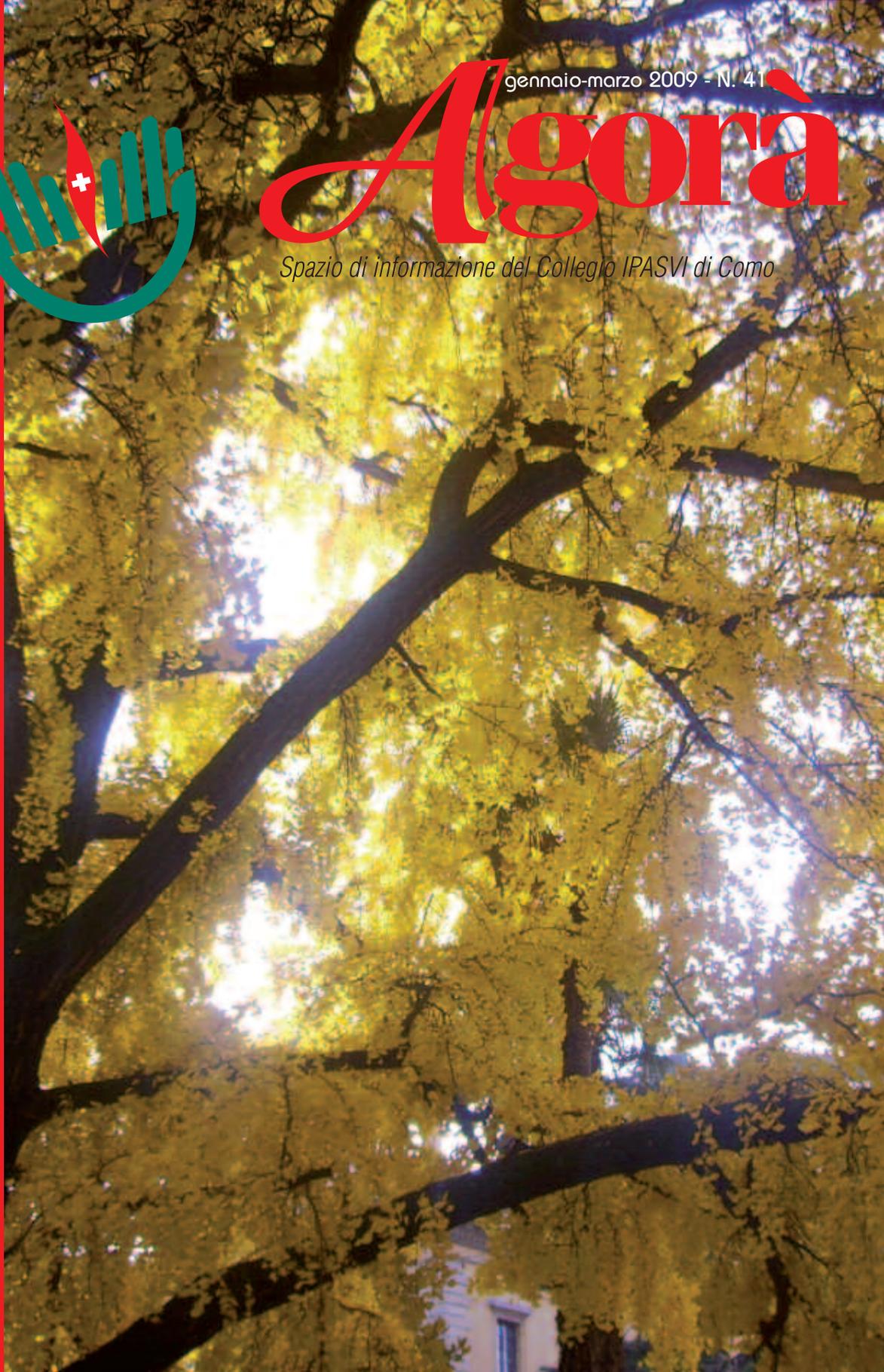




gennaio-marzo 2009 - N. 41

Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



<i>Editoriale</i> Orientamenti, prospettive e rischi del nuovo codice deontologico dell'infermiere	2
Elezioni Collegio IPASVI COMO	5
Impressioni dal XV Congresso Nazionale della Federazione Nazionale	7
Mozione conclusiva del Congresso	8
Esito delle elezioni per il rinnovo del Comitato Centrale	10
Dichiarazioni anticipate di trattamento: implicazioni bioetiche	11
Lettera a Federazione e ai Collegi sul Caso Englaro	16
Cure sanitarie ai clandestini: anche gli infermieri dicono no all'obbligo di denuncia	17
Accreditamento regionale: nuove regole	18
<i>È evidente che...</i> Catetere vescicale e catetere esterno a confronto	21
<i>Infermieristica e cure complementari</i> Dove osano le cicogne...	25
<i>Ri...visti</i> Settembre 1966 proposta di legge n. 3288	28
<i>Posta e risposta</i>	31
<i>News from the web</i>	34
La presa in carico in un Servizio Psichiatrico Territoriale: l'esperienza del Centro Psicossociale di Cuggiono	35
Il ruolo del coordinatore infermieristico nella formazione continua dei collaboratori	38
Commissione Formazione	45
Segreteria informa	49
Esercizi convenzionati	50
Nuove iscrizioni e cancellazioni	51
Bacheca	52

ORIENTAMENTI, PROSPETTIVE E RISCHI DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

Dal 1 marzo è in vigore il nuovo Codice deontologico dell'Infermiere, celebrato nel corso dell'ultimo congresso nazionale di Firenze, frutto di un grande impegno dell'intera compagine professionale. Come ci ha comunicato la Presidente Silvestro nella presentazione, il nuovo Codice Deontologico "*si pone come alto strumento per perseguire la qualità dell'assistenza infermieristica e per manifestare le modalità cui gli infermieri vogliono impegnarsi, nell'agire professionale, per gli assistiti e l'intera collettività*". Nei fatti il nuovo Codice dichiara a tutti, infermieri e non, lo sviluppo e l'innovazione della nostra professione particolarmente significativi in questi ultimi 10 anni.

Il Codice Deontologico si pone quindi come strumento normativo e prescrittivo per l'infermiere nell'ambito della relazione assistenziale con la persona assistita.

Va subito evitato un fraintendimento, in quanto non è possibile chiedere al CD ciò che non può fare, ossia determinare l'eccellenza professionale, semmai il codice deve fissare il **limite minimo** sotto il quale un comportamento professionale, non solo risulta inaccettabile, ma deve essere perseguito. È chiaro che nessun codice potrà mai sostituirsi alla libertà del professionista che, invece, è sollecitato a mettere in gioco la propria



libertà nella specifica situazione in cui si trova ad agire.

L'orientamento del nuovo Codice segue il solco tracciato dal Codice del 1999, le cui principali scelte vengono ribadite cercando di cogliere le evoluzioni scientifiche e normative del mondo infermieristico e sanitario in genere.

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

- difesa della persona e sostegno nel raggiungimento della sua autonomia in particolare nelle situazioni di disabilità, svantaggio e fragilità (articoli 7, 24, 31);
- il diritto all'obiezione di coscienza viene sostenuto e ribadito introducendo il concetto di "clausola di coscienza", intesa come la possibilità riconosciuta all'infermiere di non essere obbligato a prestazioni contrarie ai propri valori e ai principi della professione nel caso di questioni non regolamentate da leggi, come l'aborto o la procreazione medicalmente assistita¹ (art.8);
- attenzione e valorizzazione dell'interazione tra professionisti e dell'integrazione interprofessionale, rispetto e lealtà verso gli altri operatori sanitari e i colleghi (articoli 14, 19, 22, 23, 27, 41, 42, 45, 46);
- rifiuto della contenzione, intesa come evento straordinario (art. 30). Su questo punto il nostro collegio aveva proposto una diversa formulazione che recitava: *"L'infermiere promuove tutti gli interventi ambientali, organizzativi, formativi e relazionali allo scopo di*

evitare il ricorso alla contenzione che considera essere atto estremo", nel tentativo di rafforzare il concetto del rifiuto alla contenzione;

- sostegno all'importanza della palliazione (art. 35) e della necessità di contrastare il dolore ed alleviare la sofferenza (art. 34);
- rifiuto dell'accanimento terapeutico (art. 36). Su questo punto il nostro collegio aveva proposto la seguente modifica: *"L'infermiere rispetta la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli eccessi diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica"* nel tentativo di rafforzare e rendere maggiormente visibile il concetto di accanimento;
- rifiuto dell'eutanasia (art. 38), cui è stato aggiunto, rispetto alla precedente formulazione del 1999, il rafforzativo "non attua";
- la diffusa presenza del moderno concetto di advocacy, cioè "la funzione di protezione e promozione dei diritti, degli interessi e della dignità del paziente, in un contesto di relazione, accoglienza del sistema culturale e valoriale della persona e riconoscimento della sua autoderminazione" (articoli 32, 33, 36, 37, 47, 48, 49, 50 e 51);
- anche il principio di autonomia trova particolare rilievo rispetto al passato e anche nei confronti degli altri principi etici (articoli 20, 21, 25, 31, 36, 37).

Dopo questa sintetica analisi dei principali contenuti del codice è opportuno soffermarsi su **due possibili rischi**.

Il primo riguarda **il problema del confine tra**

¹ Su questo aspetto occorre riflettere sulla formulazione dell'art. 8 che, pur ricalcando l'art. 2.5 del CD/1999, è stata proposta con una interpretazione che suscita diverse perplessità. Secondo questa interpretazione restrittiva l'infermiere potrebbe avvalersi della clausola di coscienza solo se vi fosse il contemporaneo contrasto fra i principi etici della professione e i propri valori. Non si tratta quindi di considerare uno solo di questi elementi, bensì la loro contemporaneità, il che renderebbe praticamente inapplicabile tale facoltà. Dopo aver sottoposto tale criticità durante il Consiglio Nazionale del 17 gennaio 09, attendiamo una più chiara interpretazione di questo articolo (es. nel Commentario al Codice di prossima uscita).



principio di autoderminazione (il diritto della persona di decidere in autonomia se accettare o rifiutare le cure e l'assistenza e di predisporre della propria persona) e **il principio di beneficenza** (il dovere degli operatori sanitari di promuovere il bene, assicurando le cure e l'assistenza necessarie per la vita della persona).

L'esaltazione del principio di autodeterminazione rischia di produrre aberrazioni incontrollabili come la recente legalizzazione della vendita di organi effettuata dalle autorità di Singapore che, a mio avviso, ben evidenzia il rischio in discussione se, oltre all'autonomia individuale, non viene proposto un ragionevole contrappeso che vincoli questo principio non solo al rispetto degli altri ma anche a qualcosa di più come la dignità della persona o l'invulnerabilità della vita. Anche l'esasperazione del principio di beneficenza non è esente da rischi, qualora si configuri come accanimento terapeutico o violazione del consenso informato.

Il secondo rischio, altrettanto pericoloso, è quello di interpretare i temi etici in chiave giuridica, che ben si evidenzia dalle analisi etiche dei casi di cronaca (es. Welby ed Englaro) mutate, spesso, solamente da riflessioni di carattere giuridico.

È bene ricordare che non tutto ciò che è consentito o previsto dalla legge è legittimo dal punto di vista deontologico ed etico.

Far coincidere l'etica (o la deontologia) con il rispetto delle leggi dello stato (o delle sentenze) è una grave e pericolosa **deriva "legalista"** che rischia di ridurre il discorso etico ad una applicazione meccanica di norme o codici, eliminando il soggetto (l'infermiere), espropriandolo dalla sua connotazione di essere libero e responsabile.

L'attuale contesto di relativismo etico, non aiuta ad arginare i rischi preannunciati.

In attesa che il relativismo etico si trasformi in reale pluralismo etico, ciò che può aiutare è ricondurre il tutto alla propria esperienza di uomini. **È necessario cioè sottomettere la ragione** (e i principi) **all'esperienza**. Mi riferisco all'esperienza che ciascun infermiere fa con i propri malati, su cosa chiedono e desiderano in determinate circostanze, su quali sono le risposte "giuste e ragionevoli" che vengono abitualmente date.

In questo senso ogni infermiere è portatore di una "competenza etica" non paragonabile ad alcun studio o riflessione, occorre solo utilizzarla.

Grazie per l'attenzione.

BIBLIOGRAFIA

- Codice deontologico dell'infermiere, Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 2009;
- Gruppo di lavoro IPASVI Como, Analisi e proposte di modifica alla Bozza di Codice Deontologico dell'infermiere presentato il 12 febbraio 2008; mat. ad uso interno
- S. Citterio, *Codice Deontologico dell'infermiere: quale idea di persona esprime?*, Agorà n. 37, ottobre 2007
- S. Citterio, *Nuovo Codice Deontologico dell'infermiere: alcune osservazioni di metodo per una lettura critica e responsabile*, Editoriale, Agorà n. 38, aprile 2008;
- P.C. Motta, *Sull'Etica infermieristica: what it is and what it is not*, Editoriale, Nursing Oggi, n. 3, 2008
- P.C. Motta, *Dalla parte giusta: l'advocacy nella professione infermieristica*, Editoriale Nursing Oggi, n. 2/2008

Per chi non avesse ricevuto il testo integrale del Codice Deontologico, allegato all'Infermiere, lo può scaricare dal sito www.ipasvicomo.it.

Sul tema consiglio la lettura di S. Menard, L. Voza "Si può curare" Mondadori 2009



ELEZIONI del COLLEGIO IPASVI COMO

Nei giorni 23/24/25 gennaio u.u.ss. si sono svolte, in seconda convocazione, le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei Conti per il triennio 2009/2011 del Collegio IPASVI della provincia di Como. In base a quanto risultato dalla procedure di spoglio dei voti e dalla successiva distribuzione delle cariche i nuovi organi del Collegio risultano così composti:

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente:	Dott.	STEFANO CITTERIO
Vice Presidente:	Inf.	PAOLO VARANI
Segretario:	Inf.AFD	MARIA LUISA BIANCHI
Tesoriere:	Inf.	CIRO MARINO
Consiglieri:	Dott.ssa	KATIA CAVENAGHI
	Inf.	DANIELA FRIGERIO
	Inf.	PAOLA GIUSSANI
	Inf.	ROSELLA MAFFIA
	Inf.	MICHELA MARZORATI
	Inf.	ANTONELLA PEVERELLI
	Inf.AFD	PAOLA MARIELLA POZZI
	Inf.	SANDRO TANGREDI
	Inf.	ANTONIA TOSCANO
	Inf.	MONICA TROMBETTA
	INF.AFD	DORIANA VALLE

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente:	Inf.	MARIO CARROZZO
Membro effettivo:	Inf.	MONICA MASTROSERIO
Membro effettivo:	Inf.	ORESTE RONCHETTI
Membro supplente:	Inf.	ALESSANDRO ZAMPA

UNA STRANA IDEA DI PROFESSIONE. NOTA DI COMMENTO AL VOTO

Questa volta, ci credevamo davvero. Tutto lasciava presagire qualche cosa di più. Il Consiglio direttivo si è impegnato a proporre diverse iniziative per favorire la massima affluenza degli iscritti alle Elezioni:

- due convegni, uno sulla Contenzione e l'altro sulla Documentazione sanitaria, due temi interessanti sempre attuali;
- un concerto il venerdì sera con la presentazione di un libro fotografico sull'Ex Ospedale Psichiatrico, nel quale molti infermieri comaschi hanno lavorato;
- uno spettacolo teatrale il sabato sera;

- la presentazione della ricerca del Collegio sulla Documentazione infermieristica che ha direttamente e indirettamente coinvolto molti collegi di tutta la provincia;
- la diffusione del volantino per sostenere le ragioni di un impegno istituzionale nel Collegio;
- un numero di candidature significativamente alto rispetto alle precedenti tornate elettorali.

Tutto ciò lasciava intendere che almeno questa volta la percentuale dei votanti potesse salire rispetto al passato, raggiungendo numeri dignitosi e significativi di una partecipazione attenta e



sentita alla istituzione deputata alla rappresentanza professionale.

In realtà i **votanti sono stati il 5,5% degli iscritti**, un risultato che, se confrontato con quello di altri Collegi o Ordini professionali (salvo rare eccezioni) abitualmente attestati intorno al 3 - 4% degli iscritti, potrebbe indicare un segnale positivo.

L'attuale Consiglio Direttivo ha condiviso il parere che tale aspetto costituisca **una fra le principali criticità di tutto il sistema ordinistico delle professioni**.

Come Consiglio Direttivo abbiamo cercato di individuare, anche sottoforma di **autocritica**, le ragioni di questa "disaffezione" e scarsa partecipazione agli organismi di rappresentanza oramai cronica ed abituale non solo per il nostro Collegio ma per l'intero sistema della rappresentanza professionale e non. Va rilevato infatti che la partecipazione degli infermieri ad altre forme associative e di rappresentanza (sindacati, partiti, associazioni, ...) è anch'esso piuttosto basso. Questo trend pare sia comune a tutte le categorie di lavoratori, professionali e non. Probabilmente, la possibilità di rivendicare i propri diritti è oramai garanzia per tutti indipendentemente dalla presenza di una istituzione/associazione formale e rappresentativa, di conseguenza tali organizzazioni riducono il loro valore sociale. Certo per gli infermieri, va sottolineata "l'aggravante" che come categoria siamo poco presente nelle altre istituzioni pubbliche.

La forma e le modalità di votazione, modificabili solo da una legge dello stato, sono risalenti agli anni 50, richiedono di scrivere 19 nomi e cognomi e non prevedono l'utilizzo di forme più moderne come il voto elettronico via web che, certamente favorirebbe una partecipazione più ampia degli iscritti.

Il Consiglio direttivo si rende conto anche della percezione di scarsa incidenza delle azioni del Collegio nell'attività quotidiana di ciascuno ma il problema non è chiedersi "che cosa mi dà il collegio?" bensì "cosa posso fare io per aumentarne la forza di rappresentanza?" che, altrimenti rischia di essere compromessa dagli stessi iscritti.

Esiste però una **questione culturale** alla base di

questa situazione problematica che risiede anche nella consapevolezza professionale che manifestiamo, ad esempio, in occasioni come queste.

Tale approccio culturale non considera l'appartenenza al gruppo professionale come valore, così da giustificare almeno un impegno minimo, come quello di andare a votare. Il c.d. "corpo professionale" forse non c'è più o non è mai esistito tranne che nelle teorie dei sociologi.

La sensazione è che sia prevalente quella **strana idea** che per essere professionisti è sufficiente che ciascuno faccia bene il proprio lavoro, con il proprio paziente o al massimo nella propria UO e tutto il resto (dalla formazione al collegio) non c'entrano nulla o peggio, sono ininfluenti.

In realtà la struttura professionale in cui siamo inseriti tutti è rappresentata da più sistemi che interagiscono tra loro. Pertanto il livello più strettamente tecnico-professionale necessità di quello accademico e formativo così come il livello organizzativo - gestionale non può prescindere da quello più operativo, questi stessi sistemi richiedono a loro volta una rappresentanza politico-professionale che consenta il mantenimento delle condizioni per la crescita di tutte le componenti lavorative. Senza una visione sistemica del mondo professionale il rischio è quello di racchiudersi nella propria nicchia (più o meno dorata) ipotizzando una autosufficienza non realistica.

Il Consiglio Direttivo intende impegnarsi per accrescere sempre di più la partecipazione degli iscritti alla "vita associativa" del collegio attraverso le varie forme possibili: iniziative formative, assemblee, internet, Agorà e altro ancora, ritenendo tale aspetto una delle priorità da sviluppare in questo triennio con l'auspicio di trovare la massima attenzione, comprensione e collaborazione da voi tutti. Per questo motivo restiamo aperti a tutte le proposte che vorrete farci pervenire.

In effetti **IL COLLEGIO in sé non esiste**, non è altro che l'insieme dei professionisti iscritti e solo partendo da loro (cioè tutti noi) è possibile una costruzione sempre più positiva ed incidente sulle vicende professionali di tutti.

Il Presidente
Dr. Stefano Citterio



Impressioni dal XV Congresso Nazionale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI

Firenze, 26-28 febbraio 2009

A cura di Oreste Ronchetti*

7

4500 partecipanti e circa 22 ore tra relazioni, dibattiti e confronti distribuiti in due giornate e mezzo. Credo siano numeri importanti per un convegno che voleva fare il punto sulla situazione della professione infermieristica in Italia.

Sono stati giorni intensi e molto motivanti, momenti mai banali, con interventi decisamente interessanti, ma quello che più risaltava era il clima che si è respirato durante quelle ore.

Un clima determinato dagli interventi, in particolare da quelli della presidente, incentrati sulla responsabilità che, come infermieri, abbiamo nei confronti di una delle più importanti realtà del nostro paese: il sistema sanitario, volto a garantire possibilità per ogni cittadino di essere curato ed assistito, di vedere soddisfatti i propri bisogni in relazione alla salute ed alla dignità della propria esistenza.

Ogni infermiere si deve sentire responsabile del funzionamento di questo sistema e nessuno può chiamarsi fuori; nessuno può ritenere che questa responsabilità non gli competeva.

Siamo professionisti della salute, chiamati a lavorare in équipe con altri professionisti, per raggiungere il miglior risultato possibile nel soddisfacimento dei bisogni delle persone che si affidano a noi. Questo vuol dire essere preparati nel comprendere i bisogni che vengono espressi dalla persona assistita, ma vuole anche dire saper lavorare con altri professionisti, saper indirizzare ed utilizzare nel modo migliore le risorse disponibili, nostre e degli altri collaboratori, saper analizzare i problemi e saper trovare soluzioni condivisibili e condivise, senza arroccamenti corporativisti-

ci, invidie o sensi di inferiorità nei confronti di nessuno.

In quei giorni è emerso con chiarezza il ruolo centrale degli infermieri nel sistema salute, ruolo centrale ed importante se lo si svolge cercando la collaborazione e sviluppando la progettualità.

Una progettualità che deve considerare il sistema nel suo insieme, per capire ed incidere sugli anelli deboli della catena, per rafforzarli, come hanno fatto tutti quei colleghi che hanno presentato progetti di ricerca e sviluppo per migliorarne il servizio. Per la prima volta non ho sentito continue lamentele nei confronti di politici e professionisti di altre categorie, che ci impedirebbero di crescere ed esprimerci al meglio, ma piuttosto ho percepito la voglia e la volontà di dimostrare che siamo in grado di portare il nostro contributo, concretamente, attraverso progetti veri, verificabili ed attuabili.

Nessuno ha nascosto la difficoltà di agire in questo modo, di passare dalle lamentele alla propositività, di sostenere questo cambiamento di cultura e mentalità. Ma da parte di tutti è stato sottolineato come questa sia l'unica via percorribile per dare la giusta importanza, il giusto riconoscimento ed il giusto spazio alla nostra professione.

È un inizio certo, ma l'impressione è che sia un inizio con basi solide, come se finalmente si sia aperta una porta che da tempo molti colleghi attendevano per potersi esprimere e dimostrare che sul sistema sanità anche gli infermieri sono in grado, con pari dignità e pari responsabilità, di dire la loro, di portare il loro contributo, con progetti concreti ed attuabili da subito e per tutti.

* Infermiere libero professionista – Componente Collegio Revisori dei Conti



Mozione conclusiva del Congresso

8

Gli infermieri italiani, riuniti a Firenze dal 26 al 28 febbraio 2009 per il XV Congresso nazionale della Federazione dei Collegi Ipvsi:

affermano: il loro essere professionisti della salute e dell'assistenza. Professionisti ai quali ogni cittadino ed ogni assistito può rivolgersi in un rapporto diretto, professionalmente e deontologicamente strutturato e senza la necessità della mediazione di altri gruppi professionali;

sanciscono: "l'atto infermieristico", inteso come il complesso delle attività, delle responsabilità, delle prerogative, delle competenze e dei saperi dell'infermiere nell'esercizio della sua attività professionale in tutti gli ambiti e in tutte le situazioni;

si impegnano: alla costruzione di una nuova relazione con l'assistito per dare risposte peculiari, appropriate e pertinenti alle esigenze di cura e ai bisogni di assistenza - in continua e dinamica evoluzione - attraverso la "presa in carico", la ricomposizione del progetto di vita e la strutturazione di una continuità assistenziale costantemente connessa alla rete parentale e sociale della persona/assistito;

promuovono: un nuovo "patto sociale" definito sulla convinzione che il "sistema salute" ha tutti i numeri, i valori e le professionalità per diventare a tutti gli effetti una "grande impresa sociale" che crea ricchezza, know how, benessere e stimola innovazione, investimenti, occupazione e coesione sociale;

sollecitano: una profonda riflessione per ripensare il sistema sanitario, la sua organizzazione, la sua gestione e la sua articolazione sul territorio;

chiedono: il riconoscimento a tutto tondo del ruolo degli infermieri e la valorizzazione delle funzioni che possono e devono assumere a fronte delle loro nuove competenze e responsabilità, a partire dalla nuova definizione di "governo clinico e assistenziale" quale strumento di orientamento e governo della sanità;

sottolineano: la necessità di incidere sulla programmazione universitaria e di incrementare sostanzialmente il numero dei docenti infermieri affinché siano i reali preparatori e formatori dei futuri professionisti;

riaffermano: che l'infermiere è un professionista laureato, con un profilo formativo costantemente aggiornato, protagonista nella docenza, nella ricerca e nella pratica clinico-assistenziale. Un professionista a diretto contatto con la persona, con proprie responsabilità professionali nei confronti dell'assistito e della struttura in cui opera e con compiti di organizzazione, gestione e verifica dei risultati;

ribadiscono: che l'infermiere deve vedere finalmente definiti e riconosciuti diversi e progressivi sviluppi di carriera e diversi e progressivi profili retributivi, corrispondenti alla articolazione del suo lavoro e alle specifiche attribuzioni di responsabilità;

PARTENDO DA QUESTE AFFERMAZIONI CHIEDONO:

- la valorizzazione del paradigma assistenziale infermieristico strutturato sulla centralità della persona e dei suoi bisogni espressi ed inespresi nei processi di cura e di assistenza;
- il superamento della logica prestazionale nell'assistenza domiciliare a favore della logica per processi e del case management infermieristico;
- la ridefinizione e il riconoscimento del ruolo degli infermieri per la presa in carico e la continuità assistenziale in ospedale, sul territorio e fra ospedale e territorio;
- l'orientamento all'assistenza infermieristica nel territorio secondo le logiche dell'infermieristica di famiglia, dell'integrazione socio sanitaria e della complementarietà dell'esercizio libero professionale infermieristico;
- il superamento dell'attuale settorializzazione - su base esclusivamente medica - delle degenze ospedaliere a favore dell'aggregazione per complessità assistenziale infermieristica;
- il riconoscimento e la valorizzazione della direzione e del management infermieristico in tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e private;
- il riconoscimento della libera professione infermieristica intramuraria per un completamento ed arricchimento dell'offerta sanitaria infermieristica;
- il riconoscimento della rilevanza della direzione,



- della docenza e del tutoraggio infermieristico per la preparazione dei futuri professionisti infermieri;
- la rimodulazione dei processi formativi orientati alla valorizzazione delle competenze;
- il riconoscimento della rilevanza della ricerca e della sperimentazione nell'ambito dell'assistenza infermieristica;
- il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze infermieristiche esperte, specialistiche e della consulenza infermieristica;
- una peculiare, strutturata e specifica progressione di carriera collegata alla ridefinizione globale dei processi di cura ed assistenza ed alla correlata specificità assistenziale infermieristica in ambito ospedaliero e territoriale.

Firenze, 28 febbraio 2009

Al via le trattative per il rinnovo del contratto sanità

Si sono ufficialmente aperte la scorsa settimana le trattative per il rinnovo del secondo biennio economico 2008/2009 del contratto del personale del comparto Sanità. Cgil, Cisl e Uil hanno già bocciato le proposte di parte pubblica sottolineando nelle premesse della loro piattaforma che il contratto 2008/2009 dovrà acquisire il massimo delle disponibilità per la difesa del potere d'acquisto dei salari e ricercare tutte le soluzioni utili per integrare ulteriori risorse per la contrattazione decentrata e rafforzare gli strumenti di tutela e promozione degli operatori. La parte pubblica ha insistito sulla necessità di regolare alcune materie e in particolare gli incarichi di coordinamento normalizzando la situazione transitoria di chi non ha ancora il master indicato dalla legge pur avendo un coordinamento, ma anche inserendo la possibilità di conferire incarichi di funzione specialistica per il personale con il master per le funzioni specialistiche previsto dalla legge 43/2006. Aran e Regioni hanno proposto di regolare le prestazioni aggiuntive e degli infermieri e tecnici di radiologia, individuando tutte le modalità per il ricorso a tali prestazioni, ma lasciando la formazione della tariffa a livello locale. Inoltre la loro proposta mette mano alla mobilità interna eliminando il vincolo dei 10 chilometri per i trasferimenti "liberi" da parte dell'azienda, ma prevedendo un eventuale ristoro economico, per un periodo limitato (un anno), del disagio del lavoratore che si sposta.

Le novità proposte dall'Aran

- Prestazioni aggiuntive: l'azienda può chiedere al personale infermieristico e tecnico di radiologia l'effettuazione di ulteriori prestazioni in favore della stessa azienda, anche in strutture organizzative diverse da quelle di appartenenza. Il ricorso alle prestazioni aggiuntive può avvenire solo con autorizzazione regionale al momento di approvazione del bilancio preventivo e nei limiti della spesa fino a quel momento sostenuta.
- Funzioni di coordinamento: al personale collaboratore professionale sanitario, livello economico Ds, possono essere conferiti incarichi di coordinamento delle attività con specifiche responsabilità. A chi ha un incarico di coordinamento spetta un'indennità di 1.500 euro più la tredicesima mensilità. Le aziende possono prevedere oltre la parte fissa una parte variabile fino ad ulteriori 12.000 euro da stabilirsi in relazione alla graduazione delle funzioni in connessione con la complessità dei compiti affidati. L'incarico di coordinamento è incompatibile con il rapporto di lavoro a tempo parziale.
- Funzioni specialistiche: per valorizzare le competenze tecniche e le conoscenze cliniche per il miglioramento della qualità dell'assistenza e le capacità didattiche e formative del personale di categoria D, sono istituiti gli incarichi per le funzioni specialistiche collegati allo svolgimento di compiti particolari. L'indennità annua lorda varia da un minimo di 1.500 a un massimo di 13.500 euro per 13 mensilità.
- Posizioni organizzative: a chi è conferita una posizione organizzativa spetta un'indennità di funzione da 3.600 a 13.500 euro su 13 mesi. Per gli incarichi le aziende tengono conto della natura e caratteristiche dei programmi da realizzare, dei requisiti culturali posseduti, delle attitudini e della capacità professionale ed esperienza acquisite dal personale.
- Mobilità: non è considerata mobilità lo spostamento del dipendente all'interno della struttura di appartenenza. Se il dipendente è assegnato a sedi particolarmente disagiate, con un rilevante aggravio documentato delle ore di percorrenza casa-lavoro e viceversa, l'azienda potrà erogare una somma a titolo di ristoro del disagio per un massimo di un anno.

Fonte *Ilsole24ore Sanità* n. 9 del 10-16 marzo 2009



Esito delle elezioni per il rinnovo del Comitato Centrale e del Collegio Revisori dei Conti della Federazione Nazionale IPASVI

COMITATO CENTRALE

Annalisa Silvestro	Presidente
Gennaro Rocco	Vice Presidente
Barbara Mangiacavalli	Segretario
Franco Vallicella	Tesoriere
Danilo Massai	Consigliere
Macello Bozzi	Consigliere
Ciro Carbone	Consigliere

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Vincenzo Gargano	Presidente
Saverio Andreula	Revisore effettivo
Pierpaolo Pateri	Revisore effettivo
Maria Grazia Bedetti	Revisore Supplente

10

OBIETTIVI PROGRAMMATICI DEL TRIENNIO

- Valorizzare il paradigma assistenziale infermieristico strutturato sulla centralità della persona e dei suoi bisogni espressi ed inespressi nei processi di cura e di assistenza
- Orientare l'assistenza infermieristica nel territorio secondo le logiche dell'infermieristica di famiglia, del case management infermieristico, dell'integrazione socio-sanitaria
- Riconoscere il ruolo degli infermieri per la presa in carico e la continuità assistenziale in ospedale, sul territorio e fra ospedale e territorio
- Superare la settorializzazione delle degenze ospedaliere a favore dell'organizzazione per complessità assistenziale infermieristica e valorizzare la direzione e il coordinamento infermieristico in tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e private
- Sancire la libera professione infermieristica intramuraria e valorizzare l'esercizio libero professionale infermieristico
- Riconoscere in ambito universitario la rilevanza e l'autonomia della direzione, della docenza e del tutoraggio infermieristico nei processi di formazione dei futuri infermieri
- Rimodulare i percorsi di educazione continua nella logica dell'acquisizione, del mantenimento e dell'innovazione delle competenze
- Affermare la rilevanza della ricerca e della sperimentazione nell'ambito dell'assistenza infermieristica
- Sostenere e valorizzare le competenze infermieristiche esperte e specialistiche
- Promuovere la progressione di carriera infermieristica collegandola alla ridefinizione globale dei processi di cura ed assistenza ed alla correlata specificità assistenziale in ambito ospedaliero e territoriale
- Mantenere e rafforzare le relazioni con la FEPI, con l'ENPAPI, con le Associazioni professionali infermieristiche, con le Forze sociali e le Rappresentanze dei cittadini
- Ridefinire e rafforzare il ruolo del coordinamento regionale dei Collegi provinciali IPASVI
- Rafforzare e rendere proficua la relazione tra Collegi provinciali e Federazione Nazionale e perseguire la trasformazione dei Collegi provinciali e della Federazione Nazionale in Ordini Provinciali e in Federazione Nazionale degli Ordini degli Infermieri
- Sostenere e diffondere nel panorama nazionale ed internazionale le scelte di politica professionale dei Collegi e della Federazione Nazionale IPASVI e valorizzare ruolo, funzioni e immagine del gruppo professionale infermieristico e dell'infermiere attraverso il sistema comunicativo della Federazione e dell'intera compagine professionale.



Dichiarazioni anticipate di trattamento: Implicazioni bioetiche

A cura di Stefano Citterio*

Il dibattito sulla necessità di una legge sul Testamento Biologico è ormai infuocato e pervade anche il mondo della sanità. Operatori sanitari, politici e giuristi si confrontano non più sulla opportunità di una legge, bensì su quale norma introdurre che regoli le ultime volontà biologiche di una persona.

Come spunti di riflessione proponiamo alcune domande frequenti su questo tema così delicato, ma attualissimo, utilizzando per le risposte quanto espresso dal Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nel dicembre 2003. Riteniamo possano essere una buona base per esprimere valutazioni anche sul DDL approvato in senato.

COSA SONO LE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)?

Nella letteratura bioetica nazionale e internazionale, vengono indicate con l'espressione inglese living will, variamente tradotta con differenti espressioni quali: testamento biologico, testamento di vita, direttive anticipate, volontà previe di trattamento. Tali diverse denominazioni fanno riferimento, in una prima approssimazione, a un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato.

PERCHÉ SONO NECESSARIE LE DAT?

Le varie forme di dichiarazioni anticipate "si iscrivo-



no in un positivo processo di adeguamento della nostra concezione dell'atto medico ai principi di autonomia decisionale del paziente". In realtà, le dichiarazioni non possono essere intese soltanto come un'estensione della cultura che ha introdotto, nel rapporto medico-

paziente, **il modello del consenso informato**, ma hanno anche il compito, molto più delicato e complesso, di **rendere ancora possibile un rapporto personale tra il medico e il paziente proprio in quelle situazioni estreme** in cui non sembra poter sussistere alcun legame tra la solitudine di chi non può esprimersi e la solitudine di chi deve decidere. La finalità fondamentale delle dichiarazioni è, quindi, quella di fornire uno strumento per recuperare al meglio, nelle situazioni di incapacità decisionale, il ruolo che ordinariamente viene svolto dal dialogo informato del paziente con gli operatori sanitari, in primis il medico. È come se, grazie alle dichiarazioni anticipate, il dialogo tra medico e paziente idealmente continuasse anche quando il paziente non possa più prendervi consapevolmente parte.

Nell'affermare questo, il CNB intende anche sottolineare, da un lato, che le dichiarazioni anticipate assegnano al medico e al personale sanitario un compito valutativo reso assai complesso dall'impossibilità materiale di interazione col paziente, un compito, tuttavia, che ne esalta l'autonomia professionale (ma anche la dimensione umanistica); e, dall'altro, che **le dichiarazioni anticipate non devono in alcun modo essere intese come una pratica che possa indurre o facilitare logiche di abbandono terapeutico**, neppure in modo indiretto: infatti, le indicazioni fornite dal paziente, anche quando



esprese (come è in parte inevitabile) in forma generale e standardizzata, non possono mai essere applicate burocraticamente e ottusamente, ma chiedono sempre di essere colate nella realtà specifica del singolo paziente e della sua effettiva situazione clinica.

COME EVITARE IL CARATTERE "ASTRATTO" DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE E LE INEVITABILI "AMBIGUITÀ" DOVUTE AL LINGUAGGIO CON CUI VENGONO FORMULATE, IN SPECIE QUANDO IL PAZIENTE NON SI FACCIA ASSISTERE, NELLA LORO REDAZIONE, DA UN MEDICO O DA ALTRO SOGGETTO DOTATO DI SPECIFICA COMPETENZA?

Uno dei rilievi più frequentemente mossi alle dichiarazioni anticipate, o a documenti consimili, riguarda l'astrattezza di cui questi documenti inevitabilmente soffrirebbero, un'astrattezza e genericità dovuta alla distanza, psicologica e temporale, tra la condizione in cui la dichiarazione viene redatta e la situazione

reale di malattia in cui essa dovrebbe essere applicata. Questo rilievo ha maggior ragione d'essere quando si osservi che c'è un senso in cui sarebbe persino augurabile che la redazione delle dichiarazioni anticipate avvenga nel tempo in cui la persona è non solo nel pieno possesso delle sue facoltà decisionali, ma anche in buona salute, al riparo dallo stress provocato dall'insorgere della malattia e/o dall'ammissione in ospedale. Comunque, anche se, come è ovvio, non è possibile stabilire in astratto quale sia il momento più appropriato per redigere le dichiarazioni anticipate, le preoccupazioni per l'astrattezza dovuta alla distanza di tempo e di situazioni possono essere mitigate dalla previsione che la persona può in ogni momento revocare le sue precedenti volontà, o modificarle in riferimento agli eventuali mutamenti nella percezione della propria condizione esistenziale determinati dall'esperienza concreta della malattia. In quest'ultimo caso – e anche indipendentemente da prece-

denzi redazioni – le dichiarazioni anticipate possono utilmente assumere la forma nota come **"pianificazione sanitaria anticipata"** (**advanced health care planning**) o **"pianificazione anticipata delle cure"**. È fuor di dubbio che molti ardui problemi decisionali di terapia e di trattamento possono essere, se non risolti, almeno attenuati da questo tipo di documenti, qualora vengano formulati nell'attualità delle prime fasi della malattia e trovino specifica applicazione soprattutto in relazione a particolari patologie a lenta evoluzione (AIDS, morbo di Alzheimer, malattie tumorali), il cui decorso tipico è sufficientemente conosciuto e per le quali, in base alle correnti conoscenze mediche, esistono diverse opzioni diagnostico-terapeutiche, nessuna delle quali prevalente in assoluto su altre, ma ciascuna caratteriz-

zata da particolari benefici riconnessi con particolari oneri e tale quindi da esigere una valutazione di complessivo bilanciamento, che non può non spettare, almeno prima facie, se non al paziente stesso.

Comunque resta assai difficile per il paziente definire in maniera corretta (in riferimento ad

astrattezza, linguaggio e completezza) le situazioni cliniche in riferimento alle quali intende fornire le dichiarazioni, di conseguenza questa situazione può essere fonte di ambiguità nelle indicazioni e, quindi, di dubbi nel momento della loro applicazione. Questo rilievo tocca un problema particolarmente spinoso e, se venisse portato all'estremo – se cioè lo si utilizzasse nel senso di ritenere che l'accettabilità delle dichiarazioni anticipate debba dipendere da una loro assoluta precisione di linguaggio o da una assoluta capacità in chi le formuli di prevedere i dettagli delle situazioni di riferimento – toglierebbe già di per sé ogni valenza bioetica e soprattutto pratica alle dichiarazioni: ma sarebbe questa una conclusione eccessivamente drastica.

IN QUESTA LOGICA, COME SI INSERISCE IL RUOLO DEL FIDUCIARIO, OVVERO DEL TUTORE? QUALI LIMITI PUÒ E DEVE A VERE TALE FIGURA?



Questa figura è presente in molti dei modelli di dichiarazioni anticipate proposti in Italia e all'estero, alcuni dei quali già hanno ottenuto riconoscimento legale in diversi Stati.

La nomina di un fiduciario può costituire la strategia individuata per risolvere le difficoltà interpretative delle dichiarazioni anticipate.

I compiti attribuibili al fiduciario possono essere molteplici, ma tutti riconducibili a quello generalissimo **di operare, sempre e solo secondo le legittime intenzioni esplicitate dal paziente nelle sue dichiarazioni anticipate, per farne conoscere e realizzare la volontà e i desideri**; a lui il medico dovrebbe comunicare le strategie terapeutiche che intendesse adottare nei confronti del malato, mostrandone la compatibilità con le dichiarazioni anticipate di quest'ultimo o – se questo fosse il caso – giustificando adeguatamente le ragioni per le quali egli ritenesse doveroso (e non semplicemente opportuno) discostarsi da esse. Tra i principali compiti del fiduciario va posto altresì quello di vigilare contro la concretissima possibilità di abbandono del paziente, soprattutto terminale, da parte dei medici e della struttura sanitaria di accoglienza e questo – evidentemente – in modo indipendente dal fatto che di abbandono si faccia esplicitamente menzione nelle dichiarazioni.

Resta comunque escluso che il fiduciario possa prendere decisioni che non avrebbero potuto essere legittimamente prese dal paziente stesso nelle proprie dichiarazioni anticipate.

QUALI INDICAZIONI OPERATIVE POSSONO ESSERE CONTENUTE IN QUESTI DOCUMENTI?

Il principio generale al quale il contenuto delle dichiarazioni anticipate dovrebbe ispirarsi può essere così formulato: **ogni persona ha il diritto di esprimere i propri desideri anche in modo anticipato in relazione a tutti i trattamenti terapeutici e a tutti gli interventi medici** circa i quali può lecitamente esprimere la propria volontà attuale.

Da questa definizione appare subito evidente (ma mette conto sottolinearlo) che questo principio **esclude che tra le dichiarazioni anticipate possano annoverarsi quelle che siano in contraddizione col diritto positivo, con le norme di buona pratica clinica, con la deontologia medica.**

È per questa ragione che il CNB ritiene essenziale

eliminare ogni equivoco e ribadire che il diritto che si vuol riconoscere al paziente di orientare i trattamenti a cui potrebbe essere sottoposto, ove divenuto incapace di intendere e di volere, **non è un diritto all'eutanasia**, né un diritto soggettivo a morire che il paziente possa far valere nel rapporto col medico, **ma esclusivamente il diritto di richiedere ai medici la sospensione o la non attivazione di pratiche terapeutiche anche nei casi più estremi e tragici di sostegno vitale**, pratiche che il paziente avrebbe il pieno diritto morale e giuridico di rifiutare, ove capace – si pensi a pratiche non adeguatamente validate, comportanti gravi rischi, onerose, non proporzionate alla situazione clinica concreta del paziente, di carattere estremamente invasivo o fortemente gravose per la serenità del trapasso.

Quindi dovrebbe essere possibile dare:

1. Indicazioni sull'assistenza religiosa, sull'intenzione di donare o no gli organi per trapianti, sull'utilizzo del cadavere o parti di esso per scopi di ricerca e/o didattica;
2. Indicazioni circa le modalità di umanizzazione della morte (cure palliative, richiesta di essere curato in casa o in ospedale ecc.);
3. Indicazioni che riflettono le preferenze del soggetto in relazione al ventaglio delle possibilità diagnostico-terapeutiche che si possono prospettare lungo il decorso della malattia;
4. Indicazioni finalizzate ad implementare le cure palliative (CNB 1995)
5. Indicazioni finalizzate a richiedere formalmente la non attivazione di qualsiasi forma di accanimento terapeutico, cioè di trattamenti di sostegno vitale che appaiano sproporzionati o ingiustificati;
6. Indicazioni finalizzate a richiedere il non inizio o la sospensione di trattamenti terapeutici di sostegno vitale, che però non realizzino nella fattispecie indiscutibili ipotesi di accanimento;
7. Indicazioni finalizzate a richiedere la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale.

Queste ultime due ipotesi sono controverse e lo è in modo particolare l'ultima, in specie se si considerano i significati simbolici che si addensano **sull'alimentazione e sull'idratazione**, anche se artificiali. Alcuni membri del CNB sostengono che al paziente



va riconosciuta la facoltà di dare disposizioni anticipate circa la sua volontà (variamente motivabile, in relazione ai più intimi e insindacabili convincimenti delle persone) di accettare o rifiutare qualsiasi tipo di trattamento e di indicare le condizioni nelle quali la sua volontà deve trovare attuazione; e sottolineano la necessità che la redazione di tali disposizioni avvenga (o comunque sia oggetto di discussione) nel contesto del rapporto medico-paziente, in modo che il paziente abbia piena consapevolezza delle conseguenze che derivano dall'attuazione delle sue volontà. Altri membri del CNB ritengono, invece, che il potere dispositivo del paziente vada limitato esclusivamente a quei trattamenti che integrino, in varia misura, forme di accanimento terapeutico, perché sproporzionati o addirittura futili. Non rientrerebbero, a loro avviso, in tale ipotesi interventi di sostegno vitale di carattere non straordinario, né l'alimentazione né l'idratazione artificiale che, quando non risultino gravose per lui, costituirebbero invece, eticamente e deontologicamente doverosi, nella misura in cui – proporzionati alle condizioni cliniche – contribuiscono ad eliminare le sofferenze del malato terminale e la cui omissione realizzerebbe una ipotesi di eutanasia passiva.

QUALE AFFIDABILITÀ PUÒ RICONOSCERSI A TALI DOCUMENTI?

Le dichiarazioni anticipate non garantiscono l'attuazione della reale volontà del paziente: il medico non avrebbe mai la certezza che le dichiarazioni pregiudizialmente espresse in determinate circostanze e condizioni personali (spesse volte di pieno benessere psico-fisico) corrispondano alle volontà che il paziente manifesterebbe, qualora fosse capace di intendere e di volere, nel momento in cui si rendesse necessaria la prestazione terapeutica.

Si possono al riguardo elaborare due contro-argomentazioni.

La prima è la seguente: ove un soggetto, pur debitamente invitato a riflettere sui rischi ai quali sopra si è accennato, (...) non si vede perché il rischio che egli coscientemente deciderebbe di correre dovrebbe operare nel senso di togliere validità alle sue indicazioni.

Si può, in secondo luogo, osservare che per eludere il rischio – indubbiamente grave – della sproporzione che sussiste tra il contenuto della decisione del paziente e il momento in cui essa viene elabo-

rata, si correrebbe il rischio altrettanto grave di non tenere nel dovuto conto l'autonomia del malato.

Secondo questa posizione, quindi, vi sono buone ragioni per sostenere che al consenso o dissenso espresso dal paziente non in stretta attualità rispetto al momento decisionale vada attribuito lo stesso rispetto (alle condizioni che meglio andranno però precisate) che è dovuto alla manifestazione di volontà espressa in attualità rispetto all'atto medico.

LE DAT DEVONO ESSERE VINCOLANTI PER IL MEDICO (E PER GLI OPERATORI SANITARI TUTTI) DAL PUNTO DI VISTA DEONTOLOGICO E GIURIDICO?

La questione riguarda il fatto se alle dichiarazioni anticipate debba essere attribuito un carattere (assolutamente) vincolante o (meramente) orientativo.

Muovendo, come è doveroso fare, dal rispetto del "bene integrale della persona umana" e dall'alleanza terapeutica tra medico e paziente, che ne è il naturale corollario, si può infatti argomentare che quando una persona redige e sottoscrive dichiarazioni anticipate, manifesta chiaramente la volontà che i suoi desideri vengano onorati, ma, al tempo stesso, indicando le situazioni di riferimento, manifesta altrettanto chiaramente la volontà di non assegnare ai suoi desideri un valore assolutamente (e cioè deterministicamente e meccanicamente) vincolante.

Questo carattere non (assolutamente) vincolante, ma nello stesso tempo non (meramente) orientativo, dei desideri del paziente non costituisce una violazione della sua autonomia, che anzi vi si esprime in tutta la sua pregnanza; e non costituisce neppure (come alcuni temono) una violazione dell'autonomia del medico e del personale sanitario, che non deve eseguire meccanicamente i desideri del paziente, ma anzi ha l'obbligo di valutarne l'attualità in relazione alla situazione clinica di questo e agli eventuali sviluppi della tecnologia medica o della ricerca farmacologica che possano essere avvenuti dopo la redazione delle dichiarazioni anticipate o che possa sembrare palese che fossero ignorati dal paziente.

Se è corretto escludere la caratterizzazione vincolante delle dichiarazioni, anche il loro carattere di essere meramente orientative, va escluso quando venga inteso in senso talmente debole da coincide-



re con la restituzione al medico di una piena libertà decisionale ed operativa, che implicherebbe il completo svuotamento di senso delle dichiarazioni anticipate stesse.

IN CONCLUSIONE CHE CARATTERISTICHE DEVONO AVERE LE DAT PER ESSERE LEGITTIME?

Il CNB ritiene che le dichiarazioni anticipate siano legittime, abbiano cioè valore bioetico, solo quando rispettino i seguenti criteri generali:

- A. abbiano carattere pubblico, siano cioè fornite di data, redatte in forma scritta e mai orale, da soggetti maggiorenni, capaci di intendere e di volere, informati, autonomi e non sottoposti ad alcuna pressione familiare, sociale, ambientale;
- B. non contengano disposizioni aventi finalità eutanasiche, che contraddicano il diritto positivo, le regole di pratica medica, la deontologia. Comunque il medico non può essere costretto a fare nulla che vada contro la sua scienza e la sua coscienza;
- C. ai fini di una loro adeguata redazione, in conformità a quanto indicato nel punto B, si auspica che esse siano compilate con l'assistenza di un medico, che può controfirmarle;
- D. siano tali da garantire la massima personalizzazione della volontà del futuro paziente, non consistano nella mera sottoscrizione di moduli o di stampati, siano redatte in maniera non generica, in modo tale da non lasciare equivo-

ci sul loro contenuto e da chiarire quanto più è possibile le situazioni cliniche in relazione alle quali esse debbano poi essere prese in considerazione.

Il CNB ritiene altresì opportuno:

- a) che il legislatore intervenga esplicitamente in materia, anche per attuare le disposizioni della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina e nella prospettiva di una futura normativa biogiuridica di carattere generale relativa alle professioni sanitarie, cui lo stesso CNB potrà fornire il proprio contributo di riflessione;
- b) che la legge obblighi il medico a prendere in considerazione le dichiarazioni anticipate, escludendone espressamente il carattere vincolante, ma imponendogli, sia che le attui sia che non le attui, di esplicitare formalmente e adeguatamente in cartella clinica le ragioni della sua decisione;
- c) che le dichiarazioni anticipate possano eventualmente indicare i nominativi di uno o più soggetti fiduciari, da coinvolgere obbligatoriamente, da parte dei medici, nei processi decisionali a carico dei pazienti divenuti incapaci di intendere e di volere;
- d) che ove le dichiarazioni anticipate contengano informazioni "sensibili" sul piano della privacy, come è ben possibile che avvenga, la legge imponga apposite procedure per la loro conservazione e consultazione.

IL COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA è un organo della Presidenza del Consiglio dei Ministri ed ha funzioni di consulenza nei confronti del Governo, del Parlamento e delle altre istituzioni. Esso è anche collegato ad analoghi organismi di altri Paesi, dell'Unione Europea e del Consiglio d'Europa.

È stato istituito, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 28 marzo 1990, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, con i seguenti compiti:

- elaborare (...) un quadro riassuntivo dei programmi, degli obbiettivi e dei risultati della ricerca e della sperimentazione nel campo delle scienze della vita e della salute dell'uomo;
- formulare pareri e indicare soluzioni, anche ai fini della predisposizione di atti legislativi, per affrontare i problemi di natura etica e giuridica che possono emergere con il progredire delle ricerche e con la comparsa di nuove possibili applicazioni di interesse clinico (...);
- prospettare soluzioni per le funzioni di controllo rivolte sia alla tutela della sicurezza dell'uomo e dell'ambiente nella produzione di materiale biologico, sia alla protezione da eventuali rischi dei pazienti trattati con prodotti dell'ingegneria genetica o sottoposti a terapia genica;
- promuovere la redazione di codici di comportamento per gli operatori dei vari settori interessati a favorire una corretta informazione dell'opinione pubblica.



**COLLEGI IPASVI DI:
COMO – PAVIA - SONDRIO**



Como, 13 febbraio 2009

prot. 576/09

16

Alla c.a.
Dott. Annalisa Silvestro
Presidente
Federazione Nazionale IPASVI

Alla c.a.
Comitato Centrale
Federazione Nazionale IPASVI

A tutti i Collegi IPASVI
Loro sedi

Oggetto: RIFLESSIONI SUL CASO ENGLARO

Il caso Englaro ha avuto e avrà, un impatto ed una rilevanza particolarmente forte nel contesto Italiano.

Molti ne hanno parlato (giornalisti, giuristi, medici, avvocati, politici, gente comune), in tanti hanno espresso giudizi, opinioni, riflessioni, alcuni hanno organizzato manifestazioni, appelli e trasmissioni televisive.

Dentro questo *mare magnum* di idee e reazioni rileviamo che i grandi assenti sono gli INFERMIERI.

Tranne le Suore Misericordine di Lecco nessun altro è intervenuto significativamente sul tema.

Forse, il silenzio è stata una scelta "consapevole" anche se di fronte ad una situazione che contiene un impatto così rilevante dal punto di vista etico/deontologico, che coinvolge direttamente o indirettamente la quotidianità di molti colleghi infermieri e la cui rilevanza assistenziale è riconosciuta dai più, ci pare difficile sostenere una scelta di questo tipo.

Se a questo aggiungiamo che ci apprestiamo a rendere pubblico il nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere, questo silenzio assordante risulta ancora più incomprensibile.

Con questo non si vuole assolutamente rivendicare una sorta di occasione di "visibilità mediatica mancata", anzi, se fosse così, saremmo i primi a sostenere il silenzio, ma invece si vuole sottolineare come non sia possibile stare ai margini dei dibattiti su temi così rilevanti se si vuole affermare la professionalità e la importanza degli infermieri nei servizi sanitari.

Non si tratta di voler prendere a tutti i costi una posizione bensì di ribadire quanto il nostro codice deontologico afferma, con tutte le contraddizioni e le difficili interpretazioni possibili in un caso drammatico come questo.

Il nostro codice deontologico (sia l'attuale che il prossimo) ribadisce la negazione dell'eutanasia, di ogni forma di accanimento terapeutico e garantisce assistenza infermieristica a tutti in qualunque situazione si trovino, garantendo anche il rispetto della volontà della persona. Gli infermieri che hanno partecipato hanno violato qualcuno di questi articoli?

Non vogliamo, con queste nostre riflessioni, colpevolizzare qualcuno a discapito di altri, ma è necessario dirsi, almeno tra di noi, che tutti avremmo potuto e dovuto fare di più.

Auspichiamo che il nostro intervento alimenti un necessario dibattito dentro la professione su questi temi, essenziale per lo sviluppo del nostro cammino professionale.

Cordiali saluti

Il Presidente IPASVI Como
Dr. Stefano Citterio

Il Presidente IPASVI Pavia
Dr. Enrico Frisone

Il Presidente IPASVI Sondrio
IPAFD Ercole Piani



Cure sanitarie ai clandestini: anche gli infermieri dicono no all'obbligo di denuncia

In parlamento c'è in discussione il DDL, sulla sicurezza che probabilmente all'arrivo di questa nota nelle vostre case sarà già approvato definitivamente con un articolato, forse, diverso da quello che ci apprestiamo a commentare in queste righe.

L'emendamento al DDL sicurezza approvato da Palazzo Madama sopprime il comma 5 dell'articolo 35 del decreto legislativo del 25 luglio 1998, n. 286, ossia il Testo unico di disciplina dell'immigrazione. L'articolo in questione recita: «L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano». Di conseguenza a causa dell'introduzione in sede penale del reato di clandestinità in caso di mancata denuncia, medici, infermieri e insegnanti (e tutti i pubblici ufficiali o incaricati) violerebbero gli art. 361 e 362 c.p., cioè «il reato di omessa denuncia da parte del pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio». Pare quindi superata la questione della facoltatività della segnalazione che, indipendentemente dalla formulazione della norma (possono o devono, per intenderci), risulterebbe vincolante.

Questo emendamento ha suscitato forti reazioni e polemiche da parte di molti soggetti, sia nell'opposizione che nella maggioranza di governo, che hanno sottolineato oltre che il profilo di incostituzionalità (richiamando l'art.32 della costituzione) anche il rischio di creare nell'immigrato bisognoso di cure mediche una reazione di paura in grado di ostacolare l'accesso alle strutture sanitarie. Ciò potrebbe determinare condizioni di salute particolarmente gravi per i minori, le donne incinte ed i malati cronici che tenderanno ad accedere ai servizi solo in situazioni di urgenza, incentivando la nascita e la diffusione di organizzazioni sanitarie clandestine, con serie ripercussioni sulla salute della collettività. I ritardi negli interventi e la probabile irreperibilità dei destinatari di azioni di prevenzione provocherebbero, infatti, il rischio di diffusione di eventuali focolai di malattie trasmissibili. Alcune associazioni della Sanità hanno organizzato lo scorso 17 marzo anche

il Noi non segnaliamo day, per dire "no" al provvedimento di legge in discussione. I difensori di questo testo di legge sostengono che la norma sarebbe criticabile se violasse o impedisse la possibilità di accedere al servizio sanitario nazionale, allora vi sarebbe un mancato rispetto della persona umana, ma questa disposizione non impedisce allo straniero di presentarsi presso le strutture del sistema sanitario nazionale. Tale provvedimento mira invece, a tutelare chi paga le tasse anche per il servizio sanitario nazionale, rientrerebbe in un più ampio disegno di lotta alla clandestinità e alla criminalità spesso correlate fra loro, e consentirebbe di razionalizzare i costi della sanità pubblica. Forti sono le implicazioni etiche ed emotive di questa norma così come la strumentalizzazione politica che è stata fatta dall'una e dall'altra parte. È giusto promuovere una politica di accoglienza, di solidarietà e di condivisione che eviti discriminazioni e favorisca la carità e l'aiuto ai più deboli, ma ciò va fatto anche dentro il rispetto della legalità. Il punto cruciale non è tanto se vi sarà l'obbligo di denunciare o meno il clandestino, ma se il reato di clandestinità sia o meno legittimo. Qui sta il punto. In questo senso è giusta la partecipazione di tutti, compresi gli operatori sanitari, al dibattito politico. È pur vero che la segnalazione di un reato rientra nel c.d. senso civico che dovrebbe appartenere a tutti i cittadini e non solo ai pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio (prevista dalla legge comunque per tutti i casi in cui è d'obbligo il referto). Va anche osservato che non è chiaro a chi spetterebbe di accertare la sussistenza della condizione di clandestinità che di fatto potrebbe annullare l'effetto pratico di tale provvedimento, almeno per le prestazioni "occasional", o che potrebbe spostare l'onere, non tanto sugli operatori sanitari, bensì sulle strutture amministrative.

Gli infermieri dicono NO all'obbligo di denuncia non ravvisando effetti reali che potrebbe produrre sulla clandestinità o sui bilanci sanitari delle Regioni a fronte invece dei potenziali rischi. I mezzi con cui affrontare e ridurre il fenomeno della clandestinità sono ben altri, almeno speriamo.



Accreditamento regionale: nuove regole

La Delibera di Giunta Regionale VIII/9014 del 20 febbraio 2009, "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento": quali novità per gli infermieri.

*A cura della Dott.ssa Katia Cavenaghi**

18

In data 9 marzo 2009 è stata pubblicata la Delibera di Giunta Regionale VIII/9014 del 20 febbraio 2009, riguardante "Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento", le cui disposizioni della DGR entreranno in vigore dal 7 giugno 2009.

La deliberazione, i cui contenuti erano già stati in parte anticipati, introduce importanti novità, oltre a richiamare qualcosa di già noto ormai da anni.

In particolare è importante richiamare l'attenzione sull'Allegato 3 "Cartella Clinica" nel quale vengono elencati i requisiti minimi che tale documento deve possedere.

La compilazione della cartella clinica deve essere il più esaustiva e corretta possibile; in tal senso si richiama quale standard di riferimento per la compilazione della documentazione clinica il Manuale della Cartella Clinica, seconda edizione 2007 (Regione Lombardia).

I requisiti elencati nella DGR verranno verificati durante i controlli NOC e, come recita il documento deliberato, "I ricoveri le cui cartelle cliniche non corrispondono ai predetti requisiti non sono rimborsabili in quanto non chiaramente rappresentative del percorso di cura del paziente".

Per quanto riguarda la componente infermieristica viene posto in evidenza che il diario infermieristico deve riportare annotazioni quotidiane firmate (va bene anche la sigla).

Sicuramente per quanto ci riguarda, in quanto professionisti infermieri, è ormai consuetudine consolidata il rispetto di tale parametro, non sarà quindi difficile il rispetto puntuale e scrupoloso dello stesso.

Un altro punto di interesse per la professione infermieristica emerge nell'Allegato 5 "Innovazioni organizzative di accreditamento".

È importante premettere che il percorso dell'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie di ricovero e cura compie nel 2008 un decennio di vita e fonda la sua consistenza sulle singole unità operative, che ne costituiscono l'unità di misura di maggiore dettaglio in termini di assolvimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi e che nel corso dell'ultimo decennio ha avuto luogo, contestualmente al percorso dell'accREDITAMENTO, la riorganizzazione delle strutture ospedaliere secondo la logica del dipartimento, intesa come organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini o complementari ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute.

Nella nuova DGR vengono definiti dei requisiti che potranno essere assolti a livello di area/dipartimento, previo parere favorevole della ASL competente per territorio.

Tra questi requisiti, in gran parte strutturali (locali predisposti per medicazioni, soggiorno, infermeria, studio Capo-sala, ..., impianti di illuminazione urgenza, di chiamata, di gas medicali, ..., carrelli per l'urgenza, per le medicazioni...), è di particolare rilievo quello relativo alla composizione delle équipes infermieristiche.

La composizione di équipes infermieristiche, che prestano assistenza in più di una Unità Operativa, è consentita solo all'interno di raggruppamenti di specialità omogenee per intensità delle cure erogate, al fine di garantire specifiche competenze nell'assistenza infermieristica.

La verifica del requisito sopraindicato deve considerare almeno i criteri relativi all'intensità assistenziale richiesta (minutaggio), oltre che alle competenze ed adeguatezza tecnica degli operatori impiegati nell'area omogenea.



La possibilità di utilizzo di una unica équipe infermieristica si deve basare in modo prevalente sul possesso di "specifiche competenze" da parte del personale infermieristico. Risulta quindi evidente che non può essere applicato a Unità Operative in cui il contenuto professionale dell'attività assistenziale è molto diverso, ad esempio "anestesia e rianimazione" con "medicina generale".

Di norma, il concetto di omogeneità può essere meglio applicato a Unità Operative afferenti alla medesima area (ad esempio chirurgica).

Tutto ciò si sposa con la tendenza, dettata dalla normativa in tema di formazione universitaria infermieristica, a voler formare infermieri specializzati nell'ambito dei vari settori assistenziali, attraverso l'istituzione, ormai avviata da qualche anno, di master clinici, ai quali sempre più infermieri partecipano.

Infine, nell'Allegato 6 "Modalità di assolvimento di alcuni requisiti autorizzativi e di accreditamento", vengono richiamati e ripuntualizzati criteri di accreditamento, già definiti dalla DGR VII19883/ del 16 dicembre 2004 "Riordino della rete delle attività di Riabilitazione", relativi al personale infermieristico nelle Unità Operative a valenza riabilitativa.

I parametri riproposti ricordano che all'interno delle Unità Operative di degenza riabilitativa di mantenimento l'assistenza infermieristica, misurata in minuto/paziente/die, deve essere garantita con 100 min/paz/die e che almeno un terzo dei minuti di assistenza deve essere garantito da figure professionali educativo-riabilitative secondo quanto previsto dal Piano Riabilitativo Individuale. Nelle Unità Operative di degenza riabilitativa generale e geriatrica l'assistenza infermieristica, deve essere garantita con 120 min/paz/die e che da almeno un quarto, ad un terzo dei minuti di assistenza deve essere garantito da figure professionali educativo-riabilitative secondo quanto previsto dal Piano Riabilitativo Individuale.

Nelle Unità Operative di degenza riabilitativa specialistiche l'assistenza infermieristica, deve essere garantita con 160 min/paz/die e che almeno un terzo dei minuti di assistenza deve essere garantito da figure professionali educativo-riabilitative secondo quanto previsto dal Piano Riabilitativo Individuale.

Viene inoltre ribadito che nel caso di attività di Day Surgery il requisito di personale in sala operatoria, per quanto concerne la componente infermieristica, è tarato sulla singola unità.

È doveroso sottolineare che tali minuti di assistenza costituiscono il requisito minimo al di sotto del quale non è possibile scendere, per le strutture accreditate, per mantenere l'accreditamento.

La realtà purtroppo ci dice che spesso tali parametri vengono utilizzati come standard di riferimento assoluto diventando un punto di tensione forte tra alta dirigenza aziendale, dirigenza infermieristica e nucleo operativo professionale.

Spesso, allo stato attuale dei fatti, nelle Aziende Ospedaliere, quando si parla di risorse infermieristiche, ci si limita ad una discussione meramente economica e non ci si sofferma invece a definire quanto la risorsa infermieristica incide rispetto le finalità aziendali. Tutto è ricondotto al sistema di finanziamento delle prestazioni (DRGs), che non tiene giustamente conto di quanto il singolo DRG incide sull'attività infermieristica. I DRGs e l'attuale modalità di distribuzione dei pazienti, secondo un criterio puramente nosologico relativo alle specialità mediche, ripercorrono un modello esclusivamente medicocentrico e non rappresentano adeguati metodi per la definizione del fabbisogno di personale infermieristico.

Di conseguenza sarebbe opportuno sviluppare metodi e strumenti che consentano una determinazione del fabbisogno di personale basata sulla effettiva complessità dell'assistenza infermieristica e il relativo carico di lavoro connesso. Con la definizione quindi di dotazioni organiche, basate sui carichi di lavoro, più flessibili pur mantenendo un orientamento scandito dall'accreditamento istituzionale.

Già nel 1993, il D.Lgs. n. 29 introduceva il concetto di definizione di dotazione organica, intesa come un'entità flessibile e modificabile in funzione della effettiva produttività aziendale e non più rigidamente legata al numero di posti letto o ai minuti di assistenza, sulla base della rilevazione dei carichi di lavoro (si ricordi il tentativo di rilevazione dei carichi nelle Aziende Sanitarie attraverso al Metodologia "Quantum, proposta dalla Regione Lombardia con la DGR V\54799, 12 Luglio 1994. "Approvazione delle linee guida di una metodologia per la rilevazione dei carichi di lavoro delle



aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere della Regione Lombardia”).

Diventa fondamentale evidenziare l'importanza e la necessità di elaborare, costruire e sperimentare modelli per migliorare il governo dell'intero sistema infermieristico nelle sue diverse sfaccettature; tale miglioramento non può che generare risposte assistenziali sempre più qualificate e modelli organizzativi sempre più centrati a garantire la massima efficacia ed efficienza.

Spesso ad elevata complessità clinica non corrisponde il medesimo peso sul piano infermieristico e viceversa; si corre pertanto il rischio, ignorando la complessità infermieristica, di distribuire risorse in maniera inadeguata ed inappropriata, con la conseguente ricaduta inefficace sul paziente.

Quando si sente parlare di bisogni di salute spesso si sente dire che questi sono sempre più “complessi”, questo perché la domanda di salute si è via via modificata nel corso degli anni. Ci sono stati sicuramente un profondo cambiamento dello stile di vita dei soggetti, un aumento dell'aspettativa di vita, una modifica sostanziale delle patologie (cronico-degenerative per lo più), oltre che un importante progresso e sviluppo tecnologico. Per

poter compiere scelte eque ed erogare quindi le giuste prestazioni alle giuste persone è fondamentale abbandonare la logica dell'erogazione delle prestazioni in maniera indiscriminata a tutti. Diventa indispensabile quindi trovare i giusti strumenti per la misurazione della complessità assistenziale, strumenti che possano nel contempo divenire mezzo di pianificazione dell'assistenza, per la definizione di bisogni e attività e per la determinazione degli attori dell'assistenza specifica su un dato paziente.

Indicatori e standard di assistenza infermieristica sono argomenti rilevanti per lo sviluppo e qualificazione dell'assistenza infermieristica; la definizione di standard attraverso l'utilizzo di uno specifico modello di analisi della complessità assistenziale è sicuramente un contributo stimolante per un dibattito all'interno del corpus professionale: un argomento che deve vedere gli Infermieri protagonisti di riflessioni, studi, ricerche, perché attraverso quest'area tematica si contribuisce significativamente alla valorizzazione delle specifiche competenze professionali ed alla definizione dei percorsi migliori per una risposta sanitaria significativamente positiva.

* *Responsabile Qualità e Ricerca SITRA Az. Ospedaliera S. Anna - Consigliere Collegio IPASVI Como*

Agorà
Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

Direttore Responsabile: Stefano Citterio

Comitato di Redazione: Stefano Citterio, Katia Cavenaghi, Michela Marzorati, Paola Pozzi, Sandro Tangredi

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:

“La primavera” autore foto Ivan Del Fatti

Trimestrale Informativo del Collegio IPASVI di Como -

Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como con decreto 1/98 del 09/02/1998

Per contattarci: tel. 031/300218 - fax 031/262538

e-mail: info@ipasvicomo.it

INFORMAZIONI SULLE NORME EDITORIALI

“Agorà” Trimestrale informativo del Collegio IPASVI di Como, pubblica contributi inediti (ricerche, esperienze, indagini, approfondimenti, comunicazioni, informative professionali...) nel campo delle scienze infermieristiche generali e cliniche.

Il testo dei contributi deve essere dattiloscritto, possibilmente su file (formato Word) ed accompagnato da un breve riassunto (max 200 parole). Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità e vanno numerate progressivamente e/o accompagnate da didascalie. Vanno indicati con chiarezza, il nome, cognome, qualifica e l'indirizzo di riferimento dell'/degli autore/i. Le note bibliografiche devono essere essenziali e limitate agli autori citati nel testo. Ogni articolo è sotto la diretta responsabilità dell'autore/i ed è sottoposto all'insindacabile giudizio del Comitato di Redazione.

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

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

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

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

Numero chiuso il 31 marzo 2009





È evidente che...

*Catetere vescicale e catetere esterno a confronto:
Che cosa è più efficace per ridurre*

Le infezioni delle vie urinarie, i costi ed i disagi della persona assistita?

21

A cura di D'Amato Selenia *

...il mantenimento del catetere vescicale per lunghi periodi di tempo può determinare la più comune delle complicanze: l'infezione delle vie urinarie (IVU), che rappresenta, tra l'altro, più di un terzo di tutte le infezioni nosocomiali (Gerbending, 2002). In taluni casi tale infezione può provocare anche problematiche più gravi: pielonefriti, ascessi e prostatiti (Salgado et al, 2003), calcolosi vescicali, perforazioni uretrale, fino ad alterazioni neoplastiche (Lowthian, 1998). Nella revisione sistematica della letteratura effettuata da Tew et al (2005), è possibile apprezzare l'affermazione di Pratt et al del 2001: "... cateterizzare un paziente lo dispone nel pericolo significativo di acquisizione dell'infezione dell'apparato urinario...". Nonostante ciò, si valuta che vengano ancora effettuate milioni di cateterizzazioni urinarie; è stato stimato che ogni anno, di queste, se ne potrebbero evitare circa il 15 - 25%, in quanto ritenute deleterie (Saint et al, 2005). Oltre al problema delle infezioni, con conseguente aumento dei giorni di degenza e maggiori costi economici, alcune delle persone cateterizzate lamenta un certo disagio, determinato dalla presenza in sede del presidio.

Lo scopo del presente articolo consiste nel mettere a confronto l'utilizzo del catetere vescicale e del catetere esterno per verificare quale, fra questi presidi, può determinare una riduzione dell'incidenza delle infezioni delle vie urinarie, dei costi e del disagio delle persone assistite.

MATERIALI E METODI

Per trovare le risposte al problema sopra citato, è stata effettuata una ricerca bibliografica con

l'obiettivo di reperire documenti con studi che confrontassero l'utilizzo dell'uno o dell'altro presidio. La ricerca ha avuto inizio nei Database biomedici ed infermieristici (Medline, Cinahl e Cochrane), attraverso l'uso di specifici termini chiave, con l'ausilio degli operatori booleani (considerando anche le possibili sigle, il singolare/plurale, l'inglese/americano) e le loro combinazioni. Per consentire di analizzare solo i documenti rilevanti ai fini della ricerca, sono stati inclusi solo i documenti che trattassero le persone assistite di sesso maschile, le pubblicazioni in lingua italiana, inglese e francese, quelle comprese nel periodo tra il 1995 ed il 2007 e la possibilità di recuperare il *fulltext*. La ricerca è continuata nei siti istituzionali e di interesse infermieristico quali il Centro *Evidence Based Nursing* di Bologna, il *Joanna Briggs Institute*, il sito I.P.A.S.V.I. della provincia di Como, Bologna e Milano, l'Associazione Europea di Urologia, l'Istituto Superiore di Sanità ed i *Centers for Disease Control and Prevention*. Sono stati consultati anche libri di testo, monografie, riviste infermieristiche ed infine il *Web*, utilizzando motori di ricerca generalisti quali *Google* e *Yahoo* senza risultati significativi (vedi tab. 1).

Tra i *full text* reperiti sono stati scelti anche studi descrittivi e trial clinici randomizzati. Il lavoro è proseguito con la lettura critica del materiale selezionato utile ai fini della ricerca.

DISCUSSIONE

L'introduzione di un catetere vescicale è una manovra invasiva che compromette le difese naturali dell'organismo contro le infezioni, interrompendo, quindi, la funzione antibatterica del leucocita (Warren, 1997). L'apparato urinario è



Tabella 1 – Revisione della letteratura

FONTI CONSULTATE	ARTICOLI TROVATI	ARTICOLI SCELTI
Medline	57	20
Cinahl	35	5
Cochrane Library	5	1
Centro EBN A.O. Sant'Orsola Malpighi di Bologna	1	1
Joanna Briggs Institute	0	0
I.P.A.S.V.I. Como	0	0
I.P.A.S.V.I. Bologna	0	0
I.P.A.S.V.I. Milano	0	0
Associazione Europea di Urologia	1	1
Istituto Superiore di Sanità	1	1
Centers for Disease Control and Prevention	1	1

solitamente sterile (Tambyah, 2004), ma si potrebbe incorrere nel rischio che la normale flora batterica che circonda il meato uretrale o l'uretra distale, possa essere introdotta in vescica durante l'inserzione del catetere, anche procedendo con una manovra sterile (Maki, Tambyah, 2004). Oppure, i microrganismi possono giungere in vescica migrando lungo lo spazio tra la parete esterna del catetere e la mucosa uretrale (via transluminale) o attraverso il lume interno (via intraluminale) del catetere stesso (Salgado et al, 2003). I cateteri vescicali, quindi, violano le difese naturali dell'organismo, fornendo un canale per lo sviluppo di biofilm² (Tambyah, 2004).

Ouslander et al (1987), citati in una revisione di Chenoweth C.E. del 2003, sostennero che anche i cateteri esterni concorrono a sviluppare le infezioni delle vie urinarie, ma l'incidenza di quest'ultime è 2,5 volte inferiore rispetto al tasso di IVU nei soggetti portatori di un catetere vescicale. Quanto detto trova conferma nello studio di Warren (1997) dal quale emerge che all'interno del catetere esterno può sedimentare dell'urina; questa situazione può permettere lo sviluppo di alte concentrazioni di batteri che possono risalire in vescica, dando origine all'IVU. Nonostante ciò, l'autore, suggerisce che il catetere esterno debba essere usato, qualora possibile, in sostituzione del catetere vescicale, in quanto dimostra che l'incidenza di IVU è più bassa per il catetere esterno rispetto

al catetere vescicale. Questa affermazione è stata confermata da un recente Trial Clinico Randomizzato (Saint et al, 2006) in cui è stato calcolato anche il tempo medio che intercorre tra l'applicazione del dispositivo ed il momento in cui si presenta l'infezione del tratto urinario, equivalente a 7 giorni per il catetere vescicale ed a 11 giorni per il catetere esterno. Si deve però citare un punto a sfavore del catetere esterno, consistente nelle difficoltà riscontrate nell'applicazione a soggetti confusi/non collaboranti, obesi o con micropenia (Chenoweth C.E., 2003). Sironi e Baccin (2006) affermano comunque che il catetere esterno, nonostante abbia alcuni svantaggi, è una possibilità da considerare prima di decidere di applicare, nell'uomo, un catetere vescicale a permanenza.

Le infezioni e gli altri problemi connessi alla catterizzazione conducono all'aumento dei costi in sanità (Saint, 2000) poiché l'insorgere di queste infezioni comporta un aumento della degenza ospedaliera di almeno 2 giorni (Tambyah et al, 2002). Ciò comporta un conseguente aumento dei costi che variano in base all'organizzazione amministrativa dell'ospedale (Saint, 2000). Saint (2000) analizzando diversi studi condotti tra il 1980 ed il 1997, nei quali vennero calcolati i costi aggiuntivi generati da una persona che abbia sviluppato l'IVU, evidenzia che vi è un aumento giornaliero dei costi di degenza di circa \$ 676, con un

² Un Biofilm è una colonia di organismi microbici circondata da una sostanza extracellulare composta soprattutto da polisaccaride; tale sostanza si lega alle superfici del catetere impedendo ai batteri di essere eliminati persino dalla forza di taglio esercitata dal passaggio dell'urina (Saint et al, 2003)



costo totale annuo di circa \$ 1.6 miliardi. Più precisamente, i costi aggiuntivi affrontati in caso di IVU includono quelli inerenti le indagini diagnostiche, l'assistenza da parte degli operatori sanitari, i farmaci e i presidi utilizzati (Tambyah et al, 2002). Un'analisi del consumo delle risorse economiche (Armstrong, 1998) ha indicato che i costi connessi all'utilizzo del catetere esterno erano 10 volte maggiori rispetto all'utilizzo dei cateteri vescicali: questa differenza è dovuta quasi interamente al tempo impiegato dai professionisti infermieri per la cura del catetere esterno. Questo studio, che ha messo a confronto il catetere vescicale con il catetere esterno, ha anche tenuto conto di tutto ciò che concerne i costi immateriali, riguardanti il dolore ed il disagio provato dalle persone assistite, risultando essere maggiori con l'utilizzo del catetere vescicale. Gammack (2002), analizzando precedenti studi in cui erano stati documentati alcuni casi di dermatite, macerazione e necrosi/strangolamento del pene, fa notare che, anche se meno invasivi dei cateteri vescicali, i cateteri esterni non sono esenti dal procurare dolore che, a suo parere, potrebbe essere evitato con un'attenta applicazione e monitoraggio del sito d'ancoraggio, per rilevare precocemente segni e sintomi di eventuali problematiche. Anche Saint e Chenoweth (2003) si interessarono del disagio provato dalle persone portatrici di cateteri vescicali ed esterni, riproponendo i risultati di un'indagine che Saint aveva effettuato, al Seattle Veterans Affairs Medical Center nel 1999, con lo scopo di confrontare quale fra i due tipi di catetere arrecasse meno disagio.

Da tale studio emerse che il catetere vescicale arrecava il maggiore fastidio, in quanto il suo inserimento era più doloroso. Inoltre, molte persone definirono il catetere esterno come una liberazione dal continuo bruciore avvertito a livello dell'uretra distale, causato dalla lunga permanenza del catetere vescicale in sede (Saint, Chenoweth, 2003). Uno studio più recente che si è interessato alle complicanze del catetere vescicale (Ramakrishnan, Mold, 2005), ha dimostrato che una trazione involontaria può determinare un intenso dolore dovuta al trauma a carico del collo della vescica, della prostata o, nei casi più gravi, alla rottura uretrale. Gli autori dello stesso studio, concordano con le affermazioni di Saint e

Chenoweth, dichiarando che il catetere esterno, per la diversa ubicazione, riduce il disagio di chi ne è portatore ed evita il dolore determinato dalle complicanze sopra citate (Ramakrishnan, Mold, 2005).

CONCLUSIONI

Dall'analisi della letteratura, si può concludere che i vantaggi derivanti dall'applicazione del catetere esterno rispetto a quello vescicale sono maggiori, sia in termini di riduzione delle IVU, sia per il disagio riferito dalle persone assistite. In riferimento ai costi, risulta invece meno onerosa l'applicazione del catetere vescicale. Anche se i costi connessi all'utilizzo del catetere esterno sono maggiori rispetto al catetere vescicale, la differenza che intercorre tra i due dispositivi si ridimensiona quando si considerano la riduzione dell'incidenza delle IVU causata dal cateterismo vescicale ed i relativi costi aggiuntivi. Nonostante quindi la letteratura concordi riguardo ai vantaggi del catetere esterno, da uno studio effettuato nel Presidio Ospedaliero di Pistoia nel 1997 è risultato che, tra tutte le persone assistite che necessitavano dell'applicazione di un dispositivo di drenaggio delle urine, nell'86,46% dei casi si era ricorso all'utilizzo di un catetere vescicale, mentre solo il 5,21% all'applicazione di un catetere esterno (Greco, 1997). Questi risultati fanno riflettere sul fatto che molti infermieri, pur disponendo delle prove di efficacia riportate in letteratura, continuano a svolgere la loro attività basandosi sulla consuetudine. Infatti, la cateterizzazione vescicale non deve essere una soluzione di comodo per medici e operatori sanitari nella gestione della persona assistita che ne fa le spese in quanto, oltre a non ricevere un'assistenza adeguata alle sue esigenze, va incontro ad un maggior disagio, ad un maggior rischio di acquisire un'IVU o altre complicanze. L'agire professionale dell'infermiere richiama a precise responsabilità dichiarate anche nel Codice Deontologico: "l'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza [...] fonda il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci [...]".

Un ulteriore riferimento è contenuto nel Profilo



Professionale che specifica: "l'infermiere [...] concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca".

Anche Il presente articolo, nel rispetto del patto infermiere cittadino che recita "lo infermiere mi impegno a [...] promuovere e partecipare ad ini-

ziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all'interno dell'organizzazione" (Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, 1999) può apportare al lettore nuove conoscenze da poter condividere con l'equipe professionale nelle Unità Operative.

* *Infermiera U.O. Neonatologia – A.O. S. Anna di Como – Estratto dell'elaborato finale per il conseguimento del Diploma di Laurea in Infermieristica Università degli Studi dell'Insubria. aa 2007/2008*

BIBLIOGRAFIA

1. Agency for Health Care Policy and Research-AHCPR (1996) Managing acute and chronic urinary incontinence. *American Family Physician*. 54(5): 1661-1672.
2. Armstrong E.P., Ferguson T.A. (1998) Urinary incontinence: Healthcare resource consumption in veterans affairs medical centers. *Veterans Health System Journal*. 37-42.
3. Cantarelli M. (2003) Il Modello delle prestazioni infermieristiche. 2a edizione. Milano: Masson.
4. Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI (1999). Codice deontologico dell'infermiere.
5. Fain J.A. (2004) La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla ed applicarla. Seconda Edizione. Milano: McGraw-Hill.
6. Gammack J.K. (2002) Use and management of chronic urinary catheters in longterm care: much controversy, little consensus. *Journal of the American Medical Directors Association*. 3(3): 162-168
7. Gerberding J.L. (2002) Hospital-onset infections: A patient safety issue. *Annals of Internal Medicine*. 137(8): 665-670.
8. Greco F. (1997) Il cateterismo vescicale è sempre un problema [on line]. Disponibile da: <http://www.anipio.it/doc5.doc> [consultato il 17 maggio 2007].
9. Lowthian P. (1998) The dangers of long-term catheter drainage. *British Journal of Nursing*. 7(7): 366-379.
10. Maki, D.G., Tambyah, P.A. (2004). Engineering out the risk of infection with urinary catheters [on line]. Disponibile da: <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol7no2/maki.htm> [consultato il 4 ottobre 2007].
11. Ministero della Sanità (1994). D.M. n°739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. *Gazzetta Ufficiale* n°6 del 09/01/1995.
12. National Nosocomial Infections Surveillance (2003). System report, data summary from January 1992 through June 2003. *American Journal of Infection Control*. 31: 481-498.
13. Ouslander J.G., Greengold B., Chen S. (1987) External catheter use and urinary tract infections among incontinent male nursing home patients. *Journal of American Geriatrics Society*. 35: 1063-1070. Citato in Saint S., Chenoweth C.E. (2003) Biofilms and catheter-associated urinary tract infections. *Infectious Disease Clinics of North American*. 17: 411-432.
14. Ramakrishnan K., Mold J.W. (2005). Urinary Catheters: A Review. *The Internet Journal of Family Practice* 3(2). [on line] Disponibile da: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijfp/vol3n2/urinary.xml> [consultato il 27 maggio 2007].
15. Saint S. (2000) Clinical and economic consequences of nosocomial catheter-related bacteriuria. *American Journal of Infect Control*. 28(1): 68-75.
16. Saint S., Chenoweth C.E. (2003) Biofilms and catheter-associated urinary tract infections. *Infectious Disease Clinics of North American*. 17: 411-432.
17. Saint S., Kaufman S.R., Rogers M.A.M., Baker P.D., Ossenkop K., Lipsky B.A. (2006) Condom versus indwelling urinary catheters: a randomized trial. *Journal of American Geriatrics Society*. 54(7): 1055-1061.
18. Saint S., Kaufman S.R., Thompson M., Rogers M.A., Chenoweth C.E. (2005) A reminder reduces urinary catheterization in hospitalized patients. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 31(8): 455-462.
19. Salgado C.D., Karchmer T.B., Farr B.M. (2003) Prevention of catheter-associated urinary tract infections. In: *Wenxel R.P. Prevention and Control of Nosocomial Infections*. 4° edizione. Philadelphia: Williams and Willis. 297-311.
20. Sironi C., Baccin G. (2006) Procedure per l'assistenza infermieristica. Milano: Masson.
21. Tambyah P.A. (2004) Catheter associated urinary tract infections: diagnosis and prophylaxis. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 24(1): 44-88.
22. Tambyah P.A., Knasinski V., Maki D.G. (2002) The direct costs of nosocomial catheter-associated urinary tract infection in the era of managed care. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 23(1): 27-31.
23. Tew L., Pomfret I., King D. (2005) Infection risks associated with urinary catheters. *Nursing Standard*. 20(7): 55-61.
24. Warren J.W. (1997) Catheter-associated urinary tract infections. *Infectious Disease Clinics of North American*. 11(3): 609-622.





Infermieristica e Cure complementari

*Dove osano le cicogne...
l'ardua impresa di cercare un figlio, condizioni e condizionamenti*

A cura di Iacchia Valentina*

Quello che, quando non si desidera è fin troppo facile, cioè il restare incinta, nel momento in cui si decide e si comincia a programmare una nascita può apparire di colpo arduo e improbabile quanto vincere un terno al lotto.

Questo futuro bambino comincia a giocare a nascondino come un piccolo elfo dribblando i giorni fertili e le ovulazioni, le temperature basali e i computer.

Per questo motivo, è da ormai un paio d'anni che all'interno dei trattamenti che effettuo nel mio studio vi sono alcuni strettamente legati all'ambito della fertilità o meglio dell'infertilità di coppia.

Il fatto interessante è che vi sono stati dei riconoscimenti d'efficacia ricevuti da parte di alcuni centri di sterilità (Cantù, Monza, Torino), all'interno dei quali era possibile monitorare e graficamente l'evoluzione delle stimolazioni ovariche o in alcuni casi le modifiche degli spermogrammi. Ciò a portato gli operatori del settore ad interessarsi agli interventi di medicina complementare che venivano messi in atto. Descriverò quindi qui di seguito la sintesi degli approcci assistenziali utilizzati.

Analizzando il quadro che fa da sfondo oggi alla vita di molte coppie, ci si rende conto che gli impedimenti alla procreazione sono molteplici, per esempio:

il lavoro (nonostante tanti bei discorsi sulle pari opportunità), **il tenore di vita**, **l'immagine di sé** (ultimamente siamo bombardati da immagini di un corpo perfetto), **la responsabilità** legata alla consapevolezza che un figlio "è per sempre". Inoltre **la perdita di contatto** con gli elementi ancestrali che ci compongono: acqua, fuoco, aria e terra, può ulteriormente complicare le cose.

Dei quattro elementi è costituito tutto il pianeta e ogni forma vivente, ogni nostra piccola cellula. Il



Demetra,
dea della fertilità



contatto con gli elementi, quello spontaneo, vissuto con ritmi naturali è estremamente rivitalizzante e facilita l'apertura del corpo e della mente verso il lasciare che accadano delle trasformazioni, anche perché questi elementi sono estremamente importanti nel momento della nascita.

Visto in quest'ottica, il problema della procreazione è tale che desta meraviglia e ammirazione il fatto che tante coppie ancora ce la facciano, ma desta anche meraviglia che questa aumentata infertilità venga affrontata spesso solo con una risposta tecnologica, come se fosse esclusivamente un problema fisico o individuale e non avesse niente a che fare con un contesto sociale, culturale, familiare e di coppia. Eppure sono tante le donne "infeconde" o gli uomini con gli spermatozoi "lenti". Perché non si cerca, oltre che con lo spiegamento di mezzi tecnologici, di accogliere le coppie, di ascoltarle ed aiutarle a mettere a fuoco tutti quei particolari del loro quadro di vita di quel momento? Perché non si cerca di ridurre il livello di stress che li circonda?



La nuova tendenza dovrebbe essere la "medicina dell'ascolto" e della facilitazione.

In questo senso mi ritrovo nuovamente a riflettere rispetto alle competenze assistenziali delle ostetriche e degli infermieri che lavorano in questi ambiti specifici.

APPLICAZIONI PRATICHE A FAVORE DEL CONCEPIMENTO:

- **Feng Shui o magia dell'ambiente:** è una filosofia orientale che conduce verso un miglioramento della qualità abitativa e di conseguenza della vita. Il feng shui letteralmente significa "vento e acqua", forze che aiutano a determinare la salute e la prosperità.
- **Da 3 a 6 mesi prima del concepimento:** dieta disintossicante; togliere gli elementi tossici (fumo, alcool, caffè, droghe, farmaci); esami ematochimici (emocromo, test sierologici rispetto alle malattie infettive più importanti); attività anti stress, training autogeno, visualizzazioni; rendere la vita quotidiana più ritmica; assumere melograno d'inverno e papaia d'estate (due frutti che aumentano la fecondità) per l'uomo e per la donna; eventuale integrazione di vitamina c, selenio, acidi grassi polinsaturi, acido folico (per favorire la chiusura del tubo neurale ed evitare i problemi di spina bifida); Curare la crescita spirituale; Stare il più possibile contatto con la natura; Mettersi in contatto con il bambino non ancora concepito. Uno strumento utile a tale scopo può essere il massaggio metamorfico
- **Floriterapia per l'infertilità:** L'ansia è riconosciuta come antagonista della fertilità sia maschile che femminile, innescando un circolo vizioso difficile da spezzare. A Questo proposito i **fiori di Bach** così garbati e innocui, sono adatti per cancellare con dolcezza le emozioni negative riportando la calma e favorendo una migliore disposizione d'animo. I rimedi più adatti possono essere: **Aspen** (per l'apprensione e l'ansia); **Impatiens** (per l'impazienza nell'attesa); **Whit Chestnut** (per i pensieri molesti e ricorrenti); **Gentian** (per la delusione);



Antichissima
dea della fertilità

Sclerantus (per chi si sente ad un bivio); **Sweet chestnut** (per la disperazione); **Holly** (per la gelosia verso le coppie con figli); **Star of Bhehlem** (per i traumi emotivi); **Gorse** (perché si pensa comunque di non avere successo).

Tra i fiori australiani ritroviamo: **She Oak** (riequilibra gli stati emotivi che possono ostacolare il concepimento); **Busch Gardenia** (risveglia la passione); **Wisteria** (sull'incapacità di rilassarsi); **Yellowcorn flower** (agisce sulle problematiche legate alle ovaie).

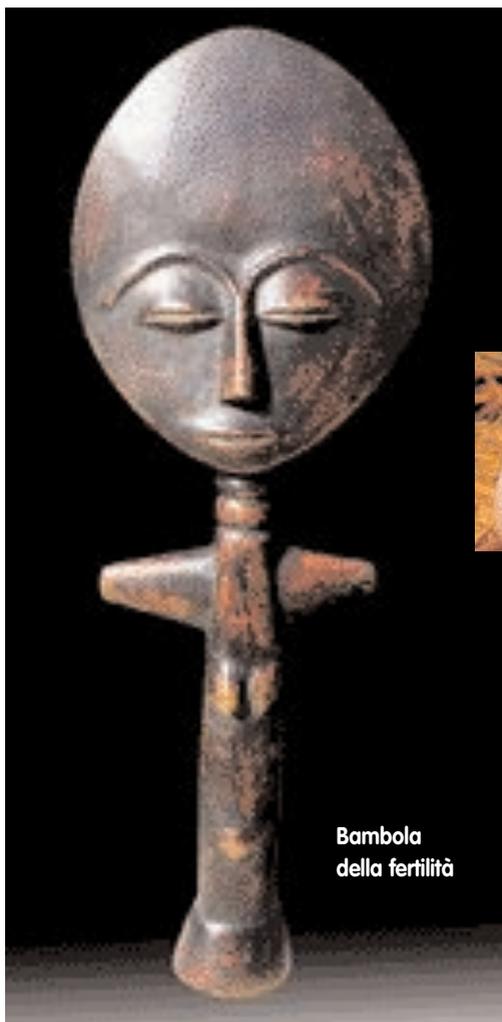
Questi rimedi possono essere la base da cui partire per poi personalizzare le soluzioni.

- **Riflessologia plantare:** vengono stimolati, ai lati della caviglia, i punti corrispondenti a utero e ovaie e tube sul collo del piede
- **Medicina Ayurvedica:** La donna nella sua femminilità è chiamata Shakthi, il funzionamento del corpo rappresenta la donna e crea il flusso della vita.

Per mantenere fecondo il flusso della vita, vi sono numerosi preparati erboristici ayurvedici che devono essere assunti sia dalla donna che dall'uomo. Le formule di base sono costituite da: **Asparagus racemosus** (contro le minacce d'aborto); **Witannia somnifera** (ginseng indiano) **zenzero, curcuma, farina di semi di carrube** (contro l'impotenza); **Emblica officinalis** (che contiene moltissima vit.c); **Terminalia** (il Re dei rimedi in Tibet); **rosa centifoglia** (con azione lenitiva e rigerante); **Saraka Indica, mimosa pudica** (per tutti problemi di irregolarità del ciclo); e molti altri rimedi ancora che correttamente identificati, in base alle problematiche emerse, possono portare ad ottimi risultati.

Inoltre l'ayurveda insiste molto sulla scelta del partner verso il quale serve affinità sia fisica che "energetica" e sulla dieta depurativa e disintossicante che deve essere effettuata prima del concepimento al fine di preparare adeguatamente "il nido". L'ayurveda afferma anche che in buona percentuale è possibile anche determinare il sesso del nascituro.





Bambola
della fertilità

- Medicina Tradizionale cinese: Appare interessante porre l'attenzione sul rapporto Tra Meridiani Principali e Sviluppo Embriologico.

Secondo uno studio del VII sec. d.C., vi sono dei meridiani particolarmente attivi a seconda dello stadio di sviluppo del feto. Questi sono in stretta connessione con quelli della madre, quindi trattando alla madre il meridiano corrispondente a quel determinato periodo si influisce positivamente sul feto o addirittura si influenza il concepimento. A tale fine le applicazioni pratiche si rivolgono all'uso della moxibustione soprattutto sul meridiano di Rene, vaso concezione, fegato e vescica biliare. Altri trattamenti riguardano gli esercizi di Qi gong (ginnastica cinese) per meglio far scorrere l'energia nei canali. In particolare ci si riferisce agli auto-massaggi e all'esercizio del "nutrimento dell'utero".



Concludo ribadendo che è molto interessante la collaborazione che in questo specifico ambito può essere attuata tra la medicina allopatica e le cure complementari, collaborazione che dovrà seguire l'iter e la rigorosità della ricerca scientifica documentata con prove di efficacia.

RISCOSSIONE QUOTE ANNO 2009

Ricordiamo che sono stati inviati i bollettini per il pagamento della quota annuale – anno 2009.

**La scadenza del pagamento è fissata al 28 febbraio 2009.
CHI NON AVESSE RICEVUTO IL BOLLETTINO DAL SERVIZIO POSTEL È PREGATO DI CONTATTARE LA SEGRETERIA.**





Ri... visti

28

Settembre 1966: il Notiziario della Federazione Nazionale dei Collegi pubblica la PROPOSTA DI LEGGE N. 3288 presentata in data 06/07/1966 dall'On. Antonino Spinelli, Vice presidente della Federazione Nazionale Ordine dei Medici, alla Camera dei Deputati. I tre articoli che la compongono affrontano con risposte concrete il gravoso problema della carenza di "infermiere professionali diplomate" nonché lo "... scarso livello di cultura generale delle allieve..."

Proposta di legge n. 3288 Modifiche al regio decreto - legge 21 novembre 1929, n. 2330, riguardante le scuole - convitto professionali per infermiere

A cura di Inf. Antonella Peverelli*

Onorevoli Colleghi!

L'attuale carenza di infermiere professionali nel nostro Paese ha raggiunto uno stadio tale da compromettere seriamente tutto il campo dell'assistenza sanitaria ausiliaria.

Tale carenza tenderà ad aggravarsi nel prossimo futuro quando sarà attuata la riforma degli enti ospedalieri e dell'assistenza sanitaria ospedaliera e ambulatoriale, in base alla quale l'unità funzionale ospedaliera dovrà avere una infermiera professionale ogni venti letti.

Il fatto che il progetto di riforma contempra l'obbligo per determinate categorie di ospedali di costruire scuole-convitto per infermiere professionali non risolve il problema perchè molti ospedali per i quali detto obbligo sarà da osservare, hanno già scuole-convitto per infermiere e quei pochi che ne risulteranno sprovvisti non potranno far funzionare, se non dopo notevole lasso di tempo, le scuole in parola.

Da uno studio eseguito nel 1960 dall'Ufficio internazionale del lavoro (oggi i rapporti non dovrebbero essere molto differenti) l'Italia figura tra gli ultimi posti nella scala dei rapporti del numero delle infermiere professionali per ogni 1.000 abitanti (Germania 26,4; Danimarca 32,2; Irlanda

31,5; Inghilterra 48,3; Olanda 14,6; Belgio 10,4; Italia 3,5).

Allo scopo quindi di incrementare il più possibile il numero delle infermiere professionali diplomate, ho predisposto l'allegato schema di proposta di legge.

Con l'articolo 1 si intende consentire che le scuole-convitto possano ammettere anche allieve esterne, oltre quelle interne.

Tale provvedimento consentirà, senza sensibili aggravii di spesa, alle attuali scuole di poter accogliere almeno un 20 per cento in più di domande che, nelle condizioni attuali vengono respinte per mancanza di posti in convitto.

Le scuole dei grandi ospedali, poi, potrebbero addirittura incrementare del 50 - per cento la loro ricettività.

Con gli articoli 2 e 3, mentre si è abbassato il limite di età 17 anni, si è ritenuto opportuno - dato l'attuale scarso livello di cultura generale delle allieve in possesso della sola licenza del triennio post-elementare - di elevare il titolo minimo di studio richiesto per la frequenza di scuole di infermiere professionali, disponendosi che le allieve stesse devono dimostrare di avere almeno superato un biennio di studio successivo alla scuola d'obbligo.

Si stabilisce, inoltre, che le diplomate le quali non abbiano compiuto il 21° anno di età possono prestare servizio retribuito, al fine di effettuare un utile



tirocinio presso gli ospedali e le cliniche private. Si è ritenuto, infine, dover stabilire che il diploma di infermiera professionale è equiparato a tutti gli effetti a quello richiesto per le carriere di concetto con funzioni tecniche di cui all'ordinamento degli impiegati civili dello Stato ed a quello dei dipendenti da enti pubblici per affermare senza possibilità di equivoco che alle infermiere professionali compete il trattamento giuridico-economico spettante agli appartenenti alle categorie di concetto previste dall'ordinamento dello Stato e da quello degli enti pubblici.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1

L'articolo 15 del regio decreto 21 novembre 1929, n. 2330, è modificato come segue: "Le scuole-convitto professionali per infermiere possono ammettere allieve interne ed esterne. Possono essere considerate come allieve interne, secondo le modalità stabilite dai regolamenti speciali e ancorchè frequentino la scuola per il solo tirocinio teorico-pratico, le appartenenti a collettività, con vita in comune. Le scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, abbinate a scuole-convitto professionali per infermiere, possono ammettere anche allieve esterne per il conseguimento del diploma di assistente sanitaria visitatrice".

ART. 2

L'articolo 18 del regio decreto 21 novembre 1929, n. 2330, è sostituito dal seguente: "Non possono essere ammesse nelle scuole-convitto professionali per infermiere coloro che siano inferiori di età agli anni 17 od abbiano superato l'età di 35. Non possono essere ammesse al corso di abilitazione a funzioni direttive ed alle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici coloro che siano di età inferiore agli anni 19 od abbiano superato gli anni 38. In casi speciali il Consiglio di amministrazione può concedere deroghe al limite massi-

mo di età. Le allieve che all'età di 19 anni conseguono il diploma nel corso biennale non potranno, per l'articolo 3 del regio decreto 31 maggio 1938, n. 1334, valersene a scopi professionali se non dopo aver raggiunto l'età maggiore, ma potranno prestare servizio retribuito, come tirocinio, presso le cliniche mediche dell'Università, presso i reparti ospedalieri e presso case di cura private".

ART. 3

L'articolo 20 del regio decreto 21 novembre 1929, n. 2330, modificato dall'articolo unico del decreto del Presidente della Repubblica 13 ottobre 1959, n. 1354, è sostituito dal seguente: "Possono essere ammesse al primo corso

delle scuole-convitto professionali per infermiere coloro che abbiano superato presso l'istituto statale pareggiato o legalmente riconosciuto almeno un biennio di studio successivo alla istruzione obbligatoria. Per un periodo transitorio di 5 anni le persone sprovviste di tale curriculum di studio, ma in possesso della istruzione obbligatoria possono essere ammesse al primo corso delle scuole anzidette per: ~vio esame di cultura generale. Il diploma del corso biennale per infermiere professionali è equiparato a tutti gli effetti a quello richiesto per le carriere di concetto con funzioni tecniche di cui all'ordinamento degli impiegati civili dello Stato ed a quello dei dipendenti da enti pubblici. I titoli di studio conseguiti all'estero dalle aspiranti italiane o straniere sono esaminati caso per caso dal Consiglio di amministrazione, previo giudizio di equipollenza, a quelli di cui al precedente comma. Tale giudizio è promosso per il tramite del Provveditore agli studi".

Si riporta inoltre il disegno di legge n. 1735 presentato al Senato della Repubblica dai Senatori Bonadies e Angelilli il 22-6-1966 concernente:

- **28 gennaio:** Brema: alle ore 18.50 un aereo della compagnia tedesca lufthansa, precipita in fase di atterraggio; muoiono 4 membri dell'equipaggio e tutti i 42 passeggeri a bordo; fra loro 7 nuotatori della nazionale italiana. È la più grave sciagura occorsa al nuoto italiano ed una delle più gravi di tutto lo sport azzurro.
- **29 gennaio:** Sanremo. Rivelazione dell'anno è Caterina Caselli con Nessuno mi può giudicare.



Infermiera, copertina del Saturday Evening Post, 1936



"QUALIFICAZIONE - GIURIDICA DELLE INFERMIERE PROFESSIONALI, ASSISTENTI SANITARIE VISITATRICI, OSTETRICHE E VIGILATRICI D'INFANZIA".

Onorevoli Senatori,

il presente disegno di legge, nell'attesa della riforma delle scuole per le appartenenti alle professioni sanitarie ausiliarie, mira soprattutto ad elevare il livello dell'assistenza infermieristica nel nostro Paese, a limitare il continuo orientamento di personale diplomato verso attività meno gravose e meglio retribuite e, non ultimo, tende alla sistemazione equa ed uniforme delle infermiere di professione, assistenti sanitarie visitatrici, vigilatrici d'infanzia e ostetriche, in un ruolo più rispondente alle nuove possibilità che il progresso della scienza medica affida loro.

Allo stato attuale, purtroppo, non esistendo una precisa qualificazione giuridica del suddetto personale, la classificazione avviene a giudizio degli Enti, derivandone quindi delle sperequazioni che inducono gran parte di questi preziosi elementi a disertare la professione.

La necessità di valutare il diploma delle appartenenti alle professioni sanitarie ausiliarie, titolo di studio di 2° grado a tipo tecnico, viene sentita anche dal Governo.

Il 9 novembre 1962 la Sezione prima del Consiglio superiore della pubblica istruzione espresse parere favorevole all'inquadramento delle assistenti sanitarie visitatrici, delle infermiere professionali, delle ostetriche e delle vigilatrici d'infanzia nella categoria degli impiegati di concetto. Poiché il parere favorevole espresso dal Ministero

della pubblica istruzione ha agevolato un certo gruppo di interessate ed altre già da tempo sono state inquadrate nella carriera di concetto (dipendenti Ministero sanità, Amministrazioni comunali di Roma e Milano, ONMI o varie Amministrazioni

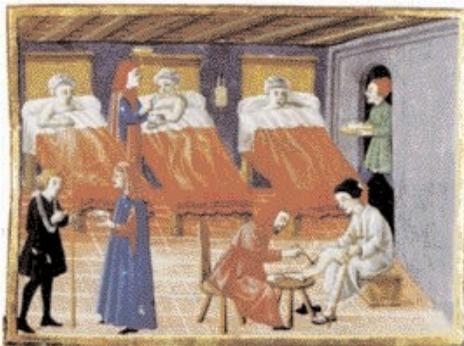
provinciali) e considerato che una distinzione dei compiti affidati dalla legge alle appartenenti alle professioni ausiliarie sanitarie non è logicamente possibile unica, infatti, è la loro funzione - per un senso di giustizia equitativa e per non creare sperequazioni in senso alle categorie si richiede che tutto il personale attualmente in servizio venga sistemato in modo uniforme.

Si espone qui di seguito il programma di studi del personale appartenente alle professioni sanitarie ausiliarie.

- **4 febbraio:** obbligatorietà vaccinazione antipoliomelitica
- **21 aprile:** Houston (texas): primo impianto di cuore artificiale in un organismo umano
- **22 maggio:** Viene introdotta in Italia, per la prima volta, l'ora legale
- **29 giugno:** Guerra in Vietnam: gli Stati Uniti iniziano massicci bombardamenti sul Vietnam del Nord.

...omissis

La complessità e l'impegno degli studi che preparano all'esercizio delle professioni sanitarie ausiliarie oltre alle crescenti responsabilità dei compiti specificamente affidati alle diplomate, giustificano ampiamente la richiesta di rivalutazione professionale, che, nell'attesa della riforma relativa alle apposite scuole, con il presente disegno di legge si sottopone all'esame del Senato, nella fiducia che trovi unanime adesione.



Interno di Ospedale, XV sec.

DISEGNO DI LEGGE

Articolo unico

Le infermiere professionali, le assistenti sanitarie visitatrici, le ostetriche e le vigilatrici di infanzia sono da considerare, a tutti gli effetti, come impiegate di concetto e pertanto inquadrate nella categoria B.





Posta e risposta

a cura di Stefano Citterio

Test da carico con glucosio, e tamponi vaginali e cervicali sono competenze dell'infermiere?

D.: Egregio Dr. Citterio, faccio seguito al colloquio telefonico intercorso per richiedere formali indicazioni in merito alla possibilità per gli Infermieri Professionali, liberi professionisti, di eseguire, su prescrizione medica, ai pazienti di uno SMEL (quindi anche senza la presenza fisica di un Medico in struttura, come consentito per i prelievi dalla normativa regionale relativa all' Accreditamento delle strutture.)

1. test da carico orale di glucosio, previa verifica di adeguato valore di glicemia basale;
2. tamponi vaginali e cervicali, con o senza applicazione di speculum.

Nel ringraziarLa anticipatamente della Sua cortese collaborazione porgo cordiali saluti.

Dott. ssa C.B.

R.: Gent.ma Dott.ssa C.B.,

Le confermo quanto le ho anticipato telefonicamente. Le attività indicate rientrano tra le competenze infermieristiche come procedure diagnostico/terapeutiche che l'infermiere deve garantire ai sensi del DM n. 739/1994, con le precisazioni che le faccio di seguito.

1. Riguardo il test da carico con glucosio, in presenza di prescrizione medica non vi sono particolari obiezioni. Anzi, possiamo dire che rientra tra le competenze medie che possiamo attenderci da tutti gli infermieri, in quanto tali. La verifica della glicemia basale presuppone una specifica indicazione presente in un protocollo firmato dal medico responsabile del laboratorio con il riferimento ai valori da considerare (senza dubbi di interpretazione) per le azioni successive previste.

2. L'esecuzione dei tamponi vaginali e cervicali può rientrare tra le competenze infermieristiche, anche se non in via esclusiva. In questo caso è necessario, in particolare per quelli che prevedono l'applicazione dello speculum procedere ad un idoneo addestramento/formazione, da attestare da parte del formatore. A maggiore garanzia si può prevedere la definizione di un protocollo/istruzione operativa che chiarisca eventuali dubbi o problemi che l'infermiere in addestramento pone o che possono complicare la procedura (es. presenza di infezioni, lesioni, ecc..).

Cordiali saluti

È possibile rifiutare l'esecuzione della terapia prescritta?

Egregi colleghi sono un vostro iscritto e da qualche giorno ho un dubbio legale.

Non sapendo se devo chiedere un appuntamento al legale o no, vi propongo il mio quesito in modo tale che mi possiate dare delle informazioni a chi rivolgermi.

Pz. da circa 6 giorni esegue per 3 volte al giorno infusioni di antibiotico con ago farfallato, a fine infusione viene rimosso e riposizionato per l'infusione successiva. Mi chiedo io mi posso rifiutare di eseguire la terapia antibiotica poiché non si riesce a trovare un'alternativa? Premetto non si riesce a posizionare un ago cannula in quanto presenta irripertibilità venosa. Un catetere venoso centrale non vogliono posizionarlo. Si continua solamente ad eseguire infusioni endovenose e non per via orale. Io come mi devo comportare? Posso rifiutarmi, per il bene della paziente che ha le braccia martoriata dai continui prelievi ed infusioni.

Nel caso di affermazione positiva a quale legge o sentenza posso legarla?

Vi ringrazio e anticipatamente della vostra disponibilità.



R.: Caro collega, l'infermiere secondo il Profilo (DM 739/1994, ribadito dalla legge 42/99) ha la responsabilità di garantire la procedure diagnostico terapeutiche. Quindi per poter rifiutare di dare corso ad una prescrizione medica occorrono delle ragioni valide e circostanziate che vanno esposte prima verbalmente e, ad un eventuale rifiuto, vanno scritte. Tali ragioni devono anche tener conto di eventuali conseguenze che deriverebbero dal NON effettuare la terapia prescritta.

Il caso che esponi ha anche dei risvolti deontologici relativi alla sostenibilità delle terapie da parte della paziente. Mi fa piacere che come infermiere ti poni il problema.

La persona interessata, cosa dice? È informata che può rifiutare le cure?

E i colleghi? Il caso è stato discusso in equipe? Sono state valutate alternative? La terapia orale è indicata oppure no? il CVC potrebbe causare complicanze ulteriori? Mi chiedo, quali sono le ragioni che richiedono di rimuovere sempre l'ago dopo ogni infusione? Dove si posiziona l'ago a farfalla non è possibile introdurre un ago cannula di piccolo calibro? Non si può procedere ad una eparinizzazione almeno per 24 ore, evitando tre buchi/die.?

Forse rispondendo a queste domande si può trovare la "soluzione" al quesito che ci poni.

Cordiali saluti

L'aspirazione rinofaringea è competenza dell'infermiere?

Siamo gli infermieri di una riabilitazione pediatrica, all'interno del nostro reparto gestiamo bambini disfacici e con problemi respiratori con o senza tracheostomia provenienti da rianimazioni di tutta Italia. Vorremmo sapere se l'aspirazione rinofaringea è da considerarsi di competenza infermieristica o prevede la presenza di un medico viste le possibili complicanze associate (stimolazione vagale, emorragie...).

Grazie per le informazioni, rimaniamo in attesa di una vostra risposta.

Gli infermieri di reparto

R.: Gentili Colleghi, ciò che determina il campo proprio di attività e responsabilità dell'infermiere, come indicato dalla legge 42/99, è:

- il profilo professionale dell'Infermiere (DM739/1994);
- gli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario (oggi laurea triennale) e di formazione post-base;
- il codice deontologico;
- con l'ulteriore limite che impone il rispetto delle competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario.

Posto che l'aspirazione rino-faringea (quindi delle prime vie aeree) non si configura come atto esclusivo di competenza medica o di altre professioni, esso può rientrare nelle competenze infermieristiche sia come risposta al bisogno di respirare sia come procedura diagnostico/terapeutica da garantire da parte dell'infermiere, in questo caso necessita di prescrizione medica.

L'ordinamento didattico non fa esplicito riferimento a tale manovra tra le competenze da insegnare/acquisire. Il Codice deontologico agli articoli 3.1, 3.2 e 3.3 raccomanda all'infermiere di aggiornarsi per fondare il proprio operato su conoscenze validate, intervenire in base al livello di competenza raggiunto, ricorrendo alla consulenza di esperti qualora il livello di formazione non consenta di agire in sicurezza. Il Codice deontologico richiama anche il diritto dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali l'infermiere non ha esperienza. Per tutte queste ragioni prima di attribuire tali attività all'infermiere è imprescindibile garantire, tramite un percorso formativo teorico/pratico formalizzato, il possesso di tali competenze. Tra le competenze richieste figurano, ovviamente, anche le capacità di gestire eventuali complicanze, che possono richiedere anche l'intervento del medico.

La particolarità della vostra U.O., che accoglie bambini da tutta Italia, può rappresentare il contesto ideale per sviluppare tali competenze (se non le possedete già) considerando che tali manovre di aspirazione possono, in taluni casi, anche essere insegnati ai genitori e/o persone significative che le effettuano, ad esempio, al proprio domicilio.

Cordiali saluti



Due professioni, doppi crediti?

Volevo cortesemente porre un quesito: io sono ostetrica ed infermiera, iscritta all'IPASVI come infermiera e al collegio ostetriche, come ostetrica. Volevo chiedere se devo totalizzare il numero di crediti sia come infermiera che come ostetrica, oppure quelli previsti dalla legge come operatore sanitario (150 in 3 anni).

Attendo vostre risposte

Ringraziando in anticipo

R.: Gentile Collega,

il quesito che sollevi è particolarmente interessante e meriterebbe una risposta formale da parte della commissione Nazionale ECM (cui abbiamo inviato il quesito).

I presupposti da cui partirei per cercare una risposta, sono due: il concetto di formazione ECM e chi ha la responsabilità di certificare l'avvenuta formazione.

1) Il D.Lgs. 229/1999 definisce che la formazione permanente "... comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale" e che "La formazione continua è sviluppata sia secondo per-

corsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione".

Considerando queste definizioni, se la tua attività formativa garantisce questi aspetti (la qualità delle prestazioni e la coerenza con gli obiettivi definiti) potrebbero bastare 150 crediti complessivi o comunque distribuiti proporzionalmente rispetto all'attività prevalente che svolgi.

2) A quanto affermato va aggiunto, però, che l'ultimo accordo stato regioni identifica negli Ordini e nei Collegi, per il tramite dell'anagrafe nazionale, la responsabilità di certificare il raggiungimento dei crediti formativi richiesti. Quindi ciascun collegio, cui sei iscritta, potrebbe chiedere 150 crediti, trascurando quelli acquisiti come altro professionista. Per tale ragione ti consiglio di porre il medesimo quesito anche al Collegio delle Ostetriche.

In linea generale se non consideriamo la difficoltà ad esercitare contemporaneamente due professioni, mi pare ragionevole chiedere l'acquisizione di soli 150 crediti nel triennio. In alternativa mi parrebbe di considerare l'ECM più come un puntificio che una reale occasione formativa.

Cordiali saluti

RINNOVO POLIZZA RC ANNO 2009

Ricordiamo ai sottoscrittori della Polizza RC del Collegio IPASVI di Como che il bollettino per il rinnovo è già stato inviato. Per dare continuità alla copertura assicurativa il pagamento deve essere effettuato entro il 28 febbraio 2009.

Pertanto chi non avesse ricevuto il bollettino è pregato di contattare la Segreteria.

Informiamo che, a far data dal 01/01/2009, le polizze sottoscritte dal Collegio IPASVI di Como sono passate dal gruppo Ubi Assicurazioni SpA al gruppo Tua Assicurazioni SpA, confermando le condizioni contrattuali, le garanzie ed i premi di polizza.





News from the web

Siti di interesse sanitario

34

di (PARD) Paola Pozzi*

http://nottidiguardia.it/?page_id=64

Questo sito è stato creato da un gruppo di operatori sanitari, estrosi ed intraprendenti, che sentono un legame (sottile ma tenace) fra la passione per la medicina e l'amore per l'arte, il teatro, la fotografia, la letteratura.

È nato così un contenitore di storie (ma anche di immagini) di notti di guardia, trascorse dietro ad avventure che, sebbene non sempre spettacolari, sono ugualmente in grado di dispensare emozioni e poesia. Un luogo di incontri virtuali tra idee, pensieri e riflessioni proprie di una realtà notturna, sconosciuta e riservata.

"La notte, quando sarò di guardia, andrò a caccia di un'impressione. Un'impressione di seconda o terza fila, una di quelle tanto schive da starsene sempre al buio e tanto lievi da rimanere impigliate tra le maglie di un sogno"

<http://www.progettooncologia.cnr.it/>

Questo sito raccoglie informazioni, risultati e documenti prodotti dalle varie iniziative.

La formulazione di Basi Scientifiche di Linee Guida prende origine da una consolidata e pregressa esperienza avviata nel 1996 nell'ambito dei Progetti Finalizzati e successivamente di quelli Strategici sponsorizzati dal CNR-MIUR nel settore dell'Oncologia ed è attualmente coordinata da Alleanza Contro il Cancro.

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

Notiziario infermieristico

Notizie dal mondo infermieristico e sanitario

<http://web.quipo.it/chicco/>

Ferite E Drenaggi Chirurgici

<http://digilander.libero.it/dante.clerici/>

sito dedicato al personale infermieristico o volontario impegnato nel primo soccorso, index.htm si occupa di: primo soccorso, pronto soccorso, bls, elettrocardiogramma interattivo

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



La presa in carico in un Servizio Psichiatrico Territoriale: l'esperienza del Centro Psicosociale di Cuggiono

Infermiera Maria Grazia Castoldi e Infermiera Sandra Tomanin – Azienda Ospedaliera Legnano – Unità Operativa di Psichiatria Legnano – Centro Psicosociale di Cuggiono.

Promuovere la salute mentale del paziente e della sua famiglia per l'infermiere significa sviluppare delle strategie efficaci per rispondere alle esigenze immediate o potenziali del paziente.

Per raggiungere tali obiettivi, anche in ambito psichiatrico, l'infermiere si avvale del processo del nursing: accertamento, diagnosi, programmazione, attuazione, valutazione.

La fase dell'accertamento psichiatrico è un processo scientifico d'identificazione dei problemi psicosociali, dei punti di forza e delle apprensioni del paziente. Comporta: il colloquio psichiatrico, la valutazione dello stato mentale, l'esame obiettivo e le verifiche diagnostiche.

Il Centro Psicosociale di Cuggiono utilizza questo primo passo del processo del Nursing per la presa in carico da parte del servizio dei nuovi utenti. Prende il nome di "Prima Visita" e si prefigge:

- 1) un'accoglienza immediata del paziente, che viene ricevuto ed ascoltato in tutti i giorni di apertura del Servizio senza prenotazione.
- 2) Triage (valutazione dell'urgenza). Chi si rivolge per la prima volta ad un servizio di salute mentale territoriale è frequentemente spinto da un disagio che avverte come molto intenso e come tale da accogliere subito (urgenza soggettiva) anche se l'obiettività clinica (urgenza oggettiva) potrebbe consentire una risposta in tempi ragionevoli ma non immediati.
- 3) Informazione all'utente. L'operatore presenta il Servizio ed informa l'utente rispetto le procedure burocratiche (ticket, esenzioni ecc.).

Il *colloquio psichiatrico* infermieristico, in "Prima Visita", fornisce informazioni sulle anomalie comportamentali, sull'anamnesi sociale ed emotiva e sullo stato mentale del paziente.

L'utente viene accolto in un ambiente che rispetti la sua privacy, invitato ad accomodarsi, rassicurato sulla riservatezza e sulle modalità di svolgimento del colloquio. Se lo desidera potrà essere supportato da una persona di fiducia. Si preoccuperà, l'infermiere, di rispettare i tempi del paziente, ascoltandolo in modo obiettivo e rispondendo in modo empatico.

Affinché il colloquio possa raccogliere obiettivamente ed in modo completo i dati soggettivi ed oggettivi è auspicabile che sia guidato da alcuni accorgimenti:

- 1) si stabiliscono degli obiettivi chiari – il colloquio dura circa mezz'ora, deve raccogliere il più possibile tutte le informazioni, non deve disperdersi in una conversazione a finalistica
- 2) saranno da evitare giudizi personali, anche se richiesti, e formulazioni d'ipotesi
- 3) si osserveranno segni d'ansia e di disagio suscitati dagli argomenti trattati (comunicazione non verbale)
- 4) l'infermiere dovrà controllare reazioni personali e valutarle (meccanismo di transfert)

Nel Centro Psicosociale di Cuggiono l'infermiere si avvale di tre strumenti durante il colloquio.

- 1) CARTELLA ANAMNESTICA - nella quale vengono raccolti i dati anagrafici generali, parziale anamnesi familiare, personale (scolarità, attività lavorativa, stato civile, composizione del nucleo familiare), alcuni dati di rilevanza sociale (sistemazione abitativa, pensione).
- 2) INTERVISTA DI PRIMA VISITA – composta da una serie di domande aperte sulla storia recente e passata che ha condotto l'utente al Servizio nonché le sue aspettative.



3) Face – (TRIAGE ASSESSMENT, P.Clifford) – scala di valutazione finalizzata all'impostazione degli interventi ed alla definizione dei livelli d'assistenza occorrenti.

In questo articolo vogliamo prendere in esame l'INTERVISTA DI PRIMA VISITA che a nostro modo di vedere ci guida validamente in un colloquio sistematico all'accettazione del paziente.

Tabella 1 - SCHEMA DI PRIMA VISITA

- Com'è avvenuto l'invio al nostro Servizio?
- Qual è il motivo della richiesta? Perché viene formulata ora?
- Come si presenta il disagio mentale? Com'è la sintomatologia attuale? Quando è iniziata? Vi sono terapie farmacologiche in corso?
- Com'è il rapporto con la famiglia e/o gli altri in generale?
- In passato ci sono stati altri episodi di disagio psichico?
- Ci sono stati tentativi di cura precedenti?
- Con quali aspettative il paziente è giunto al nostro Servizio?

Come si vede nella Tabella 1 essa è composta da quesiti essenziali, concisi e come tali volti a contenere e precisare il colloquio. Esaminiamo ora punto per punto i quesiti dello schema.

Come è avvenuto l'invio al nostro Servizio?

Ha lo scopo di interpretare la domanda d'aiuto. Si valuta chi richiede l'intervento per capire se il disagio psicologico e quindi la richiesta è stata espressa dal paziente stesso, dai familiari, dal medico curante che segnala il caso, da persone o strutture esterne. In questo senso la presenza del paziente è importante perché indica la sua disponibilità a farsi curare. A volte la segnalazione può arrivare all'insaputa del paziente (familiari, autorità pubbliche, vicini) in questo caso le difficoltà sono maggiori perché investono la sfera della privacy.

Qual è il motivo della richiesta? Perché viene formulata ora?

Serve all'infermiere per identificare e stabilire il problema principale del paziente e ciò che di fatto l'ha indotto a chiedere aiuto ora. Spesso i pazienti non identificano un problema prevalente o possono sostenere di non averlo imputando la richiesta a terzi.

Come si presenta il disagio mentale? Com'è la sintomatologia attuale? Quando è iniziata? Vi sono terapie farmacologiche in corso?

L'infermiere rileva la sintomatologia attuale, la sua gravità, le modalità d'insorgenza: frequenza, modo e tempo. Registra le eventuali terapie in corso, il ritmo sonno-veglia, l'alimentazione, l'abuso di alcool, fumo, droga e farmaci.

Com'è il rapporto con la famiglia e gli altri in generale?

In questa fase l'infermiere raccoglie l'anamnesi psicosociale e familiare: dovrà portare informazioni sui rapporti interpersonali, lo stile di vita, strategie di adattamento; potranno emergere informazioni sulla scuola, sul lavoro, pratiche religiose, hobbies, attività sessuale.

Si valuterà anche il modo in cui il paziente ha affrontato eventuali cambiamenti della sua vita (eventi stressanti): morti, divorzi, licenziamenti, promozioni, nascite, cambi di domicilio ecc.

Per quanto riguarda l'anamnesi familiare verranno analizzate le abitudini familiari e le relazioni emotive recenti e passate. Si raccoglieranno informazioni sulla salute fisica ed emotiva dei membri della famiglia (storie di abuso di sostanze, di alcolismo, violenza, malattie come diabete, ecc.).

IN PASSATO CI SONO STATI ALTRI EPISODI DI DISAGIO PSICHICO?

Questa domanda riguarda l'anamnesi psicologica e psichiatrica, se si siano verificati altri episodi di disagio psicologico pregresso e come sono stati superati. Questo ci potrà permettere di valutare eventuali punti di forza e capacità di trovare sostegno emotivo.

Ci sono stati tentativi di cura precedenti?

Qui verranno messe in evidenza le strategie che il paziente ha messo in atto per cercare di contrastare la sintomatologia attuale.

Con quale aspettativa il paziente è giunto al nostro servizio?

Valutare quali sono le aspettative che sottendono la richiesta di intervento aiuta nell'elaborazione di un progetto personalizzato.

ANALISI DELLO STATO MENTALE

Questo genere di analisi permette di accertare il livello di coscienza del paziente, l'aspetto generale, il comportamento, il linguaggio, l'umore e lo



stato d'animo, le capacità intellettuali, di giudizio, di introspezione, di percezione e il tipo di pensieri. Durante la prima visita l'infermiere dovrà valutare il livello di coscienza: coerenza e contenuto del linguaggio verbale qualità e grado dei movimenti (postura, andatura), contatto dello sguardo.

L'aspetto: colorito, condizioni della cute, odore, peso. Questi dati permettono all'infermiere di valutare la cura di sé del paziente e il suo grado di consapevolezza. Alterazioni in questo campo possono essere sintomatiche di patologie emotive ma anche somatiche.

Comportamento. Bisognerà osservare come il paziente si pone nella relazione con l'operatore. Collabora rispondendo alle domande? In che modo lo fa: difensivo, troppo aperto, ostile, imbarazzato; qual è il linguaggio del corpo? Teso, rigido, irrequieto, rilassato, comodo.

Il linguaggio è sintono e coerente?

Comportamenti bizzarri possono indicare presenza di allucinazioni, idee deliranti, disturbi ossessivi.

Linguaggio. Il contenuto e la coerenza del linguaggio possono rivelare anomalie del pensiero, un modo di parlare logorroico stati d'ansia o maniacalità, un modo troppo lento o un tono e volume troppo bassi con risposte monosillabiche un umore depresso o una degenerazione organica.

Umore e stato d'animo. L'infermiere dovrà chiedere al paziente come si sente e valutarne la mimica. Prestazioni intellettuali. Riguardano la capacità del paziente di astrarre, formulare giudizi ed ipotesi, strategie di coping. L'infermiere valuterà durante il colloquio il livello d'attenzione, di comprensione, formulazione dei concetti, nonché le sue conoscenze generali.

Il giudizio. Riguarda l'abilità del paziente di scegliere e giudicare le soluzioni ai problemi.

L'introspezione. Valuta la capacità del paziente di autoanalisi realistica (molto utile nel determinare un eventuale indirizzo psicoterapeutico)

La percezione. La prima visita dà un quadro all'operatore su come il paziente interpreta la realtà (nelle psicosi è nettamente distorta).

La valutazione dello stato mentale sommata al colloquio di prima visita permettono all'infermiere di valutare deviazioni o mutamenti dei consueti modelli comportamentali. I segni e sintomi chiave comprendono alterazioni dell'appetito, del livello energetico, della motivazione, dell'igiene, della propria immagine, dell'autostima, del sonno, dell'impulso sessuale e delle capacità.

Comportamenti auto ed etero distruttivi andranno tenuti in debita considerazione ed incideranno sulla formulazione di un piano di gestione del rischio.

Abbiamo notato che la Prima Visita oltre a raggiungere gli obiettivi che si era prefissata (accoglienza, triage, informazione) porta un effetto di sollievo che si può definire "terapeutico": il paziente durante il colloquio ha modo di "sfogarsi" e placare lo stato d'ansia. Il confronto con la visita successiva mette in evidenza, spesso, una riduzione dell'urgenza soggettiva.

Al nostro Servizio la Prima Visita ha portato una migliore gestione delle risorse, infatti, l'Intervista Infermieristica viene sempre discussa in équipe permettendo un miglior indirizzo agli specialisti (psichiatri e psicologi) in tempi appropriati.

Non di minor conto è la gratificazione infermieristica che ne deriva. Il poter applicare quotidianamente, su un numero maggiore di pazienti, la fase di accertamento psichiatrico ci ha permesso di esprimere e rendere visibile la nostra professionalità.

Una carenza dell'Intervista di Prima Visita, in alcuni casi, si è riscontrata nel gestire l'impatto emotivo suscitato dalle problematiche del paziente (ad. es. il paziente che minaccia il suicidio), di qui la necessità di individuare uno strumento in grado di "depurare" il primo contatto e di obbiettivare in modo più preciso i bisogni del paziente.

Si è così ritenuto opportuno migliorare la qualità di questo delicato momento clinico, dando ad esso un assetto meno approssimativo e più strutturato con l'utilizzo della Face Triage Assessment di Clifford.

BIBLIOGRAFIA

1. Mario Betti e Mario Di Fiorono, *Psichiatria e igiene mentale ruolo e funzioni dell'infermiere*, Mc Graw-Hill
2. Face Core Assessment (P. Clifford)- Versione italiana a cura del Dottor Spilogatti- Unità Operativa Psichiatria Azienda Ospedaliera Cremona.



Il ruolo del coordinatore infermieristico nella formazione continua dei collaboratori

Tratto dalla propria Tesi di Master "La percezione del Coordinatore Infermieristico sulla competenza formativa nei confronti dei collaboratori: un'indagine conoscitiva".

Master in Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento

A.A. 2007-2008 Università degli Studi di Roma Tor Vergata

38

*A cura di Roberta Dotti**

RIASSUNTO

La tesi è stata realizzata allo scopo di comprendere e descrivere la percezione che i Coordinatori Infermieristici hanno del loro ruolo nella formazione continua del personale infermieristico e di supporto, tenuto conto della funzione strategica che la formazione da un lato ed il Coordinatore Infermieristico dall'altro, hanno nel favorire i cambiamenti organizzativi, attraverso lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali. La revisione della letteratura ha permesso di definire la competenza formativa attribuita al Coordinatore Infermieristico, mediante l'analisi degli elementi che la costituiscono e dei fattori che la influenzano; i risultati di un'indagine conoscitiva condotta tra i Coordinatori Infermieristici dell'Ospedale Valduce di Como, hanno invece consentito di descrivere la percezione che questi hanno del loro ruolo formativo. Confrontando quanto trovato in letteratura con i risultati dell'indagine si può affermare che la competenza formativa del Coordinatore Infermieristico implica specifiche conoscenze, capacità e caratteristiche individuali; è influenzata dal contesto, dalla motivazione e dall'esperienza e si esplicita correttamente solo se vi è un'adeguata percezione del ruolo professionale e se le proprie competenze vengono costantemente aggiornate.

INTRODUZIONE

Le aziende sanitarie, per essere competitive e garantire l'erogazione di servizi adeguati alle crescenti e mutevoli necessità dei cittadini, devono essere più flessibili rispetto al passato e pron-

te a continui cambiamenti organizzativi. Ciò è possibile solo investendo sulle persone e soprattutto sullo sviluppo delle loro competenze, in quanto proprio in queste risiede la vera risorsa aziendale. Investire sulle competenze significa porre al centro di qualsiasi processo la valorizzazione delle stesse, non più viste nell'ottica tradizionalista delle "competenze necessarie" per raggiungere gli obiettivi prefissati, ma in quella innovativa delle "competenze possedute dalle persone" (Silvestro in Gandini, 2005). Quando si parla di competenze professionali s'intende una particolare combinazione di conoscenze, capacità e caratteristiche individuali che interagiscono tra loro e sono influenzate dalla motivazione (che dà la spinta ad agire) e dalla volontà (che permette all'azione di svolgersi compiutamente), allo scopo di esprimere prestazioni adeguate al contesto in cui si opera (Gandini, 2005); esse rappresentano il valore aggiunto del professionista, che viene messo in atto in un determinato contesto per raggiungere uno scopo preciso (IP.AS.VI., 2007) e sono influenzate dall'immagine che la persona ha di sé e del suo progetto di vita (Levati e Saraò, 1998).

Il Coordinatore Infermieristico, costituendo l'anello di congiunzione tra gli obiettivi organizzativi da un lato e le esigenze e le competenze personali dall'altro, è considerato una figura strategica nella gestione aziendale, poiché è in grado di influenzare e guidare una parte numericamente rilevante del patrimonio umano.

Le Linee Guida IP.AS.VI. (2001) prevedono nel percorso formativo del Coordinatore Infermieristico



l'acquisizione di competenze relative, oltre che alla promozione e alla pianificazione della formazione permanente, anche alla gestione diretta delle attività formative; tra le capacità da sviluppare includono l'identificazione dei propri bisogni formativi e di quelli dei collaboratori, la progettazione e la valutazione dei percorsi formativi e la verifica dell'impatto delle attività formative realizzate. La stessa Federazione IP.AS.VI., nel 2007, ribadisce che tra le competenze tecnico professionali che definiscono il profilo dell'Infermiere Coordinatore ci sono competenze formative relative alla progettazione, all'erogazione ed al monitoraggio dei programmi di formazione.

La formazione continua del personale sanitario rappresenta lo strumento per favorire il cambiamento dei comportamenti, rispettando gli obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali programmati e garantendo nel tempo la qualità dell'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale. In Italia la Commissione nazionale per la Formazione Continua, istituita nel 2000, ha elaborato un programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) rivolto a tutto il personale sanitario, che prevede che l'ECM sia controllata, verificata, misurata, incoraggiata, promossa ed organizzata.

Sostanzialmente il sistema ECM da un lato funge da garante sulla qualità e l'utilità degli eventi formativi a cui ogni singolo operatore è libero di partecipare autonomamente, tutelando la propria professionalità; dall'altro rappresenta il mezzo per ricordare ad ogni professionista il suo dovere, richiamato peraltro anche dal Codice Deontologico, di svolgere un adeguato numero di attività d'aggiornamento e di riqualificazione professionale.

Il ruolo del Coordinatore Infermieristico si esplicita nel guidare ed indirizzare gli operatori verso un utilizzo corretto della formazione, che deve essere concepita come un'opportunità preziosa per lo sviluppo e la valorizzazione della professionalità, in una prospettiva di continua crescita personale, oltre che professionale. Facendo riferimento agli elementi che costituiscono la competenza formativa (conoscenze, capacità e caratteristiche individuali), il Coordinatore dovrebbe innanzitutto conoscere la normativa

nazionale (ECM) e regionale (CPD in Lombardia) che regola la formazione continua del personale sanitario, i principi che governano la formazione e l'apprendimento degli adulti (Knowles, Holton III, Swanson, 2008) e le fasi che portano alla realizzazione di un processo formativo efficace (Continisio e Pisacane, 2007). Oltre ad osservare l'adeguatezza delle prestazioni svolte e a considerare le esigenze formative espresse dai collaboratori, dovrebbe essere in grado di far emergere le loro necessità formative più latenti, utilizzando metodi quali il questionario autosomministrato e l'intervista informale, che permettono il coinvolgimento dei diretti interessati in un'autovalutazione delle competenze possedute rispetto a quelle richieste dall'organizzazione. Trattandosi di colui che maggiormente conosce il lavoro che i partecipanti svolgono, il Coordinatore dovrebbe anche collaborare direttamente con il S.I.T.R.A. e l'Ufficio Formazione, nella definizione degli obiettivi educativi da raggiungere e nella scelta dei relativi indicatori di risultato. Dovrebbe essere capace di elaborare un programma formativo che miri ad ottenere un apprendimento complesso, determinando un cambiamento nella cultura professionale (Bruscaglioni, 2002), attraverso la valorizzazione delle esperienze vissute. Infine, spetta a lui il compito di valutare l'apprendimento dei partecipanti e soprattutto le ricadute che gli eventi educativi hanno sull'appropriatezza delle attività svolte, osservando eventuali cambiamenti nelle performance lavorative. Per poter espletare correttamente la propria competenza formativa è però fondamentale che da parte del Coordinatore Infermieristico ci sia un'assunzione consapevole del proprio ruolo, intesa come corretta percezione di se stessi rispetto agli altri e al contesto di riferimento (Calamandrei e Orlandi, 2002). Da questo concetto è nato il desiderio di verificare se anche nella realtà lavorativa dell'Ospedale Valduce di Como, esiste un forte legame tra le competenze formative percepite e quelle effettivamente esplicitate dai Coordinatori Infermieristici.

MATERIALI E METODO

Lo scopo dell'indagine conoscitiva condotta è stato quello di descrivere la percezione che i



Coordinatori Infermieristici dell'Ospedale Valduce di Como hanno del loro ruolo nella formazione continua dei collaboratori (personale infermieristico e di supporto).

Il campione oggetto dell'indagine è costituito da tutti gli Infermieri a cui l'Ospedale Valduce riconosce funzioni di coordinamento al momento della raccolta dati, per un totale di 24 Coordinatori. È stato condotto uno studio non sperimentale osservazionale, che ha esplorato e descritto le competenze percepite ed esplicitate dal campione nello svolgimento del ruolo professionale; lo strumento utilizzato per la raccolta dati è il questionario strutturato, autosomministrato ed anonimo, composto da 22 domande, alcune aperte ed altre chiuse, suddivise nelle due aree di contenuto "Informazioni generali" e "Competenze dell'Infermiere Coordinatore". Per la sua distribuzione, avvenuta tra il 15 Luglio e il 15 Agosto 2008, è stata richiesta l'autorizzazione al S.I.T.R.A. e, per l'analisi statistica descrittiva dei dati raccolti, sono state prese in considerazione le distribuzioni di frequenza delle modalità dei caratteri qualitativi e quantitativi osservati.

RISULTATI

I questionari restituiti compilati sono stati 21, pari all'87.5% di quelli distribuiti.

I risultati ottenuti hanno permesso di tracciare il profilo medio dei Coordinatori che hanno partecipato all'indagine:

si tratta di Coordinatori Infermieristici con età superiore a quarant'anni (71%), che svolgono funzioni di coordinamento da più di dieci anni (67%) e che possiedono, oltre al diploma regionale di Infermiere Professionale, anche il certificato di A.F.D. (48%). Nell'ultimo anno si sono formati soprattutto sul risk management (76%) e sul sistema qualità (70%) e lavorano prevalentemente in aree di degenza/programmata (38%). Si occupano principalmente della gestione del patrimonio umano (61%) e, nonostante riconoscano l'eccessivo dispendio di tempo in attività improprie (43%), la mancanza di tempo (19%) e gli eccessivi carichi di lavoro (14%) come ostacoli nello svolgimento del proprio ruolo, hanno un buon livello di soddisfazione lavorativa (81%) e si sentono motivati nello svolgimento della funzione di coordinamento (57%). Reputano fonda-

mentale per potersi occupare di coordinamento, possedere conoscenze sulla leadership e sulla gestione del personale e dei conflitti (grafico n. 1), capacità di analisi di contesto e di pianificazione/organizzazione (grafico n. 2) e considerano indispensabile essere consapevoli del proprio ruolo, oltre che autorevoli e automotivati (grafico n. 3). Giudicano molto importante la competenza formativa di un Coordinatore (62%), dichiarano di conoscere abbastanza bene la normativa E.C.M. (86%) ed il 48% si occupa direttamente della rilevazione dei bisogni formativi (grafico n. 4); identificano il S.I.T.R.A. come principale responsabile della formazione continua del personale (100%), coadiuvato dall'Ufficio Formazione (90%) e dai Coordinatori Infermieristici (71%). Tra le varie attività formative di propria pertinenza, il 90% dei Coordinatori percepisce come prioritaria la rilevazione dei bisogni formativi (grafico n. 5) e, per quanto riguarda la progettazione formativa, ritengono essenziali ai fini educativi i contenuti trasmessi ed i metodi didattici utilizzati (grafico n.6), senza considerare l'esperienza del discente. In fine, per favorire la motivazione ad apprendere dei partecipanti, considerano indispensabile renderli consapevoli di avere delle carenze formative, ponendo in secondo piano il loro coinvolgimento nella rilevazione dei bisogni formativi e la valorizzazione dell'esperienza precedente (grafico n. 7).

DISCUSSIONE

Dall'analisi delle relazioni esistenti tra competenze percepite e realmente esplicitate, è interessante notare che il 90% del campione percepisce come attività formativa prioritaria la rilevazione dei bisogni formativi, ma solo il 48% dichiara di occuparsene direttamente; i Coordinatori sono dunque coscienti dell'importanza che il proprio ruolo ha nella formazione continua dei collaboratori ma, nonostante questo, c'è qualcosa che li limita nella loro attività, impedendogli di compierla come vorrebbero. Probabilmente si dedicano eccessivamente ad attività improprie e per questo non hanno tempo a sufficienza; sicuramente necessitano di essere maggiormente formati sia in termini di conoscenze che di capacità riconducibili alla competenza formativa, cosa di cui avvertono l'esigenza e nei confronti della



GRAFICO N. 1

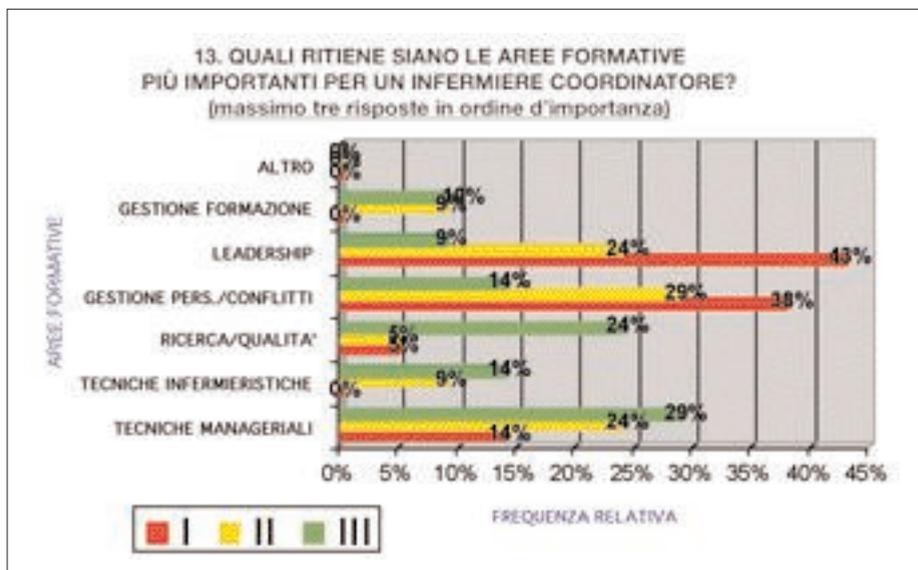


GRAFICO N. 2

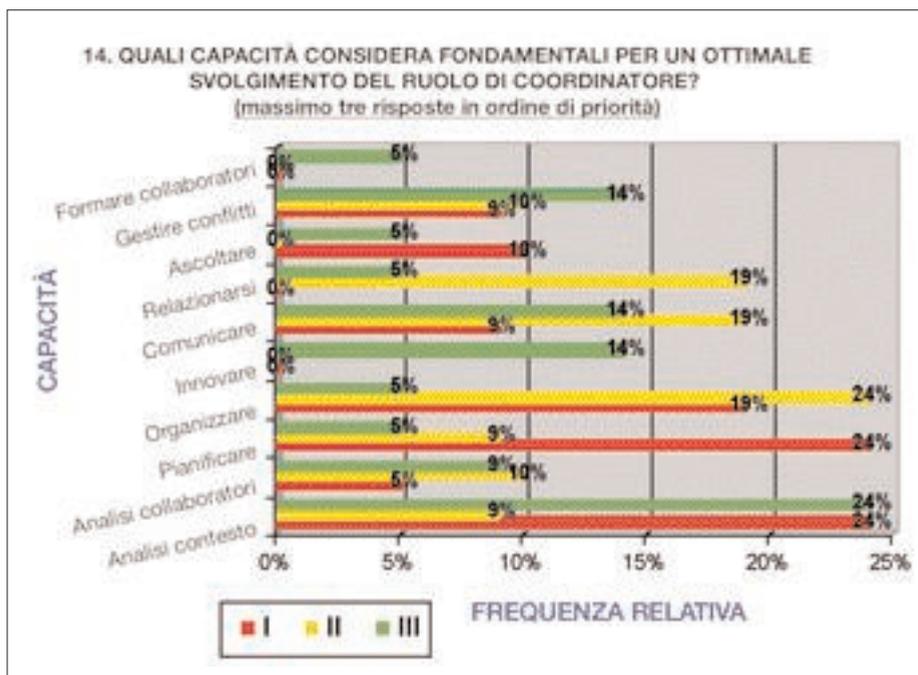


GRAFICO N. 3

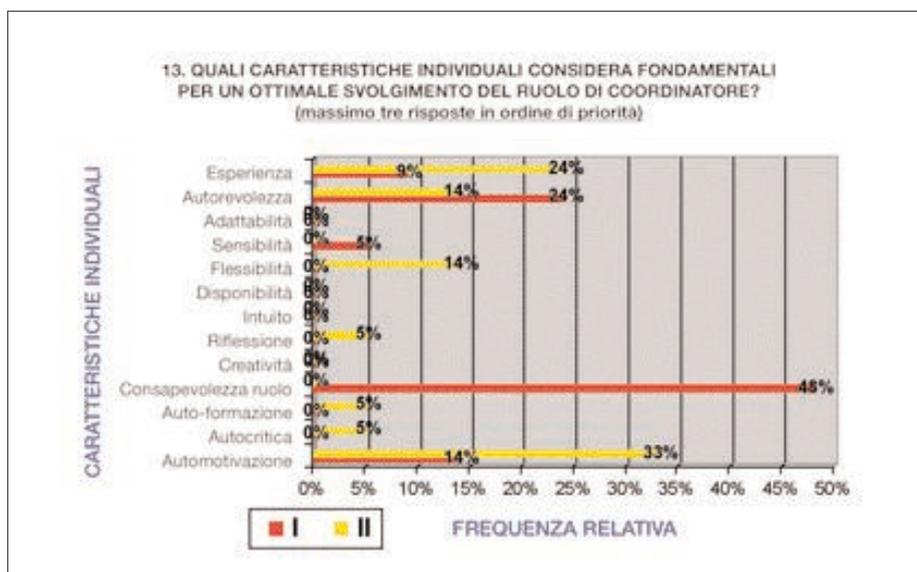
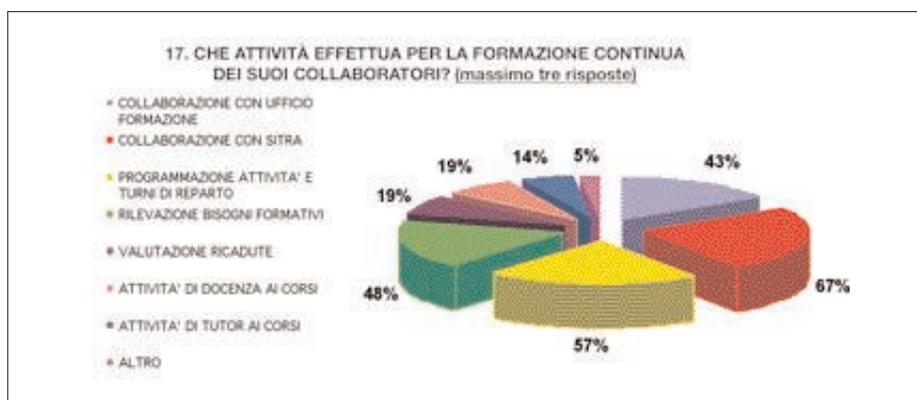


GRAFICO N. 4



quale sembrano ben disposti, perché carichi di motivazione e consapevolezza.

Confrontando i risultati dell'indagine, seppur non generalizzabili perché riferiti ad una specifica realtà, con quanto trovato in letteratura, si può concludere dicendo che indubbiamente la formazione continua del personale sanitario rappresenta lo strumento principe per garantire l'erogazione di servizi adeguati alle esigenze dei

cittadini ed il Coordinatore Infermieristico è il professionista che ha la responsabilità di guidare il personale infermieristico e di supporto verso un utilizzo corretto di tale strumento; per poter svolgere adeguatamente il proprio ruolo formativo non è tuttavia sufficiente che il Coordinatore ne sia consapevole, ma è necessario che le sue competenze siano costantemente aggiornate attraverso la formazione.



GRAFICO N. 5

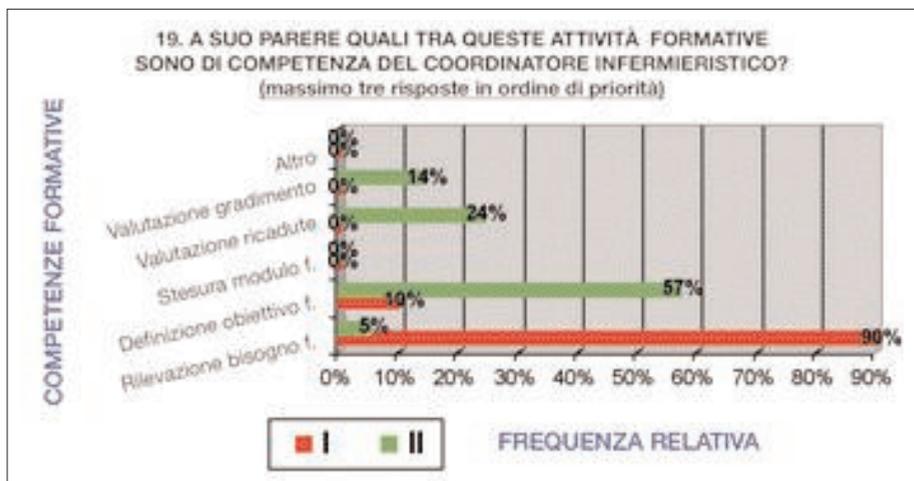
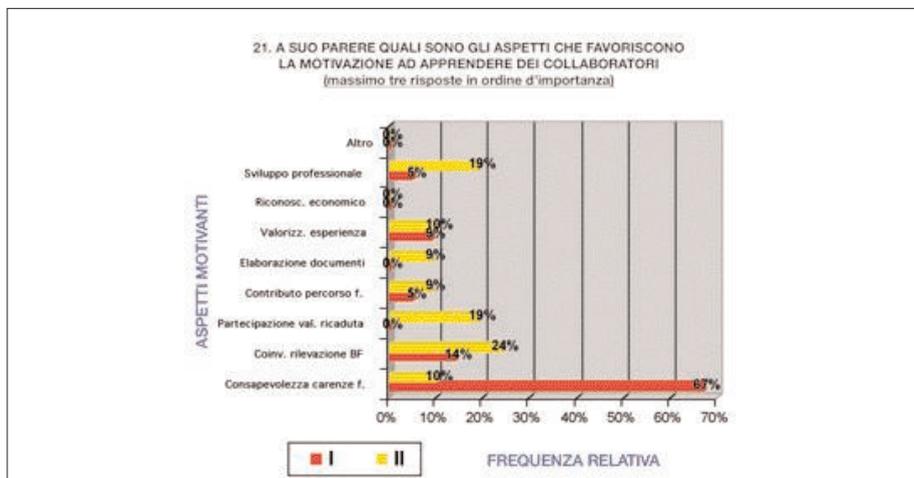


GRAFICO N. 6



GRAFICO N. 7



BIBLIOGRAFIA

1. Brusciagioni, M. (2002). La gestione dei processi nella formazione degli adulti. (X ed.) Milano: Franco Angeli.
2. Calamandrei, C., Orlandi, C. (2002). La dirigenza infermieristica. (2ª ed.) Milano: McGraw-Hill.
3. Gandini, T. (2005). Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità. Milano: Franco Angeli.
4. Knowles, M.S., Holton, E.F., Swanson, R.A. (2008). Quando l'adulto impara: andragogia e sviluppo della persona. (9ª ed.) Milano: Franco Angeli.
5. Levati, W., Sarao, M.V. (1998). Il modello delle competenze. (2ª ed.) Milano: Franco Angeli.
6. Pisacane, A., Continisio, I. (2007). Come fare educazione continua in medicina. Roma: Il pensiero Scientifico Editore
7. Federazione Nazionale dei Collegi IPAS.VI. (1999). Codice Deontologico. Roma.
8. Federazione Nazionale Collegi IPAS.VI. (2001). Linee guida per il Master di primo livello "Management infermieristico per le funzioni di coordinamento. Roma.
9. AA.VV. (2007). Perché l'analisi delle competenze. L'Infermiere, Vol. n. 4/2007.
10. <http://www.ministerodellasalute.it/ecm/ecm.jsp> Programma nazionale per la formazione degli operatori in sanità. Visionato il 21/04/2008.

* Infermiera c/o Ospedale Valduce Como

ISTITUITA ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA RISK MANAGEMENT (A.I.R.M.)

Il giorno 17 ottobre 2008 a L'Aquila, si è formalmente costituita l'associazione A.I.R.M. (Associazione Infermieri Risk Management).

L'A.I.R.M. ha carattere volontario, non ha fini di lucro, è apolitica e si prefigge i seguenti obiettivi:

- miglioramento continuo della qualità professionale infermieristica attraverso il perseguimento di una "bestpractice" basata sulla sistematica applicazione delle evidenze scientifiche;
- tutela dell'assistito attraverso la riduzione del rischio clinico-assistenziale; sostegno allo sviluppo di processi assistenziali basati sulla collaborazione interdisciplinare per la prevenzione degli eventi avversi e dei "near misses" connessi alle attività infermieristiche;
- supporto alle attività peritali nei contenziosi riguardanti attività infermieristiche;
- sostegno alla formazione continua ed alla ricerca in materia di "Clinical Risk Management"

Sede A.I.R.M. Torino via Quarto dei Mille, 14 – cell. 348/6431774

notizie in pillole
a cura di S.Citterio, K.Cavenaghi

ORARI DI SEGRETERIA:

da lunedì a venerdì 8.30/12.00 - 14.00/16.30

Tel. 031/300218 - info@ipasvicomo.it - www.ipasvicomo.it



COMMISSIONE FORMAZIONE

Resoconto attività formative del collegio: anno 2008

a cura di Antonella Peverelli* e Rosella Maffia**

45

A conclusione del mandato triennale 2006-2008 la commissione formazione è lieta di comunicare a tutti i colleghi alcuni dati e commenti inerenti gli eventi formativi organizzati. Gli obiettivi preposti in tale periodo sono stati pienamente raggiunti e tutti gli eventi programmati sono stati puntualmente esauriti nelle date previste. Nel 2008 sono stati formati 477 iscritti e distribuiti 6185 crediti fra corsi di aggiornamento e convegni.

Gli eventi formativi offerti e attivati sono stati:

TITOLO EVENTO	DATA	CREDITI	N. PARTECIPANTI
La formazione continua, continua... Le novità introdotte con il nuovo accordo stato-regioni di agosto sull'ECM	19 febbraio '08	IN ATTESA	111
Il counseling per la relazione d'aiuto	05/06/07 marzo 08	24	30
La contenzione fisica e farmacologica 2 ed.	12 marzo 08 6 giugno 08	6 + 6	39 + 38
La comunicazione con la persona assistita quale strumento dell'attività professionale infermieristica 2 ed.	04/11 aprile 08 12/13 giugno 08	INF. 12 INF. PED. 13	30 + 30
Dal codice deontologico 02.1999 l'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute	9 maggio 08	INF. 7 INF. PED. 8	29
L'assistenza infermieristica ai morenti e il sostegno ai famialri in lutto	23 maggio 08	9	30
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	4/5 ottobre 08	16	15
Dalla metodologia della ricerca All'assistenza di qualità: metodi, strumenti e applicazioni	9/10/11 ottobre 08	24	30
Le cure complementari e l'assistenza infermieristica nella gestione del dolore dei malati	18 novembre 08	6	9



DAI QUESTIONARI DI GRADIMENTO DA VOI COMPILATI È EMERSO QUANTO SEGUE:

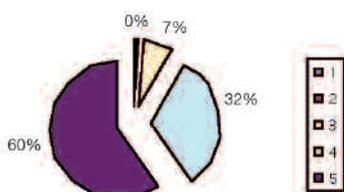
LA VALUTAZIONE È INDICATA SU UNA SCALA CON 5 GRADI DI VALORE, DOVE 1 INDICA IL VALORE MINIMO, 5 IL VALORE MASSIMO:



Domanda 1 – L’iniziativa ha corrisposto alle tue aspettative?

Gradimento	1	2	3	4	5
valutazione	2	3	31	141	260

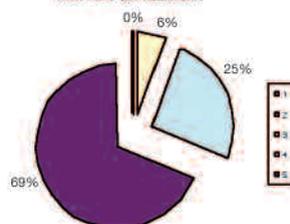
L'INIZIATIVA HA CORRISPONTO ALLE TUE ASPETTATIVE?



Domanda 3 – Come hai trovato l’argomento trattato dai relatori?

Gradimento	1	2	3	4	5
valutazione	0	1	26	110	300

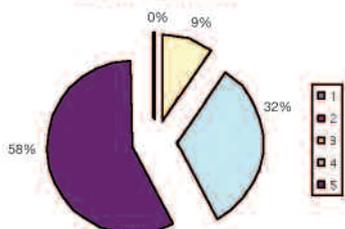
COME HAI TROVATO L'ARGOMENTO TRATTATO DAI RELATORI?



Domanda 2 – I contenuti esposti hanno corrisposto alle tue aspettative?

Gradimento	1	2	3	4	5
valutazione	0	3	41	139	254

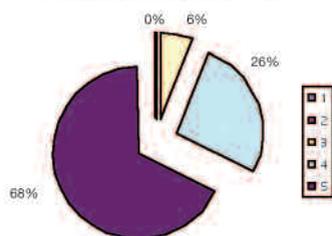
I CONTENUTI ESPOSTI HANNO CORRISPONTO ALLE TUE ASPETTATIVE?



Domanda 4 – A quale livello di chiarezza i relatori hanno trattato l’argomento?

Gradimento	1	2	3	4	5
valutazione	0	2	27	113	295

A QUALE LIVELLO DI CHIAREZZA I RELATORI HANNO TRATTATO L'ARGOMENTO?



Domanda 5 – Qual è la tua valutazione globale dell'iniziativa?

Gradimento	1	2	3	4	5
valutazione	0	2	16	148	271



Con il rinnovo delle cariche la neo-commissione formazione costituita si propone i seguenti obiettivi:

- Prediligere corsi intensivi con un numero ridotto di partecipanti
- Organizzare Convegni, in occasione di ricorrenze significative per la professione
- Pianificare 12 eventi formativi all'anno, garantendo almeno due edizioni per ogni corso ed

eventuali edizioni successive, in base alla domanda di iscrizione

- Programmare alcune edizioni in località limitrofe a Como (es Cantù, Gravedona, Mariano Comense, ...)
- Trattare le tematiche: etica e deontologia, responsabilità professionale e qualità assistenziale
- Proseguire con l'attivazione di iniziative formative che coinvolgano anche altre professioni sanitarie (ostetriche, medici,..)
- Continuare la collaborazione con altri enti formativi
- Omaggiare un partecipante per ogni corso di formazione, di un abbonamento annuale ad una rivista professionale, come è stato fatto negli anni scorsi
- Continuare l'arricchimento della biblioteca del Collegio acquistando, in occasione di ogni evento formativo, un testo suggerito dal docente in relazione agli argomenti trattati

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

PROGRAMMAZIONE EVENTI SECONDO SEMESTRE 2009:

TITOLO EVENTO	DATA	SEDE
Assistenza infermieristica ai morenti II ed.	novembre	Azienda osp. S.Anna presidio di Mariano Comense
Risk Management e professione infermieristica n. 2 ed.	1° ed. Settembre 2° ed. novembre	Como – sede Collegio IPASVI Azienda osp. S.Anna presidio di Cantù
L'infermiere e le scale di valutazione	Ottobre	Como – sede Collegio IPASVI

Maggiori informazioni relative ai programmi e date degli eventi saranno pubblicati sul prossimo numero della rivista e sul sito internet del Collegio.

*Infermiere UO Neurochirurgia – Az. Ospedaliera S.Anna

** Infermiere Coordinatore UO Dermatologia – Az. Ospedaliera S.Anna



Costo:

€ 20 IPASVI

Como

€ 40 IPASVI

fuori Como

Destinatari:

Infermieri, Infermieri

Pediatrici, Assistenti

Sanitarie

Posti a disposizione:

27 Infermieri Collegio

IPASVI Como

3 Infermieri iscritti ad

altri Collegil PASVI

Data apertura

iscrizioni:

mercoledì 13

maggio 2009

e fino ad esaurimento
posti

Crediti ECM - CPD:
in attesa

L'integrazione fra Infermieri e Operatori di Supporto nell'assistenza alla persona: elementi organizzativi e relazionali

1° ed. 30 maggio 2009

Sede Como Centro Card. Ferrari

2° ed. 6 giugno 2009

Sede Ospedale "Moriggia Pelascini" di Gravedona

Docente: Dott. Pierluigia Verga

Programma

8.30/12.30

- ▷ Perché una riflessione sull'integrazione fra Infermieri e Personale di supporto?: Presentazione del Corso, del Docente e dei Partecipanti.
- ▷ Esperienze di lavoro integrato fra Infermieri e personale di supporto
- ▷ L'esercizio professionale infermieristico oggi: il profilo professionale, il Codice Deontologico e la responsabilità dell'assistenza infermieristica
- ▽ Identità e ruolo dell'Operatore Socio-Sanitario:
 - ▷ Evoluzione delle figure di supporto: gli antecedenti
 - ▷ Il dettato della Conferenza Stato-Regioni del 22.02.2001
 - ▷ Il dettato del D.G.R. Lombardia 06.07.2002
 - ▷ Deliberazione G. R. del 18.07.2007
 - ▷ DGR 24 Luglio 2008 n. 8/7693
 - ▷ Responsabilità e dipendenza dell'OSS dall'IP
- ▷ Identità e ruolo dell'Operatore Socio-sanitario: discussione

13.30/17.30

- ▽ Organizzare l'assistenza alla persona avvalendosi degli OSS: dalla difesa alla creatività.
 - ▷ L'OSS in supporto all'Infermiere: le logiche di impiego
 - ▷ Il piano di lavoro e l'attribuzione di compiti
- ▽ Il rischio di confusione operativa e...identitaria.
 - ▷ Gli "scivolamenti operativi" nel gruppo di lavoro multidisciplinare
 - ▷ Le dinamiche relazionali nel gruppo di lavoro
- ▽ I processi di lavoro e l'attribuzione di attività all'OSS nella pratica:
 - ▷ Stesura di un "documento di lavoro" ospedaliero
 - ▷ Analisi di un "documento di lavoro" in RSA
- ▷ Valutazione dell'apprendimento e conclusione dei lavori



SEGRETERIA INFORMA

ORARI DI SEGRETERIA

Da lunedì a venerdì 8.30/12.00 - 14.00/16.30

ORARI BIBLIOTECA

Presso la sede del Collegio è possibile avere accesso alla biblioteca, dove possono essere consultati e presi in prestito i testi presenti.

Orari di accesso:

- mercoledì 9.00/12.00
- venerdì 9.00/12.00 - 14.00/16.30

CAMBIO RESIDENZA

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

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

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

SMARRIMENTO TESSERA

In caso di smarrimento o furto della tessera di iscrizione al Collegio è necessario:

- sporgere denuncia di smarrimento/furto alle autorità competenti (Questura, Carabinieri)
- presentare al Collegio copia della denuncia e due foto tessera per avere il duplicato.

CANCELLAZIONE ALBO

Presso la segreteria del Collegio è disponibile il modulo per la domanda di cancellazione dall'Albo per cessazione dell'attività lavorativa.

A tale domanda vanno allegati:

- marca da bollo da € 14.62
- tessera di iscrizione al Collegio
- ricevuta di pagamento della quota di iscrizione dell'anno in corso.

Si ricorda che le richieste di cancellazione vanno effettuate entro la fine dell'anno a valere per l'anno successivo (es. la domanda per il 2010 deve essere presentata entro il 31/12/2009). Per le domande pervenute dal 1° gennaio sarà possibile la cancellazione, ma la quota per l'anno in corso dovrà essere comunque versata.

CERTIFICATI DI ISCRIZIONE

I certificati di iscrizione hanno validità di sei mesi (legge 15/05/1997 n. 127) e possono essere richiesti in segreteria con le seguenti modalità:

- direttamente ed in tempo reale presso la sede
- telefonicamente indicando le generalità del richiedente. Nel caso in cui non sia l'interessato a

ritirarlo, la persona incaricata deve essere munita di delega scritta e fotocopia del documento di identità del richiedente il certificato.

- via fax, indicando nella richiesta il numero di fax dove inviare il certificato.

A richiesta il certificato può essere spedito con posta prioritaria.

Si ricorda che il certificato di iscrizione è un documento che può essere autocertificato.

BOLLO AUTO

Per avere l'adesivo del Collegio occorre presentare la fotocopia della patente di guida e del libretto di circolazione dell'auto.

Se si richiede per posta, allegare una busta già affrancata per la risposta.

LIBERA PROFESSIONE

Chi svolge o intende intraprendere l'attività libero professionale deve darne comunicazione al Collegio compilando l'apposito modulo disponibile presso la segreteria.

Si ricorda che l'attività libero professionale implica l'iscrizione alla Cassa di Previdenza IPASVI ora denominata ENPAPI (modulistica presso la segreteria o sul sito della Cassa www.previdenzaipasvi.it).

CONSULENTE DEL LAVORO

Ogni terzo mercoledì del mese è presente in sede il Consulente del Lavoro.

Per avere un colloquio telefonare in segreteria per fissare un appuntamento.

CONSULENTE LEGALE

Per avere una consulenza legale inviare richiesta scritta (anche via fax o e-mail) e dettagliata indirizzata al presidente del Collegio. Nella richiesta vanno indicate le generalità del richiedente, la data, il numero di iscrizione al Collegio ed il motivo della richiesta. Le problematiche devono essere di natura strettamente professionale.

COLLOQUI

È possibile avere un incontro con il Presidente o un membro del Consiglio Direttivo previo appuntamento telefonico.

POLIZZA R.C. PROFESSIONALE

È possibile sottoscrivere una polizza rc professionale con:

- CIS/TUA Collegio IPASVI di Como
- WILLIS/CARIGE Federazione Nazionale IPASVI

Per i contratti e la modulistica contattare la Segreteria del Collegio.

P.S. Tutta la modulistica è reperibile sul sito del Collegio www.ipasvicomo.it



Elenco esercizi commerciali convenzionati con il Collegio Ipasvi di Como

50

ESERCIZIO COMMERCIALE	TIPO DI CONVENZIONE	MODALITÀ DI ADESIONE
CENTRO BENESSERE PAOLA POGGI Via Dante, 2 - Cantù - 031/7073559 Lun/ven dalle 10,00 alle 20,00	Sconto del 20% su servizi relativi al rimodellamento della figura femminile nonché del benessere fisico.	Consulto gratuito su prenotazione. Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como.
CENTRO ESTETICO LARIANO Via Napoleona, 24 - Como 031/590335	Sconto del 10% sui servizi offerti.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
CENTRO ESTETICO PROFESSIONALE EDEN Via Fratelli Recchi, 7 - Como 031/570367- 570571	Sconto dal 10% al 40% a seconda dei programmi e trattamenti	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
ISTITUTO DEL MASSAGGIO Via Bellinzona, 27 - Como 031/573818	Sconto del 10% su trattamenti curativi ed estetici. Sconto del 15% su abbonamento	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
LA CITTÀ DEL BENESSERE Via dei Mille,5 - Como 031/278483	Sconto del 10% su: tutti i trattamenti estetici - tutti i prodotti per la cura della persona - tutta la regalistica e la bigiotteria	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
LARIO LIBRI SRL Via Montorfano,47 - Lipomo 031/280180	Sconto del 10% sui testi scolastici, parascolastici e compiti per le vacanze. Sconto 15% varia adulti e ragazzi editori maggiori. Sconto 20% dizionari ed atlanti (escluso greco e latino). Sconto 25/30% promozioni.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
LGM SANITARIA di La Greca Massimiliano Cermenate via Fratelli Cervi, 2 - 031/722630 - 031/722431 - 393/7497426	Sconto del 10% su tutti i prodotti commercializzati tranne quelli già in promozione	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
LIBRERIA GIUNTI DEMETRA SRL C.C: Cantù 2000 C.so Europa, 3 Cantù - 031/714606	Sconto del 10% su tutti i libri esclusi i prodotti con IVA	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
LIBRERIA MENTANA Via Mentana,13 Como - 031/270209	Sconto del 15% su tutti i libri presenti	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
OTTICA MONTORFANO S.A.S. Via F.lli Rosselli, 13 - Como 031/572518	Sconto del 20% su: montature da vista e sole - lenti oftalmiche - lenti a contatto annuali	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
PALESTRA LARIO Via Bellinzona, 35/A Como 031/570640	Sconto del 20% su ogni tipo di abbonamento, corso o lezioni private (anche per familiari o conviventi)	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
RANCH MA.LU Via Olcellara,24 - Cavallasca 031/539988	Sconto del 10% su cene, consumazioni bar, passeggiate a cavallo ecc (anche per familiari)	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
STUDIO COMMERCIALISTI ASSOCIATI	Iscriz. Annuale € 10,00	
SALERNO E BRUNETTI Via dei Mille, 5 - 031/270321	Sconto del 10% su prestazioni professionali di carattere fiscale, contabile, denunce, paghe e contributi	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
STUDIO MEDICO DENTISTICO INCERRANO Dr. SERGIO E ASSOCIATI Via D. Guanella, 6 - Montano Lucino 031/471779	Sconto su prestazioni professionali	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE Via Dei Mille,5 - Como - 031/275049	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como



NUOVE ISCRIZIONI DAL 01/10/2008 AL 10/03/2009

Antognazza Elisa
Anzani Cristina
Baitieri Alessandra
Bendaj Jetlira
Bergaminelli Laura
Bianchi Marco
Boarin Mattia
Borghesi Attilio
Bota Daniela Laura
Bresciani Alessandra
Bruckner Norbert
Carlino Nunziata
Carnero De Villalba Alicia Emilia
Casarotti Roberta
Cattaneo Silvia
Caushi Zamir
Ceruti Stefano
Chiosa Magdalena
Cimbir Natalia
Ciobanica Vasilica

Corti Paola
Costantini Stefania
De Paoli Jessica
Di Girolamo Daniela
Domagala Barbara Maria
Dudushi Erdon
Franchini Giovanna
Frezzi Chiara
Geremia Federica
Giannelli Stefano
Giossi Federica
Guarisco Ilaria
Kalemaj Ledina
Korca Etleva
Livio Marco
Lleshanaku Migena
Maggi Davide
Manerchia Valeria
Marelli Claudio
Miinea Corina Constanta

Minotti Sara
Moratto Andrea
Moreyra Ruben
Paini Luciana
Pepa Abedin
Peverelli Chiara Eleonora
Rota Arianna
Rudi Giuseppe
Ruggiero Barbara
Sandu Diana
Serban Elena Mirela
Sguazza Michela
Speroni Filippo
Taullaraj Qemal
Terpo Klodian
Valente Marta
Varghese Christina
Varghese Jalaja

51

NUOVE ISCRIZIONI DAL 01/10/2008 AL 10/03/2009 PER TRASFERIMENTO DA ALTRI COLLEGI

Gerxhi Dhimiter
Ion Eugenia
Ivanovic Mirjana
Kollovi Elca
Luini Federica

Metushi Mensur
Musta Artur
Ndreu Laureta
Santi Baraglia Giovanna
Shalari Klodian

Shametaj Fatjon
Shuaipi Haxhi
Tebessi Soumaya

CANCELLAZIONI DAL 01/10/2008 AL 10/03/2009 PER CESSATA ATTIVITÀ

Abbate Rosa Suor Irma
Bonanomi Caterina
Carnelli Monica
Chiodini Pierangela
Corti Miriam
Frigerio Stefanella
Garzon Agnese
Ghilotti Elisabetta Angela

Greco Sarah
Lanzillotti Vincenza
Sandrini Angelica
Manzi Giuseppe
Nardone Antonietta
Camporini
Poncetta Annalisa
Rossi Debora

Sanna Stefania
Selva Francesca
Vanoli Angela
Viganò Carla Suor Tarcisia
Viglietti Leonardo
Bartaloni Maurizio †
Pellegrini Alberto †

CANCELLAZIONI DAL 01/10/2008 AL 10/03/2009 PER TRASFERIMENTO AD ALTRI COLLEGI IPASVI

Bianco Francesca
Gianoncelli Simonetta
Karaj Fatmira

Lotrea Liliana Mihaela
Matteri Annamaria
Occhipinti Santo

Passafiume Marcello
Pedrini Mara



Alberelli Samuele
Alcalde Maldonado Sonia
Biot Alix Marie Renee
Bordoli Giuseppina
Brivio Marina
Cabana Laura
Casolari Patrizia
Cestari Chiara
Clerici M. Antonietta
Corengia Ambrogio

Crippa Antonello
Di Bernardo Valentina
Giordano Ivan
Jasniewicz Alicja
StanislawaKondek Beata
Lipari Viviana Francesca
Masciocchi Diego
Mereu Fernando
Nicoletti Vincenzo
Palazzo Enzo

Piscopo Anna
Puertas Sanchez Maria
Estefani
Ricci Rossano Vittorio
Stella Luciana
Tosi Antonella
Zaffaroni Francesca
Zaky Jamal

BACHECA

AZIENDA OSPEDALIERA S.ANNA COMO

- Banche dati biomediche: come strutturare una ricerca bibliografica - Como - ed. del 25 e 27 maggio 2009
- EMBASE: come strutturare una ricerca nella banca dati biomedica europea Como 11 maggio 2009
Info: formazione@hsacomo.org - tel. 031/5854167 031/5854166 - fax. 031/5854163

ASSOCIAZIONE ANTONIO E LIUGI PALMA

Accompagnare il malato di cancro in fase avanzata: la specificità delle Cure Palliative a Domicilio - Grandate (Co) 8/9 maggio 2009
Info: info@associazionepalma.it - www.associazionepalma.it - tel. 031/2753464 - fax. 031/2757587

COLLEGIO IPASVI MILANO-LODI

Corso di formazione per infermieri neo-assunti in dialisi - Milano 22 - 28 aprile 12 - 19 - 26 maggio 3 giugno 2009
Info: info@ipasvimi.it - www.ipasvimi.it - tel. 02/59900154 - fax. 02/55189977

ISTITUTO CARLO BESTA

Consensus Conference sulla malformazione di Chiari - Milano 7-8 maggio 2009
Info: info@csrcongressi.com - www.csrcongressi.com - tel. 051/765357 - fax. 051/765195

PROGEA

Il ruolo degli infermieri nello sviluppo di progetti di qualità secondo la metodologia Joint Commission International - Milano 7-8 maggio 2009
Info: info@progeaconsulenza.it - www.progeaconsulenza.it - tel. 02/58302994 - fax. 02/58304147

G.I.T.I.C.

XI Congresso nazionale Nursing cuore 2009 - Firenze 15/16 maggio 2009
Info: info@gitic.it - congressi@expopoint.it - tel. 031/748814 - fax. 031/751525

GIMBE

Evidence-based nursing - 18-19-20-21 maggio 2009 Bologna
Info: www.gimbe.org - tel. 051/5883920 - fax 0513372195

A.I.Med

Infermieristica tra solidarietà e federalismo - Pugnochiuso 31 maggio 3 giugno 2009
Info: segreteria@gimaxcongressi.it - tel. 345/2166113 - fax. 080/2209268

AIUC

VIII Congresso nazionale - L'ulcera cutanea difficile: regola o eccezione? - Firenze 23-26 settembre 2009
Info: aiuc@congressiefiere.com - www.congressiefiere.com - tel. 011/2446911 - fax. 011/2446900

COLLEGIO IPASVI PIACENZA

Stage di inglese medico per infermieri - Irlanda 16/21 luglio 2009
Info: carla_peron@libero.it - tel.fax. 0523/321444 - cell. 335/8351157

VITARESIDENCE

La comunicazione con il paziente e con il familiare quale strumento dell'attività clinica - Montorfano (Co) 4,11,18 maggio 2009
Info: formazione@vitaresidence.org 031/35282169/101

AZIENDA SANITARIA FIRENZE

Assistere nel ... intensità presente 2 Organizzazioni per intensità di cure - Firenze 13-14 maggio 2009
Info: formazione.esterni@asf.toscana.it tel. 055/6263686 fax. 055/6263009

FIMP

Pediatria 2009 - Milano 22-23 maggio 2009
Info: lisa.fumagalli@auraeventi.it www.fimplombardia.it/ftp tel. 02/54050229 fax. 02/54114376



MODALITÀ DI ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI

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

Collegio IPASVI Como Scheda di iscrizione per eventi formativi

Titolo evento..... Data

Cognome Nome

Indirizzo.....

Recapito telefonico.....

Data e luogo di nascita

Codice fiscale

Qualifica

Collegio di appartenenza

Sede di lavoro

N. tessera Data di iscrizione

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

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

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

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

Data _____ Firma _____



Fazio: “Presto l’Ordine degli infermieri”

“Il Governo si impegna a sostenere la realizzazione dell’Ordine professionale degli infermieri”. È una delle promesse del sottosegretario alla Salute, Ferruccio Fazio, intervenuto al XV Congresso nazionale Ipasvi a Firenze. Pur constatando l’impossibilità di ampliare la docenza professionale nell’attuale momento di crisi, Fazio ha però manifestato diverse aperture rispetto alla relazione introduttiva del presidente Annalisa Silvestro: oltre al riconoscimento dell’Ordine, si è infatti detto “favorevole alla libera professione degli infermieri”. Il sottosegretario, dopo gli auguri di rito, ha riconosciuto ed elogiato il percorso professionale che gli infermieri hanno compiuto negli ultimi lustri. Tra i vari punti del programma di Governo per la valorizzazione della categoria e il miglioramento del sistema sanitario, Fazio ha citato la “riorganizzazione delle strutture per complessità assistenziale”, una delle principali aspirazioni della classe infermieristica che, ha precisato Fazio, “non potrà essere realizzata con gli stessi tempi ovunque, ma siamo convinti che questo sia il futuro”. Infine, l’impegno allo spostamento del baricentro dell’offerta sanitaria dall’ospedale al territorio, dove l’infermiere potrà operare in tutte le strutture socio-assistenziali.

Fonte: Newsletter della Federazione Nazionale IPASVI n.7/09

Lombardia: una ricerca Cergas-Bocconi rileva parametri migliori della media Ssn

Sostanziale equilibrio sotto il profilo economicofinanziario; un trend della spesa pubblica in linea con la media nazionale; un grado di copertura pubblica della spesa inferiore alla media nazionale, ma con differenze rispetto alla media sostanzialmente costanti nel tempo. È l’identikit della Regione Lombardia, sotto il profilo dell’andamento della spesa sanitaria e farmaceutica, tracciato da uno studio per Assolombarda realizzato dal Cergas-Bocconi. L’indagine “Spesa sanitaria e farmaceutica e politiche su accesso a farmaci e dispositivi medici in Regione Lombardia” mostra un quadro di sostanziale capacità di controllo della spesa. Tra i dati più rilevanti, il disavanzo minimo (fanno meglio solo Trento, Bolzano e il Friuli che è in positivo) cumulato pro capite dal 2001 al 2007, e pari a 45 euro. Un “successo”, soprattutto se paragonato ai primati negativi di Lazio, Molise e Campania. Ancora, ha tenuto a precisare Claudio Jommi del Cergas, “la spesa sanitaria pubblica corrente pro capite al netto della mobilità con 1.575 euro è la più bassa del Servizio sanitario nazionale”. E nettamente al di sotto della media nazionale (1.688 euro) e molto inferiore a Regioni come la Valle D’Aosta (2.117 euro), che ha il dato più alto d’Italia, seguita da Bolzano (2.102) e dal Lazio



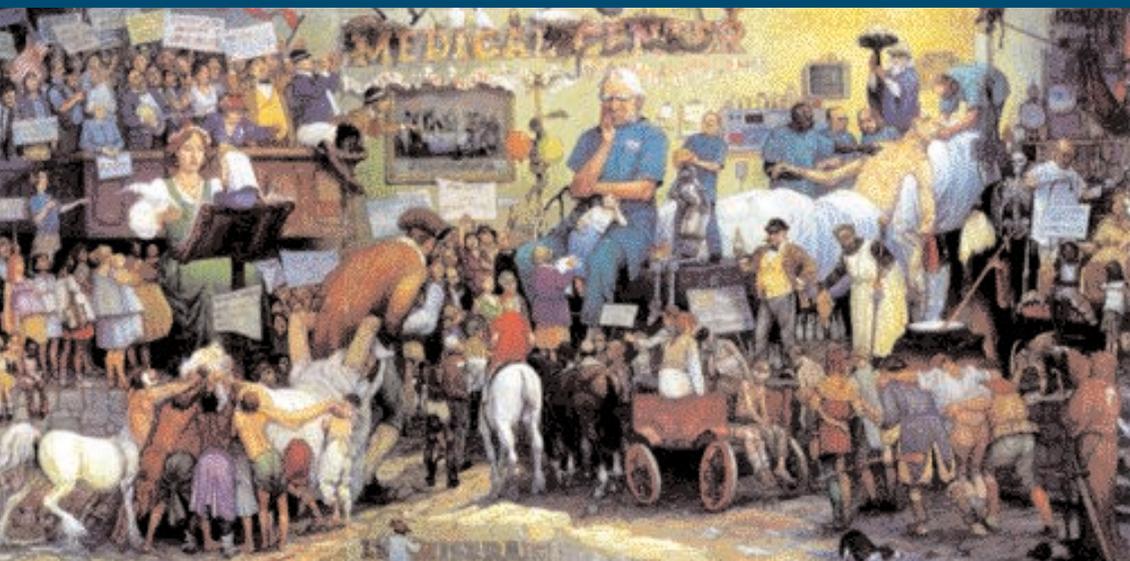
(2.004). C'è poi il dato di una spesa sanitaria pubblica in percentuale sul Pil del 2005 che è il più basso d'Italia: al di sotto del 5% mentre la media è vicina al 7% (la massima va al Molise che sfiora l'11 per cento). "Nel complesso - argomentano dal Cergas - e tenendo conto dei vincoli di finanza pubblica, le proiezioni al 2015 della spesa lombarda non dovrebbero discostarsi da quelle nazionali, che rilevano una tendenza alla crescita della spesa sanitaria sul Pil, ma non tale da produrre insormontabili problemi di sostenibilità". Eppure "nel breve termine - secondo Jommi - un impatto potenzialmente critico è la contrazione dei finanziamenti approvati col decreto collegato alla Finanziaria, che potrebbe generare difficoltà alle Regioni in equilibrio". Un problema che secondo il presidente della commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama Antonio Tomassini, che ha comunque negato tagli per quest'anno, "potrebbe porsi per il prossimo anno e per quello successivo, quando occorrerà trovare risorse per 12 miliardi". Tema a cui si è agganciato l'assessore alla Sanità lombardo Luciano Bresciani, ricordando la discussione in Stato-Regioni per la definizione dei costi standard. "Se una Regione - ha commentato - ha erogato un servizio appropriato, con bilancio in pareggio, vuol dire che quella definisce il costo standard pro capite. Ci sono quattro Regioni che hanno queste caratteristiche: oltre a noi, il Veneto, l'Emilia Romagna e la Toscana. Allora, il debito pro capite degli altri deriva da inappropriatazza dei costi e va progressivamente tagliato".

La farmaceutica, infine. Nel report Cergas si evidenzia una forte capacità di controllo: tutti gli indicatori di spesa convenzionata sono inferiori alla media nazionale, con la sola eccezione del costo medio lordo pro capite (più alto per la distribuzione in convenzione di farmaci ad alto costo che altrove sono distribuiti direttamente). Quanto alle simulazioni condotte dall'Osservatorio farmaci del Cergas circa lo sfondamento dei due tetti della spesa farmaceutica, la Regione risulterebbe al di sotto di quello del 14% sulla territoriale e in linea con il tetto del 2,4% sull'ospedaliera.

Fonte: IIsole24oreSanità del 24 febb-2 marzo 09



Un giorno in ospedale



Josè Perez (1929)

“Gli artisti di satira hanno sempre usato la propria arte per identificare le debolezze di una riforma e per aiutare a superarle, cosa di cui pazienti ed operatori sanitari spero siano grati. Tutti abbiamo bisogno di ridere di ciò che temiamo, e nulla oggi è più temibile della disabilità e della morte”. Così l'artista contemporaneo José Pérez commenta le sue opere, sottolineando come a differenza di certo sarcasmo irriverente e distruttivo, l'ironia e l'umorismo possono veicolare uno sguardo positivo e rassicurante sulla realtà. La produzione di questo pittore testimonia come si possa sorridere sulla malattia e sull'arte terapeutica ed aiutare ad affrontarle con più serenità ricollocandole nel loro fondamentale contesto di avventura umana.

Il linguaggio satirico di Pérez si basa sull'utilizzo di paradossi che non possono non far sorridere.

Il progresso ha portato a stupefacenti possibilità di intervento sul corpo umano, ma questo rimane comunque un mistero più grande.

Pérez ha uno sguardo comprensivo e ironico nei confronti di chiunque abbia a che fare con l'ambito sanitario, che sia operatore sanitario, assistito o parente dell'assistito e in particolare delle relazioni tra di essi e di essi con la morte, come risulta evidente nel quadro *Un giorno all'ospedale*. Il soggetto è il sistema sanitario colto nel punto che oggi sembra rappresentarlo maggiormente, cioè l'ospedale.

Qui aspetti culturali, sociali, politici, etici si intrecciano, medici e ciarlatani si contendono l'agire, la morte indirizza un folla di “miserabili” (come Pérez stesso, ritrattosi nei panni di pittore, sta scrivendo su una parete), verso quel destino di cui la malattia è anticipo profetico.

Tratto da *“Curare e guarire occhio artistico e occhio clinico
La malattia e la cura nell'arte pittorica Occidentale”* - G. Bordin L. Polo D'Ambrosio

