVA LATHTHUWAHANDI CHAMPIKA | 44. REZZONICO CLAUDIA |
| 17. ERBENOVA RENATA <i>trasferimento</i> | 45. ROILO LUCIA <i>trasferimento</i> |
| 18. FONSECA HODELIN SORANIA | 46. ROSSI MARIALUISA |
| 19. FRIGERIO ROBERTA | 47. RUSU MIHAELA NELLY <i>trasferimento</i> |
| 20. GALLI SILVIA | 48. SANABRIA CABRERA KATIA PILAR <i>trasferimento</i> |
| 21. GARCIA LEAO MARIA CRISTINA | 49. SANABRIA CABRERA LIZ CECILIA <i>trasferimento</i> |
| 22. GESHTENJA ALFRED | 50. SANDU MIHAELA |
| 23. GOBBI CHIARA | 51. SPIARDI PAOLA |
| 24. HECKENDORN VERONIKA | 52. SZEBLEC ELZBIETA MALGORZATA <i>trasferimento</i> |
| 25. HODZIC NATASA <i>trasferimento</i> | 53. THARAPPEL SUMAMOL JOSEPH |
| 26. HODZIC NEDZAD <i>trasferimento</i> | 54. TOPUZI KULLOLLI SILVANA <i>trasferimento</i> |
| 27. LO GRASSO PIERO <i>trasferimento</i> | 55. TRIGLIA CARMELA |
| 28. LONGONI FEDERICA | |

CANCELLAZIONI dal 01/01/2008 al 30/06/2008

- | | |
|--|---|
| 1. ARANDIA MATURANO CARLA LIZETH <i>trasferimento</i> | 10. NERVETTI CLAUDIO |
| 2. CIAPUSCI ANTONIETTA | 11. POZZOLI IRENE |
| 3. CIOCAN CAMELIA LAURA <i>trasferimento</i> | 12. RAMUSCELLO SANDRA |
| 4. DEL VALLE SANCHO MARTA | 13. REZZONICO FABIO |
| 5. IOCLANO MARIA CARMELA | 14. SALERNO GAETANA <i>trasferimento</i> |
| 6. KADIU JULIAN <i>trasferimento</i> | 15. TANTARDINI CHRISTIAN <i>trasferimento</i> |
| 7. LIZARAZU CUELLAR GLADYS MIRIAM <i>trasferimento</i> | 16. VERGA PIERLUIGIA |
| 8. MAMBRETTI ANGELA | 17. VIMERCATI CANDIDA |
| 9. MUSTATEA CRISTINA CARMEN <i>trasferimento</i> | |



Il corso verrà effettuato solo con un minimo di 6 partecipanti.

Costo:

€ 100,00 IPASVI

Como

€ 200,00 IPASVI

iscritti ad altri Collegi

52

Destinatari:

Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitarie

Posti a disposizione:

n. 13 IPASVI Como

n. 2 IPASVI iscritti ad altri Collegi

Data apertura

iscrizioni:

mercoledì 3

settembre 2008

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

Evento in fase di accreditamento

Seminario di Reiki di primo livello - l'utilizzo di tecniche complementari per il trattamento nell'assistenza infermieristica e autotrattamento nella gestione dello stress del professionista

Cooperativa Sim-patia Valmorea (Co)

Valmorea 4/5 ottobre 2008

Docente Sig. Diego Castiglioni

Programma

Prima giornata

8.30/12.30

- ▷ Apertura corso
- ▷ Il primo livello di Reiki (scopo e caratteristiche)
- ▷ Storia ed Origini di Reiki
- ▷ Significato di Reiki
- ▷ L'energia Vitale Universale
- ▽ La Cerimonia di Armonizzazione
 - ▷ Introduzione al Trattamento di Armonizzazione
 - ▷ 1° Trattamento di Armonizzazione
 - ▷ Confronto sull'esperienza
- ▷ Caratteristiche e utilizzi del Reiki
- ▷ Chiusura sessione

13.30/17.30

- ▷ La Visione Olistica della Malattia
- ▷ Il riequilibrio energetico
- ▽ Il riequilibrio energetico
 - ▷ La posizione delle mani
 - ▷ Percepire l'energia nei trattamenti
 - ▷ I punti da trattare
- ▷ Sessione di autotrattamento
- ▷ Confronto sull'esperienza
- ▽ La Cerimonia di Armonizzazione
 - ▷ 2° Trattamento di Armonizzazione
 - ▷ Confronto sull'esperienza
- ▷ Chiusura sessione

Seconda giornata

8.30/12.30

- ▷ La meditazione
- ▽ Il trattamento sugli altri (tratt. Base)
 - ▷ Il ruolo dell'operatore nel trattamento (rapporto Operatore - Ricevente)
 - ▷ Luogo e modalità per il trattamento
 - ▷ I supporti da utilizzare
 - ▷ Le posizioni del trattamento



- ▷ Modalità di approccio al trattamento
- ▷ Sessione di scambio trattamento
- ▷ Consigli utili
- ▷ Confronto sull'esperienza
- ▽ La Cerimonia di Armonizzazione
 - ▷ Trattamento di Armonizzazione
 - ▷ Confronto sull'esperienza
- ▷ Hatsurei Ho (tecnica per l'attivazione dell'energia)
- ▷ Chiusura sessione

13.30/17.30

- ▷ Il lavoro su di noi (il percorso di crescita personale)
- ▽ I cinque principi di Reiki
 - ▷ Spiegazione dei cinque principi
 - ▷ I Principi come strumento di analisi e crescita personale
- ▽ Il trattamento tradizionale (per disturbi cronici)
 - ▷ I punti da trattare
 - ▷ Sessione di autotrattamento
 - ▷ Confronto sull'esperienza
- ▽ Altre tipologie di trattamento
 - ▷ Il trattamento a più operatori
- ▷ La maratona Reiki
- ▷ Il cerchio Reiki
- ▷ La pulizia energetica degli oggetti
- ▽ La Cerimonia di Armonizzazione
 - ▷ 4° Trattamento di Armonizzazione
 - ▷ Confronto sull'esperienza
- ▷ Il percorso con Reiki (gli altri livelli)
- ▷ Verifica dell'apprendimento e conclusione dei lavori

Sede: Cooperativa Sim-patia - via Parini, 180 Valmorea
www.sim-patia.it



Costo:

€ 60,00 IPASVI

Como

€ 120,00 IPASVI

iscritti ad altri Collegi

Destinatari:

Infermieri, Infermieri

Pediatrici, Assistenti

Sanitari

Posti a disposizione:

n. 27 IPASVI Como

n. 3 IPASVI iscritti ad
altri CollegiData aperturaiscrizioni:**3 settembre 2008**e fino ad esaurimento
posti (vedi modalità
iscrizioni eventi
formativi)

Crediti formativi

ECM n. 24

Dalla metodologia della ricerca all'assistenza di qualità: metodi, strumenti e applicazioni

in collaborazione con Centro Studi Fatebenefratelli

Como, 9/10/11 ottobre 2008*Docente: Dott. Duilio Loi***Programma****9 ottobre****9.00/12.30**

- ▷ Ambiti dell'assistenza infermieristica
- ▷ Cosa è la Ricerca (a cosa serve, perché serve)
- ▷ Dalle origini alla riflessione sul Metodo
- ▷ Tipi e modelli di Ricerca
- ▷ Elementi di Statistica
- ▷ Elementi di Epidemiologia

Pausa pranzo**13.30/18.00**

- ▷ Dieci passi per la costruzione di un progetto di ricerca infermieristica
- ▷ La Ricerca per l'EBN (linee guida per la pratica)
- ▷ Evidence Based Nursing lez. Magistrale docente LOI
- ▷ Evidence Based Nursing n glossario discussione-dibattito l'esperto risponde

10 ottobre**9.00/12.30**

- ▷ Inquadramento giuridico e responsabilità professionale dell'infermiere nella fase di raccolta dati
- ▷ Valore delle scale come strumenti di raccolta dati
- ▷ Valutazione multidimensionale
- ▷ Valutazione funzionale
- ▷ Valutazione multidimensionale-Valutazione funzionale è discussione-dibattito, l'esperto risponde

Pausa pranzo**13.30/18.00**

- ▷ Le Scale (ADL, IADL, Barthel, Barthel /Shah, Norton, Braden)
- ▷ Esercitazione su simulazione di casi clinici

11 ottobre**9.00/12.30**

- ▷ Valori e Paradigmi di riferimento per la professione infermieristica (Uomo, Salute, Ambiente, Assistenza infermieristica)
- ▷ Revisione teorica del processo di Nursing (origini, fasi, applicazioni)
- ▷ Le diagnosi Infermieristiche (tipi, modalità di costruzione, utilizzo)
- ▷ Diagnosi Nanda

Pausa pranzo**13.30/18.00**

- ▽ Test di verifica:
 - ▷ Esercitazione su simulazione di casi clinici



Costo:

€ 20,00 IPASVI

Como

€ 40,00 IPASVI iscritti

ad altri Collegi

Destinatari:

Infermieri, Infermieri

Pediatrici, Assistenti

Sanitarie

Posti a disposizione:

n. 80 IPASVI Como

n. 20 IPASVI iscritti

ad altri Collegi

Data apertura

iscrizioni:

mercoledì 15

ottobre 2008

e fino ad esaurimento

posti (vedi modalità

iscrizioni eventi

formativi)

Evento in fase

di accreditamento

Le cure complementari e l'assistenza infermieristica nella gestione del dolore dei malati

Centro Cardinal Ferrari

Como 18 novembre 2008

Docenti: Inf. Ostetrica Valentina Iacchia

IID Naturopata Martina Milesi

Programma

9.00/12.30

- ▷ La possibile integrazione e l'arricchimento tra le cure complementari e l'assistenza infermieristica
- ▷ La Medicina Tradizionale Cinese e la gestione del dolore
- ▷ L'utilizzo di Oli Essenziali per lenire il dolore: norme di sicurezza

14.00/17.30

- ▷ I rimedi ayurvedici per aumentare la soglia del dolore: meditazione trascendentale, alimentazione, riequilibrio dei dosha, massaggi)
- ▷ Come l'alimentazione può influenzare le risposte di difesa allo stimolo nocicettivo
- ▷ I rimedi floriterapici e la gestione del dolore: Floriterapia di Bach e floriterapia australiana
- ▷ Verifica dell'apprendimento e conclusione dei lavori

Un corso fad gratuito sulla sicurezza

SiCure è un corso Fad promosso dal Ministero della Salute, in collaborazione con Fnomceo e Ipasvi. Affronta il tema della SICUREZZA DEI PAZIENTI E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.

SiCure viene proposto attraverso Internet, è gratuito ed attribuisce 20 crediti agli iscritti che avranno frequentato le lezioni sul web e superato con successo i relativi test.

SiCure si presenta, per rilevanza del tema, per la centralità dei proponenti, per la vastità della popolazione raggiunta, come il più importante esempio di percorso formativo Fad proposto in Italia.

Accedi a SiCure: un'opportunità da non perdere!

<http://netlearning.netstream.it/ilearn/en/learner/jsp/login.jsp?site=sicure>



notizie in pillole
a cura di Stefano Citterio



Caparra
da versare entro
il **19 settembre**:
€ 250,00.

Numero
partecipanti
minimo 25

Il saldo andrà
versato 20 giorni
prima
della partenza.
Tutte le indicazioni
relative
al pagamento
verranno fornite
all'atto della
prenotazione
telefonica.

Quota individuale
di partecipazione
€ 665,00
Supplemento
singola € 195,00

Per ulteriori
informazioni
rivolgersi alla
segreteria del
Collegio negli
orari di apertura
(da lunedì a venerdì
8.30/12.00 –
14.00/16.30)
tel. 031/300218
mail:
info@ipasvicomo.it

Organizzazione
Tecnica - TECK IM
Minerva Unitour
Srl - Pavia -
Autorizzazione
n° 001798
Provincia
di Pavia -
Assicurazione -
Polizza n° 16573
Europ Assistance



Viaggio studio Madrid

04/11/2008 – 9/11/2008

Programma

Primo giorno - martedì 04 novembre 2008

Partenza da Milano Malpensa con volo di linea per Madrid. Trasferimento in hotel con bus privato. Sistemazione in Hotel a Madrid

Secondo giorno - mercoledì 05 novembre 2008

Prima colazione in hotel. Incontro con il Collegio Infermieri di Madrid.

Relazioni programmate:

- 1) Presentazione del servizio socio sanitario e socio assistenziali spagnolo.
- 2) Ruolo, competenze e servizi del Collegio Infermieri di Madrid
- 3) La formazione del personale sanitario e socio assistenziale in Spagna.
- 4) Organizzazione delle strutture sanitarie, assistenziali e dei servizi territoriali.
- 5) Contratti di lavoro

Terzo giorno - giovedì 06 novembre 2008

Prima colazione in hotel.

Visite guidate presso Ospedale, Università, Servizi territoriali.

Quarto giorno - venerdì 7 novembre 2008

Prima colazione in hotel. Giornata a disposizione per visita città di Madrid

Quinto giorno - sabato 8 novembre 2008

Prima colazione in hotel. Visita alla città di Toledo.

Sesto giorno - domenica 9 novembre 2008

Prima colazione in hotel. Trasferimento in bus privato all'aeroporto.

Rientro a Milano con volo su Milano Malpensa

La quota comprende:

- ▷ volo di linea Iberia Milano/Madrid/Milano – tasse aeroportuali italiane e spagnole
- ▷ sistemazione in hotel 4 stelle zona centrale di Madrid con trattamento di pernottamento e colazione
- ▷ Visita guidata di mezza giornata a Madrid (escluso ingressi)
- ▷ Assicurazione voci sanitarie e bagaglio – iva e tasse e diritti di servizio

La quota non comprende:

- ▷ pasti- bevande- ingressi- facchinaggio- assicurazione annullamento viaggio – extra in genere

Informazioni generali:

- ▷ Il viaggio è rivolto agli iscritti al Collegio IPASVI e loro familiari e/o conoscenti
- ▷ Le prenotazioni devono essere effettuate telefonicamente o di persona presso la segreteria del Collegio IPASVI entro e non oltre il 19 settembre p.v.



A fine anno cessa il mandato dell'attuale Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti. Nel prossimo numero di Agorà verranno pubblicate le date delle elezioni per il rinnovo. 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

57

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 _____



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.

58

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 _____



Il miur ha definito la ripartizione dei posti A.A. 2008/2009

1) CORSI DI LAUREA FACOLTÀ DI MEDICINA - POSTI A.A. 2008-9

2) ATTI MINISTERO LAVORO, SALUTE E POLITICHE SOCIALI

1) CORSI DI LAUREA FACOLTÀ DI MEDICINA - POSTI A.A. 2008-9

Con Decreti del 1° luglio, il MIUR ha definito la ripartizione di 34.773 posti. Sono 948 in più dei 33.825 dello scorso anno (+3%).

http://www.aitn.it/rapporti_annuali_mastrillo/Mastrillo%20Report%202007-8%20Not.pdf. Gli esami di ammissione si terranno a inizio di settembre: il 3 per Medicina e Chirurgia, il 4 per Odontoiatria, il 5 per Medicina Veterinaria, il 9 per le triennali professioni sanitarie e, probabilmente, a fine ottobre per le specialistiche delle professioni sanitarie.

Triennali Professioni Sanitarie

http://www.miur.it/0006Menu_C/0012Docume/0015Atti_M/7181Defini_cf2.htm I posti assegnati sono 26.464; rispetto ai 25.677 dello scorso anno, ci sono 787 posti in più (+3,1%). Tuttavia, permane la carenza di posti per i corsi di Infermiere: solo 14.635, nonostante le pressanti richieste delle Regioni per 18.724 posti e della Federazione Infermieri IPASVI per 21.973. Rispetto ai 14.242 posti dello scorso anno i posti in più sono solo 393 (+2,8%).

Specialistica in Medicina e Chirurgia

http://www.miur.it/0006Menu_C/0012Docume/0015Atti_M/7177Defini_cf2.htm. Con 7.563 posti su 41 università sono solo 197 (+2,7%) i posti in più rispetto ai 7.366 dell'anno scorso. Mentre le Regioni ne hanno chiesto 8.129.

Specialistica in Odontoiatria

Il Decreto non è stato ancora reso noto. Lo scorso anno i posti furono 782

Specialistica in Medicina Veterinaria

http://www.miur.it/0006Menu_C/0012Docume/0015Atti_M/7178Defini_cf2.htm. Assegnati 1.201 posti, 141 in meno (-10%) rispetto ai 1.342 dello scorso anno. Mentre le Regioni ne hanno proposto 736.

Specialistiche Professioni sanitarie

Permane l'attesa dei Decreti sulle modalità e data di ammissione e sul numero dei posti che lo scorso anno furono 2.002 in totale per le 4 classi
http://www.aitn.it/areatest/scuole/Mastrillo%20Specialistiche_regioni.pdf
http://www.aitn.it/areatest/scuole/Mastrillo%20Specialistiche%20_Universita.pdf

2) ATTI MINISTERO LAVORO, SALUTE E POTICHE SOCIALI

Deleghe ai Sottosegretari -Decreti del 23 maggio 2008. Sono stati pubblicati nella G.U. n. 145 del 23 giugno 2008, i decreti del 23 maggio 2008, concernenti le deleghe ai Sottosegretari di Stato, Ferruccio Fazio, Francesca Martini, Eugenia Maria Roccella e Pasquale Viespoli.

http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/News/20080624_deleghe_Sottosegretari.htm

In specifico al Sottosegretario Fazio è stata affidata la delega sulle materie afferenti le professioni sanitarie, ad eccezione dei Servizi di assistenza sanitaria al personale navigante (SASN), ivi compresa la formazione specialistica dei medici, nonchè i rapporti istituzionali con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università.

http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/4B74B817-8B03-48F4-84A6-2FAD11FC1A94/0/20080523_DM.pdf



Il prof. Vaquez alla Pitié (1921)



Edouard Vuillard, *Il Prof. Vaquez all'Hopital de la Pitié, 1921*, olio su tela, Parigi

Il quadro, intitolato all'illustre prof. Vaquez, non ne propone un ritratto convenzionale, ma ce lo mostra impegnato nella visita, nel "giro" di reparto, nella routine di tutti i giorni.

Quiete, intimità, e relazione tra malato e curante sono i fattori prevalenti. Anche i colori, con quel bianco panna di camici e lenzuola, richiamano una luminosità calda e suggeriscono una serenità inusuale in quadri di materia medica. Gli assistenti partecipano del clima generale e del gesto del loro maestro, guardando la paziente che costituisce il vero fulcro del dipinto; su di lei convergono le linee degli sguardi e delle mani di tutti gli attori implicati nel gesto della cura, che si riassume in quello sguardo ed in quella mano, segno della relazione, dell'incontro di due libertà, che perforano l'asimmetria comunque ineliminabile fra il medico ed il suo assistito.

La concretezza con cui è resa la camera di ospedale fa emergere tutta l'importanza della struttura, dentro la quale si compie l'azione e si rende possibile il compito, suggerito dalla grande finestra che sfonda lo spazio e connota di positività la prospettiva della scena. Fuori, in un autunno soleggiato, passeggiano dei degenti tra gli alberi del cortile: altre finestre ci propongono la dimensione della struttura ospedaliera. L'iniziativa del soggetto si svolge dentro un contesto, che costituisce la condizione per l'espressione professionale, lo strumento che consente lo sviluppo del compito.

Il progresso scientifico ha trasformato radicalmente, e in meglio, quella camera di ospedale e il suo contesto, ma la preponderanza dell'approccio tecnologico ha schiacciato quello fondato sulla relazione, imponendo processi di diagnosi e cura che vogliono sostituirsi alla possibilità di irruzione della libertà personale nella risposta ai bisogni sanitari. La rigidità di uno schema non si vince con altri schemi di organizzazioni più perfette, ma per l'irruzione di una libertà individuale mossa dal desiderio di un bene.

(Tratto da www.medicinapersona.it)

