

Luglio 2009 - N. 49

Algora

La rivista di introduzione del Collegio IPASVIC di Como



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

La rivista è consultabile sul sito www.ipasvicomo.it

<i>Editoriale</i> Infermieri: dimensione professionale o tecnica?	2
12 maggio 2009 Giornata Internazionale dell'Infermiere	4
Destinazione fondi emergenza Abruzzo	6
CCNL nuovo biennio economico - Novità e limiti del nuovo CCNL Sanità	7
Riforma universitaria: quale futuro per gli infermieri?	9
Farmacie ed Infermieri: un'alleanza possibile	13
Libera professione infermieristica: un passo avanti e due indietro	15
Risorse aggiuntive regionali - biennio 2009/2010 - di cosa si tratta?	18
Trasformazione dei collegi in ordini professionali: a che punto siamo?	20
<i>È evidente che...</i> La valutazione della disfagia post ictus con il Toronto Bedside Swallowing Test	22
<i>Infermieristica e cure complementari</i> L'arte del massaggio (prima parte)	26
<i>Ri...visti</i>	28
<i>Posta e risposta</i>	32
<i>News from the web</i>	36
<i>Articoli originali</i> Prevenzione delle infezioni in dialisi	37
Resoconto Assemblea Ordinaria Collegio IPASVI Como	39
Commissione formazione Resoconto attività formative primo semestre 2009	46
Eventi formativi	49
Sbbl - sistema bibliotecario biomedico lombardo	57
Nuove iscrizioni e cancellazioni	58
Posta certificata	60

INFERMIERI: DIMENSIONE PROFESSIONALE O TECNICA?

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

È innegabile la crescita e lo sviluppo che la professione infermieristica ha avuto in questi ultimi 15 anni.

La fase che in questo periodo sta attraversando la professione potrebbe essere definita di CONSOLIDAMENTO.

Il raggiungimento di traguardi storici - come l'abolizione del mansionario, la formazione universitaria ai diversi livelli, il riconoscimento dello status di professione, l'accesso al ruolo dirigenziale e così via - implica la necessità che questi si rafforzino trasformandosi da patrimonio di pochi a bagaglio culturale di tutta la componente professionale. Fino a penetrare e modellare l'immagine sociale dell'infermiere sostituendo i vecchi stereotipi.

Come spesso accade in queste fasi di consolidamento, si registrano forze trainanti e forze di natura opposta ciascuna delle quali raccoglie consensi e alleati sia dentro che fuori la professione.

Vorrei proporre alla vostra attenzione alcune esemplificazioni che caratterizzano questo periodo e che ben rappresentano la delicatezza storica della nostra professione.

Nella legge n. 69/2009, appena approvata dal Parlamento, viene data facoltà alle farmacie di erogare alcune prestazioni socio-sanitarie in loco (da definire in successivi decreti). Ciò sarà possibile grazie, soprattutto, al contributo degli infermieri. Un'opportunità di crescita e visibilità professionale (ad esempio dei liberi professionisti) cui si aggiunge la non trascurabile possibilità di dare riscontro ad alcuni bisogni dei cittadini come l'esecuzione di medicazioni, somministrazione di terapie, programmi di educazione sanitaria, ecc..., avvalendosi della capillare diffusione territoriale delle farmacie. Ciò, può quindi costituire una forza trainante, il consolidamento e lo sviluppo della professione.

Ancora, in questo solco positivo, va ricordato che il Vice Ministro Fazio ha più volte rassicurato circa la volontà di procedere (finalmente) alla trasformazione dei collegi infermieri in ordini professionali così come era definito dalla legge n. 43/2006. Ciò deve determinare l'inizio di una stagione di rinnovamento e ammodernamento degli ordini a vantaggio dei professionisti e della collettività.

Va registrato sul fronte delle forze che ostacolano lo sviluppo professionale la staticità dei rinnovi contrattuali del comparto sanità che, ancora un volta, hanno "tradito le attese", evitando di affrontare il nodo degli incarichi specialistici che avrebbe potuto dare un riscontro all'impegno di tutti quegli infermieri che hanno frequentato e concluso un master specialistico.

Allo stesso modo i contratti di lavoro non hanno risolto (rinviandola) l'annosa questione delle "prestazioni aggiuntive" introdotte transitoriamente nel 2001 dall'allora Ministro Sirchia, la cui stabilizzazione in libera professione vera e propria era auspicio di molti.

Anzi, va segnalato che nel decreto in discussione sul governo clinico vi era un

articolo (il n. 11) che di fatto istituiva la Libera professione Infermieristica Intramuraria che è stato cassato nel contesto della discussione in Conferenza Stato Regioni rinviando proprio al contratto la risoluzione di tale vertenza, con i risultati che ben conosciamo.

A tale situazione di stallo rispetto alla nascita della libera professione infermieristica occorre segnalare una questione che, per le conseguenze che potrebbe avere sul futuro della professione, assume una particolare rilevanza storica.

Si tratta dell'ipotesi di revisione dei Settori Scientifico Disciplinari (SSD) che prevede la loro riduzione di numero in attuazione di alcuni principi introdotti con l'ultima riforma universitaria (D.L.vo 270/04 e successivi decreti attuativi) e che potrebbe comportare la soppressione/accorpamento dell'unico SSD infermieristico, MED 45.

Oggi l'infermieristica ha mosso i primi passi nel mondo universitario, grazie ai primi infermieri nominati professori associati o ricercatori, ma si tratta ancora di un timido inizio.

L'ipotesi in discussione rischia di ostacolare fortemente la nomina di nuovi infermieri nel contesto dei professori universitari sia di prima che seconda fascia, impedendo il rafforzamento e la crescita culturale di cui, invece, abbiamo fortemente bisogno. Il risultato sarà una professione indebolita e con sviluppi contrattuali e di carriera ulteriormente limitati.

Quindi che fare?

La prima responsabilità che ciascuno di noi deve sentire come propria è quella di cercare di comprendere ciò che sta avvenendo, seguire gli sviluppi di ciascuna delle vicende elencate che, in realtà, toccano nel concreto il nostro essere infermieri più di quanto possiamo immaginare.

Un secondo aspetto di ciò che ciascuno può fare è quello di continuare a dare il proprio capillare contributo al ruolo dell'infermiere, facendo, con passione e competenza, ciò che richiede, ogni giorno, il nostro lavoro.

La terza responsabilità che mi permetto di suggerire è quella, nel limite delle proprie possibilità, di rispondere alle iniziative che la Federazione Nazionale IPASVI e i Collegi decideranno di intraprendere per contrastare eventuali decisioni ritenute troppo invalidanti per il percorso di crescita professionale degli infermieri ed in contrasto con le necessità di assistenza delle persone.

Una cosa è certa, qualunque sia l'esito di queste vicende esse rappresentano delle occasioni di consolidamento (o riduzione) della dimensione professionale del nostro essere infermieri sia a livello sociale, in termini di riconoscimento e immagine pubblica, che individuale, in termini di consapevolezza soggettiva di ciascuno.

In attesa di conoscere gli sviluppi per il momento buone vacanze a tutti.



Giornata Internazionale dell'Infermiere

A cura di Inf. AFD Paola Pozzi - consigliere IPASOI

4

Il 12 maggio 1820 è nata Florence Nightingale, fondatrice delle Scienze infermieristiche moderne. L'International Council of Nurses (Icn) ricorda questa data celebrando in tutto il mondo la Giornata Internazionale dell'Infermiere.

Ogni anno la celebrazione di questo evento viene fatta con la distribuzione di dossiers con materiale educativo e d'informazioni pubbliche destinato ai cittadini per promuovere la figura dell'infermiere in tutto il mondo.

Il Collegio I.P.A.S.V.I. di Como è costantemente impegnato nella battaglia di valorizzazione del ruolo dell'Infermiere all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e nella Libera Professione. Quella infermieristica si identifica

come una professione che, partendo dai limiti della natura umana, aiuta a scoprire e vivere i valori autentici del nostro essere persone. Accanto a questa radice profonda vi sono altri motivi che potrebbero convincere un giovane ad intraprendere questo percorso: la certezza dell'impiego, il lavoro d'equipe, la possibilità di proseguire nel percorso formativo, la possibilità di variare ambienti lavorativi, che possono fungere da attrazione.

La celebrazione a Como, eccezionalmente, quest'anno si è tenuta il giorno 16 maggio.

In prossimità del Liceo Classico A. Volta uno stand per la distribuzione di depliant informativi era presente già dalle 9.30 del mattino, sfidando una



ALCUNE ISTANTANEE DELLA GIORNATA IN PIAZZA



giornata fredda e piovosa, ed in concomitanza con i gazebo della propaganda elettorale. Gli studenti del Corso di laurea in Infermieristica, come ogni anno, approfittano dell'incontro per distribuire le brochure informative agli studenti in uscita dalle lezioni, coinvolgendo anche quelli del Liceo sociopedagogico T. Ciceri.

Il 12 maggio inoltre, sul quotidiano "La Provincia" e sull'inserito de "Il Corriere della Sera", un'intera pagina ha catturato l'attenzione dei lettori con una coloratissima locandina che valorizza la figura dell'infermiere. Ancora informazione ed interazione con il cittadino:



Venerdì 16 maggio, all'interno del "Fizzshow" programma di Ciaocomoradio, due consiglieri sono stati intervistati. La scaletta prevedeva qualche domanda su chi è l'infermiere, cosa bisogna fare per diventare infermieri, le possibilità di occupazione.

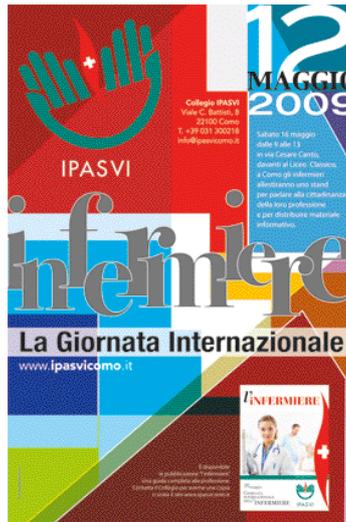
Inoltre, il 27 maggio, il Presidente del Collegio I.P.A.S.V.I. di Como, Dott. Stefano Citterio, ed un suo consigliere, hanno partecipato ad un programma interattivo, che prevedeva, oltre ad un'intervista da parte della conduttrice radiofonica ed Infermiera Anna De Pardi, anche alcune domande da parte dei radioascoltatori di Radio Maria.

Ancora il Presidente del Collegio, il 15 maggio, ha partecipato al programma televisivo ZEROTREUNO sulla rete locale, Espansione TV, ed ha risposto alle domande della conduttrice sempre sul tema dell'immagine dell'infermiere. Infine, utilizzando lo strumento informativo dell'ASL di Como – il periodico QUIASL che ha una larga diffusione e tiratura su tutto il territorio provinciale - abbiamo pubblicato un articolo di informazione sulla figura dell'infermiere evidenziandone gli sviluppi formativi e professionali intervenuti in questi ultimi anni

Grazie ancora, anche quest'anno a tutti quanti.

Grazie a tutti i consiglieri dell'attuale Direttivo del Collegio I.P.A.S.V.I. Como, che hanno partecipato attivamente agli eventi, alle due im pie gate Daniela & Daniela per la loro pazienza

e che hanno sopportato, oltre che supportato, le proposte di promozione dell'immagine. Grazie alla Dott.ssa Donatella Pontiggia, che come sempre è attenta alle richieste del Collegio e che,



**LOCANDINA PUBBLICATA
SULLA PROVINCIA
E SUL CORRIERE DI COMO**

come ogni anno, motiva e gratifica gli Studenti del corso di Laurea in Infermieristica che partecipano agli eventi in piazza. Grazie a tutti i cittadini che si sono fermati ad ascoltarci e a farci le loro domande. Grazie a tutti gli infermieri che si mettono in gioco ogni giorno, sempre. Grazie a chi si prende cura della salute dei cittadini, ma anche a tutti coloro che lavorano dietro le quinte, e che si prendono cura di chi si prende cura. Arrivederci al prossimo 12 maggio.



UN MOMENTO DELL'INTERVENTO A RADIO MARIA



**LE COLLEGHE POZZI E MAFFIA
AL FIZZ SHOW**



**DURANTE LA TRASMISSIONE
ZEROTREUNO A ESPANSIONE TV**



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



Como, 22 MAG. 2009

6

prot. 1321 /09/I.13
trasmissione mail

Spett.le
Federazione Nazionale
Collegi IPASVI

Egr. Prof. Loreto Lancia
Presidente Collegio IAPSVI L'Aquila

E p.c.
A tutti i Collegi IPASVI
Loro sedi

Oggetto: **emergenza Abruzzo**

In riferimento alla circolare n. 9/2009 della Federazione Nazionale pari oggetto, informiamo che questo Consiglio direttivo, nella seduta di consiglio del 13/05/2009 con delibera n. 33/09 ha deciso di stanziare la quota di €1,00 per ogni iscritto per un totale di € 3364,00, quale fondo di solidarietà da destinare ai terremotati dell'Abruzzo. Tale delibera consegue alle determinazioni assunte dall'assemblea ordinaria degli iscritti di questo Collegio del 23 aprile u.s.

Attendiamo, come da indicazione, le determinazioni che verranno definite nel prossimo Consiglio Nazionale del 7 giugno p.v. per destinare la quota stanziata.

Con l'occasione è gradito porgere distinti saluti.

IL PRESIDENTE
Dott. Stefano Citterio



Novità e limiti del nuovo CCNL Sanità

A cura di Stefano Citterio*

Il giorno 14 maggio 2009 le OO.SS. e l'Aran, hanno raggiunto l'accordo relativo all'ipotesi di Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) riguardante il personale del comparto sanità, biennio economico 2008 – 2009.

Un'ipotesi di accordo, che "Fp Cgil, Cisl Fp, Uil Fpl giudicano più che positivamente" e che ora sottoporranò a consultazione certificata fra i lavoratori del Comparto.

L'aumento retributivo medio mensile indicato nell'ipotesi di accordo è pari a circa 72 euro pro-capite, ai quali si aggiungono 20 euro medi di risorse aggiuntive regionali che, per la Regione Lombardia, sono decisamente più consistenti¹.

L'ipotesi di accordo contiene, inoltre, alcuni importanti elementi di novità fra i quali deve essere evidenziata:

- la scelta fatta sul tema del lavoro precario in rapporto all'esigenza di assicurare i livelli essenziali di assistenza (art. 2)
- la valorizzazione dell'attuale sistema di contrattazione integrativa, che vede già i lavoratori della sanità pubblica misurarsi su progetti ed obiettivi di innalzamento della qualità del servizio (art. 2 e art. 10)
- l'intangibilità delle retribuzioni in caso di assenza per donazione di midollo osseo, per assistenza all'handicap, per la prevenzione e screening oncologico, per le attività di volontariato (Dichiarazione congiunta n. 2)
- la possibilità di aumentare, in sede locale, il valore del buono pasto (art. 4)

Accanto a questi aspetti positivi ve ne sono anche altri di maggiore criticità.

Il primo riguarda l'art. 3, relativo alla mobilità interna, che prevede la possibilità per le aziende di spostare il dipendente c/o strutture diverse situate nel raggio di venticinque chilometri dalla località di assegnazione, modificando il precedente limite di dieci km. Tale scelta è coerente con la crescente richiesta di flessibilità organizzativa ma non ha mancato di suscitare perplessità tra molti lavorato-

ri. Al di là delle rispettabili preoccupazioni emerse, a parere di chi scrive, questo articolo rappresenta un positivo segnale della capacità che possono avere le OO.SS. nel modificare situazioni storiche che spesso non corrispondono più al contesto e alle esigenze attuali sia dell'organizzazione ma anche dei dipendenti.

Altri aspetti di criticità sono rappresentati da ciò che questo contratto, ancora un volta, non affronta. Vorrei porre all'attenzione di tutti almeno due questioni:

- 1 Il tema delle **prestazioni aggiuntive infermieristiche** (art. 2) che viene rinviato a linee di indirizzo regionali o aziendali (in assenza di quelle regionali) senza indicare alcun principio di riferimento o di novità ma limitandosi – come spesso accade – a rimandare il problema. L'aspettativa degli infermieri è che venga riconosciuta loro la possibilità di esercizio libero professionale. Quella delle prestazioni aggiuntive costituisce una opportunità per smuovere questa situazione che si trascina dal 2001 formalizzando, ad esempio, la libera professione intramuraria anche per gli infermieri, in analogia a quanto avviene per altre figure professionali in considerazione della necessità di dare risposte ai bisogni dei cittadini e della cronica carenza di infermieri.
- 2 L'art 12 – norme finali – recita testualmente: *"In considerazione della rilevanza e della complessità della materia **degli incarichi di coordinamento e specialistici**, di cui alla L. 43/2006, nonché di posizione organizzativa, le parti affronteranno in maniera organica e completa la tematica del sistema di valorizzazione della responsabilità e dell'autonomia professionale nella prossima tornata contrattuale"*. Senza voler negare la complessità della materia va rilevato che gli incarichi di coordinamento non sono un novità introdotta con la legge 43/06 bensì rappresentano lo sviluppo del vecchio ruolo del caposala, è difficile quindi sostenere la necessità di maggior tempo per affrontare al

¹Cfr articolo sulle RAR Regionali pubblicato in questo stesso numero





meglio tale tematica. Allo stesso modo gli incarichi specialistici erano già stati delineati nel profilo dell'infermiere in riferimento alla c.d. formazione post-base. Il tempo della riflessione quindi non può essere certo in difetto. Probabilmente il vero problema, sono le risorse disponibili, sempre limitate, che impediscono uno sviluppo concreto e tangibile a questi incarichi che, se valorizzati, ben rappresentano la crescita di autonomia professionale raggiunta dagli Infermieri, a differenza di altre famiglie professionali o degli altri lavoratori compresi nel contratto.

Accanto a questi elementi di critica è opportuno anche mettere in evidenza che frequentemente vi è un **utilizzo parziale e comodo** degli strumenti contrattuali già presenti o quantomeno già abbozzati. Ad esempio, in tema di posizioni organizzative, già oggi è possibile conferirle considerando la valenza professionale riconoscendo competenze cliniche, formative, di ricerca elevate e/o significative per la risposta ai bisogni dei cittadini.

Allo stesso modo potremmo citare l'utilizzo e il valore che viene attribuito alla valutazione permanente in termini di riconoscimento del merito e dell'apporto individuale.

Per utilizzare al meglio le possibilità già esistenti e

creare di nuove è necessario trasformare e avvalersi del contratto di lavoro non solo come strumento di amministrazione del personale, ma soprattutto quale strumento di sviluppo del personale (schema 1).

È dentro questa prospettiva di cambiamento del CCNL che sarà possibile:

- agire valorizzando le capacità professionali evidenziando il merito e il contributo individuale invertendo il processo di impiegatizzazione delle professioni. Difendere la professione/professionalità e non l'impiego;
- superare la logica dei "livelli" e della distribuzione a pioggia di benefici economici, peraltro modesti, totalmente svincolati dalla valutazione del reale contributo della persona o dell'equipe, all'obiettivo comune di un servizio indirizzato al paziente;
- introdurre ed estendere reali sviluppi di carriera sia dal punto di vista clinico che manageriale;
- rispondere alle dinamiche del mercato riconoscendo il giusto peso alle figure professionali maggiormente richieste;
- sostenere i processi di sviluppo organizzativo presenti nelle aziende sanitarie per una migliore risposta ai bisogni dei cittadini;
- intervenire sui diritti acquisiti che spesso si configurano come privilegi per alcuni a discapito di molti;
- dare spazio alla contrattazione locale e regionale pur dentro una cornice comune nazionale;
- promuovere la crescita della libera professione infermieristica (sia intra che extra muraria).

Questi, sono alcuni dei principi che l'intero gruppo professionale infermieristico deve sostenere per ricercare la massima valorizzazione del proprio concorso alla salute dei cittadini. Si tratta di un cambiamento culturale molto forte e che può trovare ostacoli anche dentro la professione.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Ipotesi CCNL comparto sanità – Il biennio economico 2008-09 – consultabile sul sito www.ipasvicomo.it
- S. Citterio, INFERMIERI e CONTRATTO: prospettive ed aspettative, Agorà n. 35 - giugno 2007
- C. Calamandrei, C. Orlandi, La dirigenza Infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali, McGraw-Hill, II ediz. 2002;
- G. Pontello, Il Management infermieristico. Organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000, Masson, Milano, 1998;
- G. Costa, S. De Martino, Management pubblico. Organizzazione e personale nella pubblica amministrazione, ETAS Libri, I ediz. 1985, Ristampa 1990



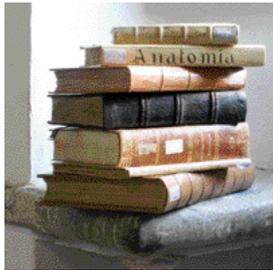
Riforma universitaria: quale futuro per gli infermieri?

Intervista alla Prof.ssa Stefania Di Mauro – Professore Associato di Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche all'Università degli Studi di Milano Bicocca

9

Molti di voi avranno seguito le vicende legate alla revisione dei settori scientifico disciplinari universitari. Per alcuni potrà sembrare una questione limitata agli addetti ai lavori. In realtà le ripercussioni per lo sviluppo della professione possono essere particolarmente gravi e significative.

Per cercare di comprendere più a fondo di che cosa si tratta abbiamo chiesto a Stefania Di Mauro Professore Associato di Scienze Infermieristiche all'Università degli Studi di Milano Bicocca, di rispondere ad alcune domande sul tema.



COSA SONO I SETTORI SCIENTIFICO DISCIPLINARI (SSD)?

I settori scientifico disciplinari sono delle classificazioni che descrivono le conoscenze, le competenze e gli ambiti di ricerca facenti capo a una disciplina di insegnamento in università. Quando attraverso la partecipazione a un concorso e la sua vincita si diventa docenti universitari, si viene riconosciuti particolarmente preparati ed esperti in un campo specifico in cui si eserciterà l'attività di docenza, di ricerca e per quanto riguarda l'area medico-sanitaria anche l'attività di assistenza. Il SSD ha al suo interno delle definizioni che descrivono sinteticamente tale campo specifico denominate declaratorie (vedi box 1).

COSA SIGNIFICA MED 45? QUALE RILEVANZA HA PER LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA?

Attualmente le diverse conoscenze e competenze che costituiscono oggetto di docenza universitaria sono raggruppate in 14 aree che vanno dalle

scienze matematiche e informatiche, alle scienze storiche e filosofiche, alle scienze mediche, alle scienze politiche e sociali.

Le scienze mediche si trovano nell'area 06; quest'area comprende 50 Settori Scientifico Disciplinari (SSD) tra cui troviamo MED/45 Scienze

Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche.

Avere un SSD proprio significa per la professione infermieristica il completamento del percorso che circa quindici anni fa ha visto l'entrata della formazione infermieristica di primo livello in Università. Essere in Università non solo con gli studenti, ma anche con infermieri docenti

significa un riconoscimento a tutto tondo che l'attività dell'infermiere è basata su specifiche conoscenze complesse e articolate che necessitano di un percorso di formazione superiore per essere acquisite, sistematizzate e tradotte in capacità professionale. Inoltre e non meno importante è la possibilità di far crescere le conoscenze attraverso la ricerca e segnatamente la ricerca infermieristica, per poterle trasmettere ai futuri professionisti che dovranno garantire nei diversi ambiti prestazioni assistenziali di qualità sempre maggiore a beneficio delle persone che necessitano della loro assistenza.

COSA COMPORTEREBBE LA SCOMPARSA O L'ACCORPAMENTO DEL SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE MED/45?

La scomparsa o l'accorpamento del Settore Scientifico Disciplinare MED/45 creerebbe un forte rischio che si interrompa il processo evolutivo e di riconoscimento sociale che la professione infermie-



ristica sta finalmente vivendo in questi ultimi anni. La presenza e l'attività dei docenti universitari appartenenti al SSD MED/45, va senz'altro vista come uno degli elementi che mette in luce come aggiornate conoscenze infermieristiche opportunamente tradotte in competenze, siano un contributo fondamentale e irrinunciabile per il mantenimento e il recupero della salute delle persone. Esistono ormai decine e decine di studi in diversi paesi del mondo che dimostrano come l'assistenza infermieristica possa incidere sulla diminuzione della mortalità in ospedale, sull'incidenza di complicanze abbreviando le degenze ospedaliere e prevenendo i ricoveri ripetuti. La nostra attività come infermieri è irrinunciabile ed essenziale per la salute e il benessere dei pazienti, ma perché diventi tale deve poter formarsi nelle sedi opportune e disporre di tutti gli strumenti necessari.

MED/45 SCIENZE INFERMIERISTICHE GENERALI, CLINICHE E PEDIATRICHE - DECLARATORIA

Il settore si interessa dell'attività scientifica e didattico-formativa, nonché dell'attività assistenziale a essa congrua nel campo dell'infermieristica generale, pediatrica e neonatale; sono ambiti di competenza del settore la metodologia della ricerca in campo infermieristico, la teoria dell'assistenza infermieristica, l'infermieristica clinica, preventiva e di comunità, l'infermieristica dell'area critica e dell'emergenza e la metodologia e organizzazione della professione.

RICONOSCENDO L'OPPORTUNITÀ DI RIDURRE I SETTORI SCIENTIFICO DISCIPLINARI MED/45 QUALI SONO LE ALTERNATIVE?

Personalmente ritengo, e condivido questo parere con parecchi colleghi docenti di Scienze Infermieristiche e di altre discipline di area medico-sanitaria, in diverse Università italiane, che se si dovesse andare ad un accorpamento con altri

STEFANIA DI MAURO

Professore associato di Scienze Infermieristiche Generali, Cliniche e Pediatriche presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca. Si diploma come Infermiera Professionale presso gli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano nel 1983. Nel 1990 consegue il certificato di caposala presso l'Ospedale di Niguarda e nel luglio 1993 il diploma di Infermiere Insegnante Dirigente presso la Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche dell'Università degli Studi di Milano. Nel marzo del 2006 Diploma di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'Università degli Studi di Milano. Inizia la sua attività professionale nel dicembre 1983 presso l'Unità Operativa di Ematologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale S. Gerardo" Monza. Dal maggio 1986 presso il Centro Trapianti di Midollo Osseo dell'Ospedale di Niguarda-Ca' Granda Milano, dove opera fino al 1990. Dal settembre 1994 svolge la sua attività presso l'attuale Corso di Laurea Triennale in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano Bicocca dapprima come tutor e docente, poi come coordinatore della sezione di Monza e attualmente come Coordinatore Generale delle sedi del corso di laurea presso le AO di Monza, Vimercate, Lecco, Bergamo e Sondrio. Dall'anno accademico 2004/2005 coordina il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università degli Studi di Milano Bicocca. È direttore del Master di I livello in Wound Care dall'anno accademico 2007/2008.



SSD, sia importante riflettere sull'attuale panorama delle professioni sanitarie in Italia, cercando un accordo con quelle professioni, più vicine a noi, in cui l'assistenza alla persona costituisce un elemento di spicco, molto chiaro e caratterizzante sia il percorso di formazione che quello successivo dell'esercizio.

Tengo comunque a ribadire che il nostro obiettivo primario non può che essere la possibilità che il SSD MED/45 possa continuare la sua attività così come avviene ora. In questa affermazione sono confortata dal panorama internazionale in cui svolgono la loro attività Dipartimenti e Facoltà di Scienze Infermieristiche. Questo avviene nel contesto anglossassone, così come nei paesi di lingua spagnola e ultimamente anche in alcuni paesi dell'Est.

QUANTI SONO OGGI IN ITALIA I PROFESSORI ASSOCIATI E I RICERCATORI DEL SSD MED/45? TALE NUMERO È IN LINEA CON LE EFFETTIVE NECESSITÀ FORMATIVE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA?

Attualmente in Italia abbiamo 34 professori di MED/45 tra cui un professore ordinario, 16 professori associati e 17 ricercatori. Se pensiamo che i primi concorsi universitari sono iniziati alla fine degli anni '90 possiamo ritenere questo numero un risultato non trascurabile; al tempo stesso non bisogna dimenticare che oggi il 75% circa degli iscritti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia sul territorio nazionale sono studenti di infermieristica ai diversi livelli di formazione. Anche per questo motivo è indispensabile un incremento costante dei docenti di Scienze Infermieristiche.

CHIUSURA ESTIVA

La segreteria del Collegio resterà chiusa per la pausa estiva dal **3 al 23 agosto** compreso.

La settimana dal **24 al 28 agosto** resterà aperta solo al mattino dalle **8.30 alle 12.00**.

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:

"Como, Tempio Voltiano" di Gianni Rizza

Trimestrale Informativo del Collegio IPASVI di Como -

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

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

e-mail: info@ipasvicomo.it

Numero chiuso il 15 luglio 2009

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'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.



Riforma universitaria: larghi consensi alla posizione unitaria di tutta la professione

12

Convinti assenti, sostegno e piena solidarietà da parte del mondo scientifico, politico ed istituzionale regionale e nazionale alla presa di posizione della Federazione nazionale Ipasvi, decisamente contraria alla soppressione o all'accorpamento del settore disciplinare Med45 nell'ambito della riduzione dell'attuale numero di corsi di laurea, prevista dal Decreto legge 180 di riforma dell'Università. In particolare, nel corso di Sanit 2009, svoltosi a Roma dal 23 al 26 giugno, ci sono state significative affermazioni e degli impegni espressi da Fazio nella giornata inaugurale di Sanit sul fronte:

- dell'istituzione di un'area funzionale di docenza e ricerca comprensiva di tutte le funzioni attinenti alle attività dei corsi universitari delle professioni infermieristiche relative al tirocinio e alla docenza degli insegnamenti teorici;
- del futuro inquadramento e stabilizzazione nel ruolo di professori dei docenti infermieri;
- della valorizzazione in ogni struttura del sistema sanitario italiano della capacità di governo che gli infermieri hanno sviluppato in questi anni;
- della valorizzazione della figura dell'infermiere sul territorio e, in particolare, al suo inserimento nella rete delle farmacie per un arricchimento dell'offerta sanitaria infermieristica in favore della cittadinanza;
- della regolamentazione della libera professione infermieristica intramuraria Fazio è stato chiaro: "Gli infermieri devono avere la stessa libertà di azione riservata ai medici".
- di un rapido riconoscimento, anche formale, dell'Ordine degli Infermieri.

L'Ipasvi ha sottolineato, in particolare, la rilevanza della posizione assunta da Fazio in relazione al coinvolgimento dell'area infermieristica nell'ambito delle operazioni di riduzione dell'attuale numero di corsi di laurea. "Gli infermieri e i loro organismi di rappresentanza - ha dichiarato il Vice Presidente Federazione Nazionale, Gennaro Rocco - ribadiscono con forza che sopprimere o accorpare ad altri settori disciplinari il Med45 non solo rappresenterebbe un vero e proprio scippo ai danni della professione infermieristica, compromettendo la prospettiva di costruire nel tempo una propria autorevole nuova classe di Docenti infermieri, come avviene nella maggior parte degli altri Paesi europei, ma costituirebbe soprattutto

un grave danno per l'intero Ssn privandolo, di fatto, della possibilità di contare su professionisti di qualità".

Sempre su questo tema il 28 giugno si è tenuto un Consiglio nazionale straordinario della Federazione dei Collegi Ipasvi, allargato ai Presidenti delle Associazioni infermieristiche italiane e ai Professori universitari Med 45.

L'Assemblea si è espressa all'unanimità:

- contro l'orientamento del Consiglio Universitario Nazionale di sopprimere o accorpare a Settori scientifico-disciplinari medici l'unico Settore dell'Area infermieristica;
- sua la necessità di mantenere nella sua specificità il settore disciplinare Med45 (questa la sigla che indica il settore delle "Scienze Infermieristiche Generali Cliniche e Pediatriche") per garantire con una peculiare formazione la capacità dei futuri infermieri di dare risposte appropriate ai bisogni sanitario-assistenziali emergenti;
- per manifestare nelle sedi competenti e all'intera cittadinanza le proprie irrinunciabili posizioni a tutela del fondamentale ruolo svolto dagli infermieri nel sistema salute del Paese e dei contenuti disciplinari dell'Infermieristica.

Il Comitato centrale, in rappresentanza degli oltre 370mila infermieri italiani e forte del mandato dell'Assemblea, metterà in atto ogni forma di iniziativa per garantire alla collettività che il Sistema sanitario italiano possa contare anche in futuro su professionisti di qualità e agli infermieri che venga loro riconosciuta la professionalità che esprimono.

Il 2 luglio u.s. la Presidente e il Vicepresidente della FN IPASVI hanno avuto un positivo confronto con il **Ministro Maria Stella Gelmini**. L'incontro si è svolto in un clima di grande cordialità e con reciproca disponibilità all'ascolto. La Presidente e il Vicepresidente hanno evidenziato le buone ragioni degli infermieri per il mantenimento della specificità e autonomia del Settore scientifico-disciplinare Med 45. Il Ministro ha ascoltato con attenzione, ha dimostrato interesse e si è impegnata a valutare la questione con il suo staff tecnico. Ha inoltre manifestato la disponibilità a incontrare nuovamente i rappresentanti della Fnc Ipasvi a conclusione della valutazione tecnica che verrà attivata in tempi brevi.



Farmacie ed infermieri: una alleanza possibile

Con l'approvazione della legge n. 69/2009, "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile", G.U. della Repubblica italiana - n. 140 del 19/06/2009 è stata data la possibilità alle farmacie di offrire nuovi servizi che possono rappresentare spazi ed opportunità anche per gli infermieri. Ecco il testo approvato:

ARTICOLO 11

(Delega al Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale nonché disposizioni concernenti i comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti).

1. Ferme restando le competenze regionali, il Governo è delegato ad adottare, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi finalizzati all'individuazione di nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria erogati dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:
 - a) assicurare, nel rispetto di quanto previsto dai singoli piani regionali socio-sanitari, la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale, anche con l'obiettivo di garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, al fine di favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche;
 - b) collaborare ai programmi di educazione sanitaria della popolazione realizzati a livello nazionale e regionale, nel rispetto di quanto previsto dai singoli piani regionali socio-sanitari;
 - c) realizzare, nel rispetto di quanto previsto dai singoli piani regionali socio-sanitari, campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, anche effettuando ana-

lisi di laboratorio di prima istanza nei limiti e alle condizioni stabiliti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attività di prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe;

- e) prevedere forme di remunerazione delle attività di cui al presente comma da parte del Servizio sanitario nazionale entro il limite dell'accertata diminuzione degli oneri derivante, per il medesimo Servizio sanitario nazionale, per le regioni e per gli enti locali, dallo svolgimento delle suddette attività da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Si tratta ora, di attendere e vigilare sulla definizione dei decreti legislativi di attuazione per comprendere le opportunità che si possono aprire su questo versante.

Il viceministro **Ferruccio Fazio** ha commentato il tema delle presenze di altri servizi e figure professionali all'interno della farmacia, come l'infermiere: «un presidio sanitario territoriale di riferimento dove il cittadino potrà fare prelievi o ritirare referti e tanto altro. E l'infermiere, all'interno di questa realtà, è particolarmente importante». Anche se «una normativa del 1934 vieta la coesistenza di due figure professionali all'interno della farmacia, l'ostacolo sarà rimosso», ha promesso Fazio, «con apposito emendamento». Non solo infermieri, comunque: si parla anche di podologo, fisioterapista, ortopedico, dietista... Sulla presenza di infermieri in farmacia (fatta salva la carenza di professionisti spesso denunciata) sia la Federazione degli Ordini dei Medici Farmacisti (FOfl) e l'Ipasvi (infermieri) prevedono incontri per "proposte condivise.

In termini generali, nelle more di quanto sarà definito dai decreti, possiamo dire che il ruolo degli infermieri può essere sia quello di esecutori delle attività sanitarie previste, sia quello di controllori della qua-



COSA DICONO GLI ALTRI

FIMMG, OK per gli infermieri in Farmacia con qualche cautela

La Fimmg chiede anche che si investa, non interrompendo un percorso già iniziato da qualche anno, sulla formazione dell'infermiere sia rispetto alle cure domiciliari per malattie croniche e disabilità sia alla "medicina d'iniziativa" promossa negli studi del medico di famiglia. Giacomo Milillo, segretario generale Fimmg - ha incontrato Ferruccio Fazio per discutere dell'argomento - chiarisce così la posizione del maggior sindacato di categoria, all'indomani dell'annuncio dello stesso viceministro della Salute sull'impiego in farmacia degli infermieri per controllo della pressione, distribuzione referti, campagne di prevenzione e altro. Durante l'incontro Milillo ha spiegato che la Fimmg non ha alcuna intenzione di interferire sul Ddl di riforma delle farmacie all'esame del Senato e ha ricevuto rassicurazioni sul coinvolgimento di medici, farmacisti e infermieri. "Il sindacato è tuttavia impegnato - ha detto Milillo - nel ridisegnare l'area dell'assistenza primaria partendo proprio da una riorganizzazione degli studi medici che risponda appieno ai bisogni dei cittadini. In questo percorso vanno rispettate le priorità di impiego delle risorse nel Servizio sanitario nazionale". Del resto, secondo Milillo, la figura dell'infermiere e del collaboratore di studio, accanto al medico di famiglia, costituisce l'elemento essenziale di quel modello di cure sul territorio, 'disegnato' anche dall'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per l'assistenza primaria siglato di recente. "Fino a oggi però - ricorda Milillo - meno del 10% degli studi medici può contare sulla presenza di infermieri".

OK anche dalla FOFI

Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (Fofi): «Condividiamo a tal punto questa impostazione che abbiamo interpellato l'Ipsvi in rappresentanza degli infermieri - dice Andréa Mandelli, presidente della Federazione degli Ordini - la stessa Ipsvi, pochi giorni orsono, ci ha comunicato il suo assenso di massima al progetto. La Federazione ritiene che il riassetto dell'assistenza territoriale nel suo complesso, più volte indicato come prioritario dal Ministero, non possa prescindere dal confronto e dalla collaborazione con le professioni sanitarie che sul territorio operano quotidianamente e aveva da subito adottato questa linea d'azione».

lità delle prestazioni rese anche per la necessaria rendicontazione (probabilmente alle ASL) per l'erogazione dei fondi messi a disposizione.

Dal punto di vista del rapporto lavorativo vi può essere l'opportunità di crescita della libera professione infermieristica (in forma singola o associata) attraverso un sistema di convenzioni tra le Farmacie e i liberi professionisti. Ovviamente anche nel caso in cui le Aziende pubbliche stipulino convenzioni con le Farmacie oppure quest'ultime decidessero di assumere direttamente dei collaboratori infermieri

(ipotesi meno probabile), si aprirebbero ulteriori spazi occupazionali per la nostra professione.

Una delle criticità già espresse è la "carenza di Infermieri" che, spiega Silvestro «è dovuta sostanzialmente a un mancato riassetto dei modelli assistenziali. L'infermiere in farmacia può rivelarsi una scelta utilissima per noi e per i farmacisti, che individuerebbero così una strategia di "avvicinamento" maggiore al cittadino - ma soprattutto per quest'ultimo, che si troverebbe i servizi a portata di mano».



LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

un passo avanti e due indietro

A cura di Stefano Citterio*

15

La possibilità per gli infermieri dipendenti pubblici di esercitare la c.d "libera professione intramuraria" compare con il **D.L. 12 novembre 2001, n. 402**, recante "Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario", trasformato poi nella legge 8 gennaio 2002, n. 1, la c.d Legge Sirchia.

In quella norma, prorogata diverse volte, si prevedeva infatti che: *"le Aziende unità sanitarie locali, le Aziende ospedaliere, le Residenze sanitarie per anziani, Istituti di riabilitazione, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, case di riposo, possono remunerare agli infermieri dipendenti in forza di un contratto con l'azienda prestazioni orarie aggiuntive rese al di fuori dell'impegno di servizio, tali prestazioni sono rese in regime libero professionale e sono assimilate, ancorché rese all'amministrazione di appartenenza, al lavoro subordinato, ai soli fini fiscali e contributivi ivi compresi i premi e i contributi versati all'INAIL"*.

Ad osservare correttamente, soprattutto nella realizzazione concreta di questo dettato normativo, si è trattato non di una vera e propria libera professione bensì di uno straordinario meglio pagato.

Nell'ultima proroga, contenuta nella Legge n. 120 del 3 agosto 2007, veniva rinviata la regolamentazione della materia alla definizione del CCNL 2006-2009¹.

Come sappiamo nell'art. 13 (norme di rinvio) del CCNL 2006-2009 si è deciso il rinvio della trattazione (... da definirsi entro la conclusione del quadriennio 2006-2009...) della:

"... disciplina delle prestazioni aggiuntive alla luce delle disposizioni contenute nella legge 120 del 2007;"

Nel 2006 anche i Collegi IPASVI della Lombardia avevano proposto un DDL relativo al superamento della incompatibilità dei dipendenti pubblici previsto dal D.L.vo 30 marzo 2001, n. 165 a significare la rilevanza attribuita dai Collegi a questo argomento.

La Federazione Nazionale IPASVI si è impegnata a valorizzare la LIBERA PROFESSIONE intramuraria degli infermieri in modo da renderla possibile a favore:

- dell'Azienda di cui sono dipendenti - governata nei modi e nei tempi dal Direttore infermieristico della Azienda di riferimento
- delle strutture private o private convenzionate operanti nell'ambito della provincia dell'Azienda di riferimento

I PRINCIPALI AMBITI DI SVILUPPO DELLA LP:

1. IMPLEMENTAZIONE DI SPECIFICHE LINEE DI PRODUZIONE (S.O., Servizi diagnostici, Dialisi turistiche, PS, ADI, Prelievi...)
2. MANTENIMENTO DEI LIVELLI DI ASSISTENZA (per carenze di personale o aumento della domanda)
3. Attivazione/implementazione di sperimentazioni gestionali per strutture a valenza prevalentemente infermieristica (ospedali di comunità, centri residenziali, rsa...)

¹Legge n. 120/2007, Art. 4 "Differimento del termine per le prestazioni aggiuntive da parte degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica"

1. "... il termine del 31 maggio 2007, ..., è deferito fino alla definizione della disciplina di tali prestazioni aggiuntive nell'ambito del contratto collettivo nazionale di comparto 2006 - 2009 e non oltre la data di entrata in vigore del contratto medesimo".



4. Attivazione /implementazione di nuove linee produttive in ambito ospedaliero (ambulatori infermieristici) e territoriale (ambulatori territoriali, supporto all'ADI...)
5. Collaborazione con i MMG²

Nel contesto della discussione del DDL, (testo unificato elaborato dal relatore On. Domenico di Virgilio) "Principi fondamentali in materia di

governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del servizio sanitario nazionale" era previsto l'art. 11, (Libera professione intramuraria degli infermieri) che recitava:

"Ai fini di un'efficace organizzazione dei servizi sanitari, fermi restando i vincoli finanziari delle disposizioni vigenti, gli infermieri operanti con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeter-

minato nelle Aziende del Servizio sanitario nazionale, negli IRCCS e nelle strutture sanitarie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale sono autorizzati ad esercitare la libera professione intramuraria, come previsto dall'articolo 1, commi 2 e 3, della Legge dell'8 gennaio 2002 n. 1. Le Aziende del Servizio sanitario nazionale, gli IRCCS e le strutture sanitarie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale emanano entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge specifici regolamenti

per l'effettuazione della libera professione intramuraria degli infermieri".

Queste le osservazioni della conferenza delle regioni e province autonome alla proposta di testo in discussione che, nei fatti ha bloccato l'approvazione dell'articolo 11:

- Articoli 10 (Produttività del servizio e attività professionale dei medici) e 11 (Libera professione

intramuraria degli infermieri):

"Mentre è assolutamente condizionalmente visibile l'attribuzione alle regioni della disciplina del settore specifico prevista all'articolo 10, la stessa impostazione deve essere seguita per quanto riguarda l'articolo 11 sulla libera professione intramuraria degli infermieri.

La disposizione, diversamente da quanto si potrebbe intendere dalla rubrica che parla di libera professione (terminologia comunque pericosa

per gli effetti indotti che potrebbe causare sui professionisti), è tesa a stabilizzare l'istituto delle c.d. "prestazioni aggiuntive infermieristiche", già previste dall'art. 1, commi 2 e 3 della L. n. 1/2002 e attualmente soggette a decadenza, ai sensi dell'art. 4 della L. n. 120/2007, ove il CCNL non lo disciplinasse (nelle bozze elaborate dall'ARAN per il CCNL del biennio 2009-2009 e già presentate alle OO.SS. l'istituto è infatti oggetto di regolamentazione).

PRINCIPI FONDAMENTALI IN MATERIA DI GOVERNO DELLE ATTIVITÀ CLINICHE PER UNA MAGGIORE EFFICIENZA E FUNZIONALITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - IN SINTESI

Si tratta del testo unificato di precedenti proposte, composto di 12 articoli, che, modificando ed integrando quanto disposto dal D.L.vo 502/1992 tenta di stabilire i principi di governo delle attività cliniche attraverso la revisione del sistema di Direzione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere con nuove norme per la valutazione dei Direttori Generali e degli incarichi di Direzione di Struttura complessa e di Struttura semplice, nonché delle modalità di valutazione di Dirigenti Medici. Viene anche ridefinito il ruolo del Collegio di direzione e la sua composizione. Il DDL ripropone anche il modello dipartimentale quale modello ordinario di gestione operativa, esplicitando le responsabilità dei Direttori di Dipartimento. Negli articoli 10 e 11 si affrontano i temi della libera professione medica e della libera professione intramuraria Infermieristica.

Dopo la discussione in Conferenza Stato regioni il tutto è stato rinviato ad un apposito Tavolo Tecnico con le Regioni.

² F. Vallicella, Relazione ai Seminari della FN IPASVI, Fuggi, Giugno 2009



Sembra quindi preferibile che la materia venga lasciata alla disciplina contrattuale".

Purtroppo sappiamo come è andata sul versante contratti. Questi risultati così deludenti non devono farci perdere la forza e la determinazione per continuare una battaglia che consentirebbe di

valorizzare la professione infermieristica garantendo a tutti i cittadini prestazioni sanitarie qualitativamente valide rilevando che le risorse infermieristiche oggi presenti sul mercato appaiono certamente inferiori alla domanda di assistenza infermieristica espressa dalla popolazione e dalle diverse istituzioni pubbliche e private.

BIBLIOGRAFIA

- Norme citate
- Atti discussione in conferenza stato regioni sul DDL governo clinico consultati all'indirizzo http://www.regioni.it/mhonarc/details_confpres.aspx?id=160453
- F. Vallicella, Lo stato dell'arte sul Progetto Libera Professione Intramuraria, relazione ai Seminari della FNI PASVI, Fiuggi, giugno 2009, materiale ad uso interno;
- S. Citterio, Proposta di legge del Coordinamento Regionale IPASVI "Disciplina delle attività libero professionali degli infermieri pubblici dipendenti", Editoriale Agorà n. 29- gennaio 2006.

* *Presidente IPASVI Como*

Al Sant'Anna di Como un sito per la pelle

È operativa da qualche giorno la nuova proposta degli specialisti della Dermatologia del Sant'Anna che hanno deciso di ricorrere alle tecnologie informatiche per creare - spiega il direttore Giuseppe Laria - "un luogo di incontro e di confronto tra specialisti e medici di medicina generale" sulle tematiche dermatologiche del territorio. Nonostante la facile accessibilità alle informazioni sanitarie, "i pazienti sono talvolta disorientati, sia rispetto alle patologie dermatologiche sia all'approccio sanitario delle stesse; gli stessi medici di medicina generale hanno carenza di riferimenti o di informazioni per l'invio appropriato in 'secondary care' alle strutture territoriali più adatte alle singole necessità e sulle graduazioni della offerta, le tecnologie disponibili, la logistica, le modalità di accesso" continua Laria. A questa esigenza l'Unità Operativa di Dermatologia risponde con un sito internet www.dermotech.it (con un link che trasferisce il visitatore al sito del S. Anna) attraverso cui fornire un servizio on-line. "Uno specialista dermatologo - sottolinea il direttore dell'unità - metterà a disposizione la propria esperienza per guidare i medici di base su problemi della specialità e offrire opinioni e consigli specifici. Accedere e partecipare è semplice. Sarà sufficiente registrarsi al sito compilando l'apposito form per poter dialogare con i colleghi e scambiare opinioni in due sezioni: il forum e la consulenza on line". Nella prima si partecipa a quesiti e discussioni di interesse generale, nella seconda sarà possibile inserire richieste specifiche sul corretto management dei propri casi, in particolare per la gestione delle patologie cronico-recidivanti come la psoriasi. "L'obiettivo della iniziativa - conclude Laria - è quello di realizzare uno strumento utile e flessibile per stimolare in maniera reciproca gli attori del processo di cura delle malattie dermatologiche, promuovere la competenza professionale, favorire la appropriatezza degli invii e dei percorsi diagnostici".

(Fonte: *Noi Sanità* n. 78)

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



Risorse aggiuntive regionali – biennio 2009/2010 – di cosa si tratta?

A cura di Stefano Citterio*

18

L'11 giugno scorso la Delegazione di parte pubblica per la Regione Lombardia e le OO.SS. regionali del comparto sanità hanno raggiunto l'accordo sulle Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) in analogia e continuità a quanto avvenuto l'anno scorso a seguito dell'accordo del 4 dicembre 2007¹.

Le RAR consistono in una quota lorda annua da erogare ad ogni lavoratore dipendente pubblico (differenziata in base alla categoria, al profilo professionale di appartenenza e alla tipologia di turno lavorativo) in relazione al raggiungimento di obiettivi di interesse regionale che comportino risultati concreti a beneficio del sistema, anche mediante la valorizzazione delle risorse umane del servizio sanitario.

Rispetto all'anno precedente le principali novità riguardano la durata dell'accordo, che diventa biennale, e l'estensione del beneficio della quota pari a 227 euro a tutto il personale turnista che nel precedente accordo era limitata al solo al personale infermieristico e ostetrico operante sui tre turni (per la c.d. emergenza infermieristica). Nell'accordo sono stati identificati degli specifici **macro obiettivi**, di comune rilevanza per comparto e dirigenza, il cui sviluppo dovrà avvenire nel biennio 2009/2010.

Tali macro obiettivi, distinti per le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS rispetto alle ASL, riguardano la flessibilità organizzativa, la promozione della qualità, il miglioramento dell'accessibilità e dell'accoglienza, la gestione delle criticità organizzative aziendali, l'integrazione nelle attività di prevenzione e controllo.



Ad ogni macro-obiettivo sono correlati uno o più indicatori ed è stato definito il crono programma per formulare la proposta e provvedere alla sua successiva attuazione. La responsabilità della verifica del raggiungimento degli obiettivi come definiti nei crono-programma compete al **nucleo di valuta-**

zione aziendale.

La distribuzione dei fondi stanziati invece avverrà secondo questa tempistica già concordata:

- predisposizione dei progetti Aziendali di loro competenza e relativo confronto con le rappresentanze sindacali entro il **31 luglio 2009**;
- **acconto 2009** pari almeno al 50 % dell'importo dovuto, previa verifica a livello aziendale del rispetto della tempistica definita nei crono-programmi, entro ottobre 2009;
- **saldo 2009** previa verifica a livello aziendale del rispetto della tempistica definita nei crono-programmi entro marzo 2010;
- **acconto 2010** pari almeno al 50 % dell'importo dovuto, previa verifica a livello aziendale del rispetto della tempistica definita nei crono-programmi, entro ottobre 2010;
- **saldo 2010** previa verifica a livello aziendale del rispetto della tempistica definita nei crono-programmi entro marzo 2011.

L'accordo sottolinea altri aspetti significativi:

- l'attenzione che va posta al **coinvolgimento di tutto il personale**, in termini di informazione, condivisione e predisposizione degli obiettivi, in modo che i dipendenti siano responsabilizzati su obiettivi direttamente connessi alla propria sfera di competenza e attività;

¹ S. Citterio, Nuove risorse economiche per gli Infermieri Lombardi, di cosa si tratta, Agorà n. 37 – gennaio 2008



- **i criteri di valutazione** dovranno tenere conto anche dell'apporto dato da ogni singolo dipendente all'interno dell'équipe di cui fa parte;
- **la distinzione che deve essere mantenuta tra RAR e fondi/incentivi legati alla produttività aziendale.**

Il personale delle aziende private e accreditate, resta escluso da questo accordo, infatti il destinatario delle RAR è il personale delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e degli IRCSS pubblici trasformati in Fondazioni, dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza e dell'ARPA, nonché il personale delle aziende ASP che applicano il contratto della sanità Pubblica e il personale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale.

Confermiamo il giudizio dello scorso anno. Lo sforzo complessivo messo in campo sia da parte della Regione che da parte Sindacale va riconosciuto e sostenuto. In termini complessivi le quote stanziate, oltre a superare di gran lunga gli aumenti medi contrattuali previsti nell'ultimo rinnovo del CCNL, possono costituire quasi una 14esima mensilità.

Allo stesso modo occorre essere chiari nel sottolineare che sarebbe stato meglio l'evoluzione delle RAR verso un progetto di Contratto Integrativo Regionale che avrebbe trasformato queste risorse, oggi contrattate periodicamente, in risorse "strutturali" della retribuzione. Positivo, in questo senso, l'accordo di durata biennale che consente una prospettiva di più lungo termine rispetto alle precedenti intese annuali. Più critica è la valutazione della parte di accordo riferi-

ta alla c.d. "emergenza infermieristica" che stanziava 227 euro oppure 100 euro lordi/anno in funzione del turno effettuato. In questo accordo tale incentivo viene esteso anche a tutti i turnisti.

Non siamo certo contrari al riconoscimento di un ulteriore incentivo per tutti coloro che operano sulle 24 ore ma, come sempre, dobbiamo rilevare che ciò che nasce per l'emergenza infermieristica viene poi esteso a tutti perdendo di vista il punto di partenza. Certo che la nostra è una professione strana! Pare che le normali leggi di mercato che legano la domanda e l'offerta non funzionino proprio.

Avremmo inoltre voluto, vista la finalità dichiarata delle RAR, un coinvolgimento anche della rappresentanza professionale (Collegi e Ordini) almeno per l'identificazione dei macro-obiettivi e dei rispettivi indicatori.

LE NUOVE RAR IN SINTESI

A CHI SARÀ EROGATO L'INCENTIVO?

Sarà erogato a tutti i dipendenti pubblici del comparto sanità con quote differenziate in base alla categoria, al profilo professionale di appartenenza e alla tipologia di turno lavorativo (turni sulle 24 ore o giornata).

A QUANTO AMMONTA L'INCENTIVO?

Le quote saranno differenziate per categoria, per profilo e per tipologia di turno secondo lo schema di seguito riportato:

Quota annua per il biennio 2009/2010

Categoria D/DS 1.023,00 euro

Categoria C 942,00 euro

Categoria B/BS 822,00 euro

Categoria A 761,00 euro

Al personale infermieristico (infermiere, infermiere pediatrico, assistente sanitaria, ostetrica) operante sui turni sulle 24 ore è riconosciuta una ulteriore quota paria 227 euro.

Allo stesso personale infermieristico non operante in turni articolati sulle 24 ore è riconosciuta una ulteriore quota pari a 100 euro.

Al personale che opera in turni articolati sulle 24 ore è riconosciuta una ulteriore quota paria 227 euro, non cumulabile con quella prevista per il personale infermieristico ed ostetrico.



Trasformazione dei Collegi in Ordini Professionali: a che punto siamo?

A cura di Stefano Citterio*

20

Dopo la delusione per la mancata trasformazione dei Collegi in Ordini ai sensi della L. 43/06 è ripreso il dibattito parlamentare sul tema con l'esame in Commissione sanità del Senato delle proposte di legge presentate in materia. Anche il Vice Ministro Fazio si è espresso favorevolmente per la trasformazione dei collegi Infermieri in Ordini nel più breve tempo possibile. La delega originaria contenuta nell'articolo 4 della legge è infatti scaduta nel passaggio dalla attuale alla scorsa legislatura. Nella XV legislatura, è stato approvato, con la legge 17 ottobre 2007, n. 189, un differimento del termine di delega originario, che tuttavia non ha consentito di giungere all'approvazione di un decreto legislativo.

Il ritardo nell'attuazione di questa importante riforma di settore rende necessario intervenire con una proposta di legge parlamentare, volta a recuperare, attraverso un procedimento legislativo autonomo, quanto definito nella legge n. 43 del 2006.

Oggi sono quattro i DDL presentati, due al Senato e due alla Camera:

Al Senato:

- Sen. G. Caforio (IdV) **DDL S 573**, il 15/5/08
- Sen. R. Boldi (LNP) **DDL S 1142**, il 22/10/08

Alla Camera:

- On. L. Turco (PD), **DDL C 1083**, il 20/5/08
- On. Siliquini (PdL), **DDL C 1293**, il 12/06/08

È inoltre sempre opportuno ricordare che alla tematica è legata anche alla direttiva europea On S. Zappalà (PdL) e che lo stesso Onorevole Zappalà ha prodotto uno schema legislativo per il quale propone un percorso di approvazione governativo.

A differenza di quanto dibattuto nelle precedenti legislature, sembra oggi prevalere la consapevolezza che le professioni rappresentano non un muro da abbattere, una corporazione da sconfiggere, non un peso per l'economia, ma una grande risorsa del paese. Basti pensare che il PIL prodotto dalle professioni è quasi pari a quello industriale. È stata, soprattutto, superata l'opposizione dell'Antitrust, che avrebbe voluto, all'epoca, applicare alle professioni le regole del libero mercato, proprie delle imprese: questa scelta sarebbe stata in evidente contrasto con gli interessi dei cittadini, venendo a



manicare le garanzie sull'affidabilità della prestazione richiesta. Proprio per questo motivo occorre intervenire per "modernizzare" gli Ordini e Collegi, senza prevedere la loro abolizione. Diversa è la questione se tutte le famiglie professionali oggi identificate dai profili debbano o meno essere comprese in questo processo. In effetti, molti degli ostacoli e degli interessi corporativi che hanno impe-

ditato l'attuazione della delega della Legge 43/06 non sono venuti meno, non ultima la riflessione circa l'opportunità di coinvolgere tutti i 22 profili sanitari o se considerarne solo alcuni sulla base della effettiva "consistenza disciplinare" riducendo l'evidente "abuso" del concetto di professione sanitaria. In termini generali **viene confermata la natura giuridica** degli ordini che è quella di enti pubblici non economici, a carattere nazionale, dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria e organizzativa, secondo quanto previsto dai rispettivi statuti che devono essere approvati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali che esercitano le funzioni di vigilanza. In questo senso gli ordini devono rappresentare una corretta esemplificazione dei principi di "sussidiarietà" e di "terzietà".



Il primo consiste nel principio secondo il quale lo Stato non deve fare ciò che i cittadini possono fare da soli, portando le decisioni e il potere di realizzarle al livello più vicino ai cittadini. In questo modo l'intervento dello Stato (o pubblico) deve essere effettuato solo quando i singoli e i gruppi che compongono la società non sono in grado di farcela da soli.

Invece per "terzietà" si intende il valore di contrappeso che devono avere gli ordini per equilibrare la relazione di aiuto che si instaura tra professionista e utente che, per sua natura, rischia di essere sbilanciata a favore del professionista. Tutti i DDL in discussione trattano i seguenti punti con livelli di dettaglio differenziati ipotizzando, in taluni casi il rinvio all'emanazione di un regolamento di attuazione che conterrà le relative norme di dettaglio:

- la numerosità degli ordini da istituire, da un minimo di 5 ad un massimo di 8, (es. Il DDL S 573, prevede l'istituzione di 8 ordini professionali mentre il DDL S 1142 ne prevede 5, ciascuno con uno o più albi distinti per profilo professionale);
- l'articolazione territoriale degli ordini, che dovrebbe rimanere provinciale (salvo modifiche in relazione alla numerosità degli iscritti);
- nuove modalità per la gestione dei provvedimenti disciplinari con l'istituzione di una commissione REGIONALE per i provvedimenti disciplinari articolata per albo e distinta, come componenti e funzioni, dai Consigli Direttivi.
- la definizione degli organi dell'Ordine e delle Federazioni Nazionali;
- le modalità di elezione;
- il tema complesso e articolato delle c.d. "attività riservate", ovvero la definizione delle atti-

vità esclusive in capo agli iscritti ad uno specifico albo;

- i rapporti tra gli ordini e la pubblica amministrazione per cercare, ad esempio, di chiarire su quali aspetti disciplinari deve intervenire l'ordine e su quali la pubblica amministrazione;
- il cambiamento che questo provvedimento comporterà nel contesto della commissione nazionale esercenti le professioni sanitarie;
- le norme transitorie per il passaggio dalla situazione attuale a quella successiva.

Tutti chiedono che la modernizzazione debba passare attraverso la liberalizzazione degli accessi, una maggiore flessibilità delle tariffe, una rinnovata funzione nel controllo deontologico.

L'Ordine professionale deve rappresentare lo strumento attraverso il quale si definiscono i curriculum formativi, si effettua la vigilanza e la certificazione delle competenze (accreditamento professionale), la verifica e il rispetto dei principi etici e deontologici.

Difendere l'istituzione ordinistica significa per gli infermieri, garantire la presenza di una istituzione che ancora oggi rappresenta un avamposto della tutela dei cittadini attraverso:

- la vigilanza sull'esercizio professionale
- la promozione e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze sulle quali l'esercizio professionale è basato

È chiaro che si tratta di far crescere non solo gli strumenti normativi (che è opportuno aggiornare) ma anche quelli di natura culturale per rilanciare il ruolo delle professioni, compresa quella infermieristica, di cui la collettività ha bisogno.

BIBLIOGRAFIA

- Norme citate
- Resoconti dibattiti Commissioni parlamentari sui DDL citati
- G. Rocco, Evoluzione e sviluppo in Italia ed in Europa degli Ordini Professionali, relazione ai Seminari di Fuggi, giugno 2009, materiale ad uso interno;
- S. Citterio, Codice deontologico dell'infermiere: quale idea di persona esprime, Agorà n. 36 ottobre 2007, pag. 27-29.





È evidente che...

22

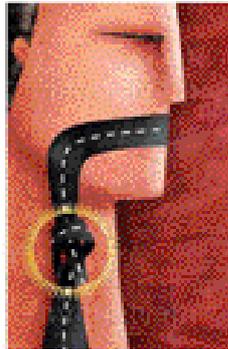
A cura di Stefano Sfondrini *

È EVIDENTE CHE... il problema della disfagia post ictus riguarda un numero elevato di persone, determinando conseguenze gravi e disabilitanti tra cui la disfagia. Per "disfagia" si intende la difficoltà di deglutizione, ovvero una funzione complessa controllata dall'emisfero cerebrale sinistro che coinvolge 20 muscoli e 5 nervi, che determina la temporanea chiusura della faringe impedendo a cibi e liquidi di entrare nei polmoni. È la principale causa di disabilità nelle persone affette da ictus (Schroeder et al., 2006), è presente in tutte le sue forme, colpisce circa il 30-50% dei casi ma resta soprattutto un importante fattore di mortalità (Altman et al., 2007). Le persone disfagiche hanno infatti un rischio più elevato ed immediato di sviluppare malnutrizione, disidratazione, infezioni polmonari, febbre idiopatica, fatigue, broncospasmo, depressione associato ad un incremento di disabilità e mortalità. Entro 6 mesi dall'evento possono inoltre insorgere problemi respiratori, polmoniti ab ingestis che sono soprattutto causati dall'assunzione di liquidi. Questo articolo, attraverso la ricerca bibliografica effettuata tra la letteratura disponibile, ha come scopo l'individuazione di uno strumento valido ed efficace al fine di consentire al professionista infermiere di valutare precocemente la disfagia in una persona adulta colpita da ictus cerebrale in fase acuta. In particolare si è cercato di verificare se tra gli strumenti ritrovati, "Il Toronto Bedside

*La valutazione della disfagia post ictus
Con il Toronto Bedside Swallowing Test*

Swallowing Test" può considerarsi quello più efficace per valutare tale manifestazione. Sebbene questo argomento risulti essere molto trattato in ambi-

to infermieristico, mi è sembrato interessante rivederlo tenendo conto delle informazioni scaturite da studi più recenti condotti in questo campo. L'obiettivo è stato quello di giungere ad una possibile conclusione rilevante per l'assistenza infermieristica, in grado di migliorare e modificare la pratica clinica per fornire un'assistenza infermieristica migliore, competente e personalizzata.



MATERIALI E STRUMENTI

Per individuare lo strumento migliore per rilevare la disfagia è stata effettuata, da Marzo a Giugno 2008, una ricerca bibliografica in diverse fonti quali: banche dati (Medline, Cinahl, Cochrane), siti di interesse infermieristico (www.evidencebasednursing.it, www.infermieri.com, www.strokeassociation.org, www.nursingtimes.net), libri di testo ed alcune riviste di settore on-line (Dysphagia, Stroke, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation).

La strategia di ricerca, nelle banche dati, è stata impostata sia con parole chiave (usando termini quali stroke, deglutition disorder, dysphagia, middle aged); che con parola libera (usando *strok**, *deglutition**, *disorder**, *vascular**, *accident**, *acute**, *dysphagi**, *nurs**, *aploplex**, *swallow**, *esophageal**;). I risultati ottenuti sono stati uniti mediante gli operatori booleani AND (intersecare) ed OR (unire).

¹ Apponendo un asterisco (*) alla radice del termine ricercato si includono nella ricerca tutte le parole che hanno la medesima radice (es. da *nurs** si ottiene: *nurse*, *nurses*, *nursing*, ...)



Gli articoli reperiti sono stati analizzati e valutati attraverso gli abstract; infine ne sono stati selezionati e richiesti 63 *full text* inerenti all'argomento. I criteri di inclusione degli articoli analizzati sono stati: il campione da studiare e le sue caratteristiche (persona adulta, colpita da stroke in fase acuta), i testi redatti in lingua italiana, inglese, francese, tedesca e spagnola (lingue studiate durante la precedente formazione scolastica), l'anno di pubblicazione (dal 1990 ad oggi). I documenti non considerati sono stati quelli che avrebbero richiesto un pagamento per la consultazione, gli articoli scritti in lingue diverse dalle sopracitate e la non pertinenza con l'argomento trattato.

Nella ricerca sono stati posti alcuni limiti come: il genere (solo human) e l'età (aged, middle aged) ed impostati alerts per poter ricevere eventuali aggiornamenti relativi a pubblicazioni di nuovi studi. La valutazione dei contenuti e degli aspetti principali, che potevano essere indice di autorevolezza, sono stati il punto chiave del lavoro; hanno avuto grande importanza: titolo, abstract, autore, grado di expertise, anno di pubblicazione, tipo di studi (soprattutto metanalisi, revisioni sistematiche e studi randomizzati controllati), ampiezza del campione (studi quantitativi e qualitativi), strategia di ricerca, obiettivi raggiunti, parole chiave utilizzate.

DISCUSSIONE

La disfagia è un problema che riguarda un numero elevato di persone e, poiché determina gravi e disabling conseguenze, mi sono chiesto in che modo il professionista infermiere possa contribuire allo screening precoce ottimizzando la gestione e prevenendo quindi le complicanze. Westergren (2006) in una recente revisione sistematica ha affermato che la valutazione della disfagia deve essere di competenza infermieristica, da ciò l'esigenza di un'adeguata formazione all'uso di specifici strumenti di valutazione (Lees et al., 2006) validati da studi effettuati con rigore. Fondamentale è che, entro 24 ore dall'evento, venga effettuato uno screening per la disfagia prima di iniziare qualsiasi somministrazione di cibi, bevande o terapie orali anche nelle persone vigili e collaboranti: ciò permette di identificare possibili problemi di deglutizione, di ridurre i costi dell'assistenza (Bates e Stineman, 2000) ma soprattutto di migliorare la qualità di vita della persona. Lo screening deve permettere di individuare tra le persone a rischio quelle che possono iniziare, in tempi brevi, un'alimenta-

zione appropriata e sicura (SPREAD, 2003). È possibile, ad esempio, offrire alimenti saporiti (formaggi e/o pesce) che stimolano, mediante l'attivazione delle ghiandole salivari, il riflesso deglutitorio; oppure cibi cremosi, curandosi di servirli in modo invitante e non sottoforma di brodaglia poiché alcuni studi hanno dimostrato che, dal punto di vista psicologico, le persone tendono a non consumare piatti che assomigliano più a pappe per neonati che a piatti ben presentati (Negus, 1994), disponendo nel piatto i vari alimenti frullati separandoli l'uno dagli altri. È inoltre importante evitare che le persone mangino isolate dagli altri, in quanto aumenta il rifiuto ad alimentarsi (Callen e Wells, 2003), ma invitarle a consumare il pasto in compagnia, favorendo l'appetito, la relazione interpersonale e riducendo così possibili insorgenze di stati depressivi (Thomas e Morley, 2004).

Nella pratica clinica è indispensabile che tutti i professionisti infermieri sappiano riconoscere i fattori di rischio, i segni e sintomi della disfagia (The Joanna Briggs Institute, 2000) quali tosse, soffocamento, problemi di masticazione, tempo impiegato per mangiare e bere, perdita di cibo dalla bocca, garantendo quindi una più sicura alimentazione ed idratazione che deve essere somministrata nei 3 giorni successivi l'evento per via endovenosa in quanto principale causa di aspirazione (Trapl et al., 2007). Solo dopo aver effettuato un'accurata raccolta dati si può richiedere, se ritenuto necessario, un'ulteriore valutazione da parte di altri professionisti più competenti quali logopedisti, neurologi o richiedere una valutazione strumentale più approfondita mediante l'uso del video fluoroscopio considerato per diversi anni il gold standard tra gli strumenti diagnostici invasivi, anche se non accettato universalmente in quanto non può essere usato per quelle persone che non possono essere mobilizzate e trasportate in un reparto di radiologia od incapaci di assumere autonomamente la posizione eretta.

Attualmente in letteratura esistono diversi test di screening tra cui citiamo:

- Esame Clinico con rilevazione di almeno 2 dei 6 caratteri connessi ai problemi deglutori quali: disfonia, disartria, riflesso faringeo anormale, tosse volitiva, cambio di voce e tosse dopo la deglutizione (Daniel et al., 2006);
- *Videofluoroscopic Dysphagia Scale* (VDS) che identifica, in modo oggettivo, l'eventuale disfagia permanente post evento valutando la chiu-



sura delle labbra, la masticazione, il tempo di transito del bolo e la deglutizione (Han et al., 2008);

- *Swallowing Provocation Test* (SPT): ove si cronometra il tempo di latenza, che deve essere inferiore a 3 secondi, tra la somministrazione in bolo di 2 ml di acqua distillata, introdotta mediante un catetere sottile (4 Ch.) e l'inizio della deglutizione (Teramoto et al., 2000).

Nel 2000 il gruppo di lavoro della dottoressa Rosemary Martino ha rilevato in diverse revisioni sistematiche una carenza di prove di efficacia per l'utilizzo dei test sopra riportati e pertanto nessun singolo approccio ha una buona sensibilità e specificità nell'identificare la presenza di disfagia poiché non in grado di diagnosticare la presenza di aspirazioni silenziose (Singh 2006). Per tale motivo ha ritenuto indispensabile creare un nuovo strumento valido ed efficace basato sulle migliori prove di efficacia: il *Toronto Bedside Swallowing Test* (TOR-BSST). Dopo un periodo di prova durato 4 anni e testato su più di 300 persone ricoverate in luoghi assistenziali per degenti acuti, cronici e di riabilitazione (Martino et al., 2007) è stato presentato all'International Stroke Meeting di San Francisco ed è considerato attualmente il gold standard.

Tale strumento può essere utilizzato, previa formazione, da qualsiasi professionista sanitario: risulta facile da applicare ed offre la miglior potenzialità di valutazione poiché in grado di indagare in modo preciso ed accurato la presenza di disfagia con una sensibilità superiore al 93% ed una specificità superiore al 91% (Martino et al., 2008). Il TOR-BSST è suddiviso in 2 parti: la prima spiega l'importanza della valutazione ed indica quali strumenti sono utili per determinare la presenza di disfagia (esame fisico e capacità deglutitoria); contiene inoltre le istruzioni pratiche su come utilizzarlo al meglio indicando, ad esempio, come durata massima 10 minuti, per evitare di creare nella persona uno stato di agitazione rendendo inaffidabili i risultati ottenuti. La seconda parte tratta dei 5 principali test clinici che lo compongono, ovvero:

- 1 – test dell'acqua con 50 ml;
- 2 – test della sensibilità faringea;
- 3 – test dei movimenti linguali indeboliti;
- 4 – disfonia;
- 5 – debolezza muscolare generale.

Il primo test prevede la somministrazione di 50ml di acqua e l'osservazione della comparsa di even-

tuali sintomi di soffocamento, di tosse o di cambiamento della qualità della voce; è ritenuto un potenziale predittore di aspirazione con una sensibilità dell'80% ed una specificità dell'86% (Martino et al., 2000).

Il test della sensibilità faringea è considerato un buon indicatore di disfagia avendo una sensibilità del 100% ed una specificità del 60% (Martino et al., 2000); si effettua stimolando alternativamente i lati in fondo della bocca alla base della lingua: la sensibilità la si ritiene normale se ci sono movimenti sia del palato molle che delle pareti orofaringee con o senza riflesso di vomito.

La valutazione dei movimenti della lingua ha una sensibilità del 64% ed una specificità del 71%; questo test viene eseguito tenendo, con l'aiuto di un bastoncino, la lingua fuori e chiedendo alla persona assistita di muovere da un lato all'altro la lingua controllando eventuali difficoltà a compiere tale gesto. La disfonia e la qualità della voce, già presenti in letteratura, costituiscono un importante fattore di rischio per l'aspirazione con una sensibilità del 70% ed una specificità dell'84%.

La debolezza muscolare generale viene valutata controllando, mediante l'esame neurologico, il grado di emiparesi (deficit parziale di forza) e/o emiplegia (deficit totale di forza).

Le persone che superano il *Toronto Bedside Swallowing Test* possono iniziare con totale sicurezza una dieta orale in quanto si è dimostrato che non svilupperanno disfagia (Martino et al., 2006) mentre coloro i quali non lo superano dovrebbero effettuare un'ulteriore valutazione da parte di uno specialista in logopedia, incrementare la quantità di liquidi infusi per via endovenosa, ma soprattutto ricevere una maggiore assistenza infermieristica in quanto, oltre ad essere più esposti a sviluppare problemi correlati alla disfagia (es. polmoniti ab-ingestis, inalazioni, ecc.), saranno anche meno autonomi nel soddisfare il loro bisogno di assistenza infermieristica (BAI) di alimentazione e idratazione.

CONCLUSIONI

Tra gli strumenti ritenuti validi ed affidabili ho individuato, dalla documentazione reperita, che il *Toronto Bedside Swallowing Test* è un utile strumento per l'infermiere. Se opportunamente formato, infatti, l'infermiere può utilizzare questo strumento di valutazione in quanto egli è il professionista più idoneo per svolgere la valutazione della disfagia della persona colpita da ictus in fase



acuta, sia per le sue competenze, sia per lo stretto rapporto che mantiene con la persona assistita.

Occorre ricordare che in passato l'uso di questi strumenti era di sola pertinenza medica: ciò fa riflettere sull'arricchimento che ha ottenuto la professione al fine di intervenire precocemente per prevenire le problematiche nutrizionali ed infettive correlate al problema della persona colpita da ictus (Lin et al., 2003). L'identificazione precoce della disfagia risulta infatti determinante durante la fase di raccolta dei dati ed identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica perché permette di pianificare l'assistenza infermieristica rispondendo in

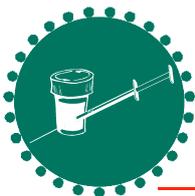
primis al B.A.I di alimentazione ed idratazione, ma producendo benefici anche sulla funzione respiratoria (per l'elevato rischio di infezioni correlate che possono essere prevenute) e sulla possibilità della somministrazione sicura della terapia orale. L'agire professionale richiama a precise responsabilità contenute nel Codice Deontologico "l'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessioni 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 [...]".

BIBLIOGRAFIA

- Altman K.W., Schaefer S.D., Yu G.P., Hertegard S., Lundy D.S., Blumin J.H., Maronian N.C., Bates B.E., Stineman M.G. (2000) Outcome indicators for stroke: application of an algorithm treatment across the continuum of postacute rehabilitation services. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81: 1468-1478.
- Callen B.L., Wells T.J. (2003) Views of community-dwelling, old people on barriers and aids to nutritional health. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3): 257-262.
- Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. 2^a ed. Milano: Masson.
- Comitato Centrale Federazione Collegi IPASVI (1999). Il Codice Deontologico degli Infermieri. [online] Disponibile da: www.ipasvi-bergamo.it [consultato il 17 Aprile 2008].
- Daniels S., Schroeder M., McCain M., Corey D., Rosenbek J., Foundas A. (2006) Dysphagia in stroke: development of a standard method to examine swallowing recovery. *Journal of rehabilitation research & development*, 43: 347-356.
- Han T.R., Paik N.J., Park J.W., Kwon B.S. (2008) The prediction of persistent dysphagia beyond six months after stroke. *Dysphagia*, 23(1): 59-64.
- Lees L., Sharpe L., Edwards A. (2006) Nurse-led dysphagia screening in acute stroke patients. *Nursing Standard*, 21(6): 35-42.
- Lin L., Wang T., Chen H., Wu S. (2003) Efficacy of swallowing training for residents following stroke. *Journal of Advance Nursing*, 44(5):469-478
- Martino R., Knutson P., Mascitelli A., Powell-Vinden B. (2006). Management of Dysphagia in Acute Stroke: An Educational Manual for the Dysphagia Screening Professional. Heart and Stroke Foundation of Ontario.
- Martino R., Nicholson G., Bayley M., Teasell R., Silver F., Diamant N.E. (2007) Psychometric Properties of the Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST©) for Stroke Patients. *Stroke*, 38(2): 473.
- Martino R., Silver F., Nicholson G., Diamant N.E. (2008) Validation of the Toronto Bedside Swallowing Screening Test for patients with stroke. *Dysphagia*: 210.
- National Stroke Association (2001). Clinical management of swallowing disorder following stroke. *Stroke, Clinical Update* 11(1): 1-8.
- Schroeder M., Daniels S., McCain M., Corey D., Foundas A. (2006) Clinical and cognitive predictors of swallowing recovery in stroke. *Journal of rehabilitation research & development*, 43: 301-310.
- Singh S., Hamdy S. (2006) Dysphagia in stroke patients. *Postgraduate Medical Journal*, 82(968): 383-391.
- Smeltzer S., Bare B. (2006) Brunner Suddarth Nursing Medico-Chirurgico. 3^a ed. Milano: CEA.
- Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion (SPREAD) (2003) Ictus Cerebrale: linee guida italiane di prevenzione. Disponibile da: <http://www.spread.it> [consultato il 18 Marzo 2008].
- Teramoto S., Matsuse T., Fukuchi Y. (2000) Swallowing provocation test in stroke patients. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 81:1517-1519.
- The Joanna Briggs Institute (2000) Identification and nursing management of dysphagia in adults with neurological impairment. *Best Practice* 4(2). Traduzione a cura di L. Modena, Bologna: Centro studi EBN.
- Thomas D.R., Morley J.E. (2004) Regulation of appetite in older adults. Disponibile da: www.cyberounds.com/conferences/geriatrics/conferences/07/02/conference.html [consultato il 13 Maggio 2008].
- Trapl M., Enderle P., Nowotny M., Teuschl Y., Matz K., Dachenhausen A., Brainin M. (2007) Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients. *Stroke*, 38: 2948-2952.
- Westergren A. (2006) Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. *International nursing review*, 53(2): 143-149.

* Infermiere U.O. Chirurgia 2B – Ospedale Valduce, Como – Estratto dall'elaborato finale per il conseguimento del Diploma di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria. A.A. 2007/2008





Infermieristica e Cure complementari

L'arte del massaggio (prima parte)

26

*A cura di Isabella Quentina**

L'arte del massaggio rappresenta una delle più antiche metodologie utilizzate a fini terapeutici.

Le tecniche di massaggio (praticate per la cura dei dolori reumatici, contusioni, spasmi muscolari, etc.) furono descritte per la prima volta dai cinesi e dagli indù nel 5000 a.C. Lo stesso Ippocrate, padre della medicina occidentale, all'inizio de

V sec. a.C. ne descrisse le numerose proprietà terapeutiche all'interno dei suoi scritti.

Egli affermava: "il medico deve avere molteplici esperienze, ma deve conoscere sicuramente l'arte del massaggio".

Omero (VIII sec. a.C.) nell'Odissea definisce il massaggio come metodica valida per il recupero della salute dei guerrieri: **lenisce il dolore di un'articolazione infiammata, infondendo una sensazione di tonicità e di benessere.** Giulio Cesare, che soffriva di epilessia, riusciva a tenere sotto controllo emicranie e nevralgie proprio attraverso il massaggio. Gli egiziani lo consideravano un'arte sacra: le tecniche manuali erano accompagnate dall'uso di erbe medicinali e di balsami per il corpo. È con l'avvento del cristianesimo che il massaggio, in quanto forma di palpazione e contatto tra i corpi, fu considerato a lungo come peccaminoso, per ricominciare ad essere stimato ad apprezzato dagli occidentali sono alla fine del XVIII secolo.

Rilassante o curativo, sportivo o drenante, oggi esistono infinite tecniche e specializzazioni: l'arte del massaggio è in ogni caso un percorso molto delicato e complesso che richiede uno studio approfondito e, pertanto, deve

essere eseguito esclusivamente da personale altamente specializzato. **Il massaggio, se praticato correttamente, è in grado di influenzare tutto il nostro corpo umano:**

sistema nervoso, circolazione del sangue, muscolatura, sistema scheletrico, sistema ormonale, sistema respiratorio e sistema digestivo. Le manualità fondamentali del massaggio, differenti a seconda delle singole tecniche e delle finalità specifiche, sono le seguenti:

- pressione pura: manualità di base, origine di qualsiasi tecnica di massaggio;
- sfregamento: manualità che può venire eseguita con una seconda 3 differenti livelli di intensità di

pressione, al fine di drenare il piano cutaneo, quello sottocutaneo e quello muscolare;

- impastamento: manualità di scollamento ad effetto elasticizzante;
- percussione o battitura: manualità stimolante e vasodilatatoria;
- vibrazione: manualità differenziata in base al livello di intensità, con relativo effetto sedativo o stimolante.
- Aurico o eterico, ovvero che lavora prevalentemente sull'energia

È importante ricordare che il massaggio, in ogni caso, è in grado di riattivare l'energia fisica e mentale.

Inoltre il massaggio, agevola a la circolazione sanguigna favorendo il ritorno del sangue venoso dalla periferia verso il cuore. **Variando l'intensità pressoria, è possibile direzionare l'effetto sulle vene superficiali o su quelle profonde, migliorando il generale funzionamento dell'organismo e l'elasticità della pelle, ed agevolando il**



ricambio cellulare, eliminando le tossine. Il massaggio stimola la circolazione linfatica: riassorbe gli edemi, scioglie i depositi organici post-traumatici ed aiuta ad eliminare l'acido lattico. L'azione sui muscoli, inoltre, può essere tonificante o decontratturante, a seconda delle specifiche esigenze.

L'efficienza delle articolazioni e del liquido sinoviale risulta maggiore, mentre sulle terminazioni nervose periferiche è possibile ottenere un effetto antalgico. Se il massaggio è praticato a livello addominale, aiuta lo svuotamento dell'intestino, favorendone la funzione peristaltica ed attivando i reni ad eliminare l'acqua e le sostanze tossiche.

Diverse sono le tipologie di massaggio che possono diventare bagaglio del professionista infermiere, alcune di queste verranno presentate nel prossimo **momento formativo del 19 Novembre p.v.**; alcune di queste sono:

- Il tocco terapeutico: gli stimoli tattili vengono inoltrati direttamente come impulsi elettrici nel sistema limbico, vale a dire nella parte del nostro cervello che elabora i sentimenti. Ne sono collegate distribuzioni ormonali che portano a rilassamento e ad una sensazione di benessere. Il tocco terapeutico, introdotto da molti anni negli istituti per l'assistenza agli anziani, rappresenta un metodo di cura dell'energia. È un sistema standardizzato elabo-

rato 40 anni fa dalla professoressa Doris Krieger negli Stati Uniti. Da allora è stato utilizzato con successo in molti paesi per la cura di malati e anziani. Dopo un progetto pilota della



durata di un anno nell'istituto per anziani "Parkheim Berg" di Stoccarda, in cui il tocco terapeutico è stato utilizzato in tutti i settori residenziali, il metodo è oggi utilizzato

soprattutto per la cura ed il trattamento dei residenti affetti da demenza.

Oltre all'armonizzazione del campo energetico umano, al rilassamento di blocchi muscolari e di energia e allo stimolo del flusso di energia nel corpo, il metodo pone l'attenzione sulla qualità del contatto. Il tocco terapeutico è una pratica di guarigione basata sull'uso consapevole delle mani per dirigere e modulare, una serie di energie umane non fisiche che attivano l'organismo. Peggy Dawson, neozelandese, insegnante di massaggio infantile e con specializzazione professionale nella cura ed assistenza ai malati terminali ha successivamente ampliato le tecniche del "tocco" e ha portato in Italia il "Nurturing touch (tocco che nutre). Esso rappresenta un "ponte" che consente al paziente di non restare solo con le sue paure e ne riduce la confusione e l'isolamento.

Il tocco terapeutico è fondato sugli insegnamenti di Marta Rogers, che considera l'organismo umano come modello energetico complesso in cui l'interazione fra infermiere e paziente è uno scambio energetico.



(continua nel prossimo numero)





Ri... visti

“Quali sono i fini, quali i destinatari della vostra attività professionale...?”

Questa è la domanda che introduce le “riflessioni del prof. Gaetano Del Vecchio: medico provinciale di Roma, invitato ad un corso di aggiornamento della Federazione Nazionale tratto dal Notizionario del marzo 1966

Dal “Notiziario” marzo 1966

*A cura di Inf. Antonella Pezzelli**

Corso di aggiornamento per I.P.-A.S.V.-V.I. organizzato dal Collegio Interprovinciale di Roma e Latina Prolusione del Prof. Gaetano DEL VECCHIO, Medico provinciale di Roma.

Ringrazio in modo particolare la Presidente del Collegio per avermi offerto la possibilità di questo simpatico incontro.

Mi è stata affidata la prolusione del vostro corso di aggiornamento, durante il quale si alterneranno così illustri docenti, ma più che di prolusione parlerei di riflessioni: riflessioni di un vecchio medico provinciale sulla vostra attività professionale, sui compiti che vi sono affidati, riflessioni che possono essere oggetto di meditazione per me e per voi.

Quali sono i fini, quali i destini della vostra attività professionale, come li vede un vecchio operatore di Sanità pubblica come sono io, che la Sanità pubblica mi onoro di servire da oltre 33 anni? Ecco dunque le riflessioni che mi sono poste.

La Sanità pubblica è la scienza e l'arte di prevenire le malattie, prolungare la vita, migliorare la sanità e la vitalità mentale e fisica degli individui. A un certo punto di questa definizione, noi troviamo scritto che i servizi medici e infermieristici devono essere orientati per la diagnosi precoce e per il trattamento preventivo delle malattie; quin-

di gli esperti dell'OMS vi hanno tenuto presenti, mie care colleghe in sanità, e vi hanno tenuto presenti come strumenti elevati di lavoro della Sanità pubblica, come operatori di primo piano, subito accanto ai medici, ai fini di diagnosi precoce e di trattamento preventivo delle malattie.

Se dunque noi vogliamo inquadrare la posizione delle Infermiere Professionali, delle Assistenti Sanitarie Visitatrici e delle Vigilatrici d'infanzia sotto questa

grande luce della Sanità pubblica, intesa, in tutto il mondo, come scienza ed arte per prevenire le malattie, prolungare la vita e migliorare la sanità mentale e fisica, dovete riflettere a queste parole. Voi dovete essere operatori accanto ai Medici ai fini della diagnosi precoce, e del trattamento preventivo.

Attraverso questa semplice riflessione avrete, quindi, già ricavato una configurazione tecnica e



Edward Munch (1863-1944)
“Autoritratto con l'influenza”



spirituale di quello che è il vostro lavoro e questo non soltanto secondo il mio pensiero, ma anche e sopra tutto secondo gli intendimenti degli esperti dell'OMS e delle aspirazioni dei tecnici di tutto il mondo, che operano sotto tutti i climi per il bene della salute pubblica.

Ma voi mi direte: queste sono affermazioni di carattere generale, noi vorremmo sapere, un po' più concretamente da lei, **questi esperti di Sanità pubblica in quali momenti di lavoro della sanità, in quali settori loro vogliono che noi operiamo accanto ai medici per la diagnosi precoce e per il trattamento preventivo delle malattie?**

la protezione individuale e sociale della sanità, secondo gli esperti dell'OMS, può e deve riguardare, come già detto, anzitutto le persone sane, in secondo luogo i minorati fisici e in terzo luogo le persone malate. E per l'esperto dell'OMS la protezione individuale e sociale della salute già soltanto per i sani abbraccia tutto l'arco della vita; cioè comincia dall'igiene prenatale ed arriva alla vecchiaia.

In questo le Infermiere Professionali, le Assistenti Sanitarie Visitatrici e le Vigilatrici d'Infanzia possono configurare la loro posizione sia per quanto riguarda la diagnosi precoce sia per quanto riguarda il trattamento preventivo.

L'OMS si preoccupa di intervenire sulle **madri** già prima del nascere di una nuova vita.

Si preoccupa dei **fanciulli** nella età prescolare e scolare, quindi degli **adulti** e dei **vecchi**. E voi sapete quanto oggi i problemi geriatrici o meglio gerontologici siano di grande attualità, in relazione all'invecchiamento della popolazione di tutto il mondo per il prolungamento della vita media.

Per quanto riguarda le persone sane, gli esperti dell'OMS parlano di esami periodici per controllare lo stato di sanità.

Voi vedete dunque che anche limitando la vostra posizione solo rispetto a questo piccolo paradigma, ha già configurato la massa enorme di lavoro e di responsabilità, di collaborazione preziosa che voi potete dare ai medici ed all'intera popolazione.



Louis Boilly "Le Sangisughe"

Per i **minorati**, elencati dagli esperti dell'OMS, vediamo che le LP, le A.S.V. e le V.L. possono inserire la loro attività ai fini di quella diagnosi precoce da cui discende il trattamento altrettanto precoce. Per le persone minorate gli esperti dell'OMS li hanno distinti in tre gruppi: i fanciulli, gli adulti, i vecchi.

Ovviamente vi sono problemi di ordine psicologico e fisico-biologici che si pongono diversamente se il minorato è un bambino, un adulto oppure un vecchio. Sempre per quanto riguarda la protezione individuale e sociale della sanità, vi è poi il problema dei malati che si aggiunge a quello delle persone sane e dei minorati fisici.

In proposito gli esperti dell'OMS dicono: il comportamento della Sanità pubblica e quindi degli operatori della Sanità pubblica tra cui le Infermiere Professionali, le Assistenti Sanitarie Visitatrici e le Vigilatrici d'Infanzia, è diverso se si tratta di malattia di lunga e di breve durata.

In questo ultimo gruppo in quello dei malati, vi sono **gli infettivi**, verso i quali l'opera dell'Assistente Sanitaria Visitatrice, della Vigilatrice d'Infanzia e della Infermiera Professionale sono



configurate in un tecnicismo tutto particolare ai fini non solo dell'assistenza ma particolarmente per la protezione della collettività sana.

Sempre nel campo dei malati gli esperti dell'OMS inseriscono anche un paradigma speciale: quello delle **malattie mentali** e voi considerate l'opera santa che dovrete e potreste svolgere. D'altra parte fra di voi vi sono di quelle che fanno dei corsi di perfezionamento in psichiatria.

Orbene una Infermiera Professionale o una Assistente Sanitaria Visitatrice possono essere di prezioso ausilio anche in questo campo.

L'igiene mentale è oggi un problema di estrema importanza, noi lo vediamo, care colleghe in sanità, in tutte le età e lo rivediamo nella insoddisfazione generale che ci circonda, nelle tentazioni che per i nostri figli oggi sono molte più assillanti di quelle che erano per noi. Infatti noi eravamo protetti dal maggior rigore dei genitori e sopra tutto dal chiuso della casa, dove non entrava la radio, né tanto meno la televisione, dove invece oggi, nonostante ogni più accurata vigilanza di ordine morale, di ordine sociale, i figli nostri sono soggetti a tentazioni, a stress di vario ordine da cui noi eravamo protetti.

Nel campo dei malati, abbiamo dunque parlato di malattie di lunga e di breve durata, indi di malattie infettive e di malattie mentali, ma oltre che in detti settori potete essere elementi preziosi anche in altri, quali quelli delle **malattie professionali e della riabilitazione**.

Oggi l'Ospedale non è più soltanto un luogo di cura, oggi l'ospedale è un Luogo dove si cura anche, ma ha tanti nuovi compiti; tra questi vi è

quello di restituire il cittadino anche riabilitato, sia fisicamente, sia psichicamente, perché la malattia anche è uno stress per la psiche.

ora, drca i problemi dell'arbitazione, essi riguardano aspetti fisici, quali ad es. la riabilitazione kinesiterapica dei motulesi e dei postumi poliomieltici in particolare. Ma il problema della riabilitazione voi dovete inten-

derlo non solamente in senso fisico ma anche in senso psichico perché il soggetto per il semplice fatto di sapere di essere ammalato ha un deficit anche psichico.

Il ciclo della riabilitazione dunque in relazione all'attività che voi già da Infermiere Professionali svolgete al vostro nobilissimo posto di lavoro non è solamente quello del muscolo, che deve riprendere la sua funzione, ma anche quello della psiche che deve ritornare come prima, cioè guarita in quanto depurata, purificata dai danni dell'influsso negativo della malattia.

Quanto sinora esposto mostra che lavoro per voi mi pare che ce ne sarebbe già tanto, congiuntamente a tanta nobiltà di funzioni. Vi sarebbe solamente da chiedere come faremo noi tutti, sia noi medici, sia voi che dovete accompagnar-

ci nella nostra dura fatica quotidiana o di medici ospedalieri o di medici specialisti o di medici di Sanità pubblica. Ecco la necessità di questi incontri nei quali maestri e illustri colleghi possono portare a voi il frutto della loro esperienza e voi potete portare a loro lo stimolo delle vostre esigenze di carattere culturale, professionale e spirituale. Allora giunti a questo punto io credo che la prima parte del mio dire possa riassumersi in poche ma meditate parole: le Infermiere Professionali, le

- **1966 Calendario gregoriano**
2719 Ab Urbe condita
1966
- **13 gennaio:** Dopo mesi di manifestazioni e sommosse dei neri per ottenere diritti civili e politici Robert Weaver diventa il primo ministro di colore nella storia degli Stati Uniti.
- **4 marzo:** Londra: in un'intervista all'Evening Standard, John Lennon rilascia la famosa dichiarazione: "Siamo più popolari di Gesù Cristo"
- **8 marzo:** il Papa Polo VI pubblica il nuovo statuto del Sant'Uffizio, che decreta ufficialmente l'abolizione dell'Indice dei libri proibiti.
- **4 maggio:** La Fiat stipula con il governo sovietico un contratto per la realizzazione di una vettura in Russia.
- **19 luglio:** Agrigento: una rovinosa frana cambia il volto della città.
- **29 agosto:** San Francisco: ultima esibizione in pubblico dei Beatles al Candlestick Park.
- **8 settembre:** Viene trasmesso negli Stati Uniti il primo episodio di Star Trek.



Assistenti Sanitarie Visitatrici, le Vigilatrici d'Infanzia, ognuno per la sua parte, vanno considerate nella luce di quella che nei confronti della Sanità pubblica è la programmazione di lavoro dell'aMS. Esse occupano un posto di primissimo ordine in molti settori. Ne ho preso uno che mi sembra il più importante, che è quello della protezione individuale e sociale della sanità. In questo settore le LP, le A.S.Y., le V.L. ognuna per la propria parte, possono svolgere compiti estremamente delicati, sia di carattere generale che di carattere particolare, e questi compiti possono perfettamente adeguarsi a quelle che sono le direttive dell'OMS cioè le diagnosi precoci e il trattamento preventivo delle malattie. Questo è un binario, è una via maestra su cui si può passare tutta una vita perché queste attività sono estremamente legate al progresso scientifico ed all'evoluzione in senso di miglioramento delle attività sociali della collettività umana. Indubbiamente vi saranno sempre nuovi motivi per voi e per noi per poter migliorare e perfezionare il bagaglio culturale e professionale. Adesso da questa situazione di carattere generale, internazionale, universale, scendiamo un poco, se voi mi consentite, a guardare insieme qual'è la situazione nazionale. La situazione nazionale io ve la riassumo con parole che una direttrice di una Scuola per Infermiere Professionali, che ho avuto il piacere di visitare pochi giorni fa, una delle migliori di Roma, di antichissima tradizione, mi diceva sottolineando una cosa di estrema importanza: «guardi medico provinciale, voi vi state preoccupando, voi organi governativi, di programmazione dei nuovi Ospedali; ebbene ci si arriverà, si migliorerà indubbiamente l'attrezzatura ospedaliera; ma c'è bisogno di personale. Noi abbiamo bisogno non solo di nuovi posti letto, di nuove attrezzature, ma abbiamo bisogno anche di personale, ne abbiamo bisogno quantitativamente, ne abbiamo bisogno qualitativamente».

INFERMIERI PROFESSIONALI E INFERMIERI GENERICI

Noi abbiamo bisogno di personale, cioè abbiamo bisogno di Scuole per LP, e ne abbiamo bisogno sempre di più. Ora quanto vado a dirvi non suoni critica a chicchessia.

Intendo riferirmi alla creazione di scuole per infermieri generici, la quale se ha rappresentato un progresso in un determinato senso, ha però fatto sorgere molti dubbi e molte perplessità in altri sensi. Questa è la realtà, la quale non esclude che dobbiamo riconoscere anche il buono che viene da questi provvedimenti.

Indubbiamente vi è necessità di affiancare l'Infermiere Professionale che per me è l'infermiere veramente qualificata professionalmente con personale ausiliario anche esso qualificato, quali invero non si potevano considerare quelli che fino ad ora erano solamente dei portanti. Di qui la necessità di dare a loro almeno un minimo di preparazione tecnico-culturale e di guidarli, nonché di retribuirli anche meglio.

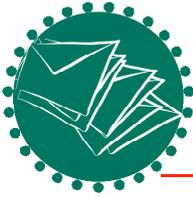
Non bisogna però dimenticare che - la situazione italiana si presenta carente perché le scuole per Infermiere Professionali non danno ogni anno quel gettito di diplomate che è richiesto dalle esigenze dell'assistenza. Che se poi dovessimo - come vorremmo - considerare l'Ospedale come «centro di salute» e non soltanto luogo di cura allora la situazione si presenterebbe ancora più carente.

Così si concludono queste mie riflessioni sulla funzione sempre più nobile e complessa delle Assistenti Sanitarie Visitatrici, Infermiere Professionali e Vigilatrici d'Infanzia in una moderna Sanità pubblica.

Spero che esse incontrino il vostro gradimento almeno per lo spirito che le ha animate, il quale è di alta considerazione per quanto avete donato e ancora più potete offrire per una migliore protezione individuale e sociale della salute.

*U.O. Neurochirurgia Azienda Ospedaliera S.Anna





Posta e risposta

32

a cura di Stefano Citterio

D.: Spett.le IPASVI, sono una vostra iscritta dal 1991 e lavoro da anni come infermiera presso l'Ospedale di Varese, con contratto a tempo pieno.

A luglio rientrerò dalla terza maternità con contratto part-time verticale di 18 ore su 3 giorni lavorativi e dato che sono già stata contattata dalla responsabile del reparto, che mi ha chiesto un turno aggiuntivo a settembre, vorrei avere alcune informazioni sui diritti/doveri derivanti dal contratto part-time in oggetto:

- 1) Mi è consentito rifiutare la prestazione straordinaria?
- 2) Nel caso rifiutassi, posso esservi obbligata tramite ordine di servizio?
- 3) C'è un limite mensile/annuale di turni aggiuntivi che mi può essere richiesto?
- 4) Nel caso acconsentissi allo straordinario, è mia facoltà decidere di recuperarlo (il pagamento in questo momento non mi interessa)?
- 5) C'è un tempo massimo entro il quale mi deve essere dato il recupero della giornata in più?
- 6) La responsabile, nel caso non riuscisse a rendermi il riposo, può arbitrariamente decidere di mandare le ore in pagamento contravvenendo alla mia scelta?

Mi scuso per le molte domande, ma in tanti anni di lavoro ho visto colleghe a part-time trovarsi nelle suddette situazioni e non sapere come gestirle, ragion per cui vorrei essere bene informata sulla mia nuova situazione.

Ringraziandovi per l'attenzione porgo cordiali saluti.

R.: Gent.ma Collega,

le questioni che pone alla nostra attenzione richiedono più che un consulenza del Collegio una consulenza sindacale certamente più adatta a quesiti di questo tipo. Segnalo alcune coordinate contrattuali a cui può riferirsi per avere le risposte che cerca.

Il CCNL integrativo sanità 20/9/2001 all'art. 35, integrato da quanto disposto dall'art. 22 del CCNL 19 aprile 2004, specifica al comma 4: "Il personale con rapporto di lavoro a tempo parziale i tipo verticale può effettuare prestazioni di lavoro straordinario nelle sole giornate di effettiva attività lavorativa entro il limite massimo individuale annuo di 20 ore."

Rispetto al recupero delle ore il comma 6, dell'art. 34 CCNL sanità 1998/2001, integrato dall'art. 40 comma 7 CCNL integrativo 2001, prevede che il dipendente possa compensare lo straordinario con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze del servizio, nel trimestre successivo. Il citato articolo 40 prevede, inoltre, che la scelta dell'utilizzo delle ore come retribuzione o come permessi compensativi avvenga entro il 15 novembre dell'anno stesso in modo che possano essere utilizzate entro l'anno successivo.

Tali situazioni vengono integrate da norme interne alle singole aziende (ad esempio nel contratto integrativo aziendale – che consiglio di consultare) cui è opportuno riferirsi per avere risposte adeguate alla organizzazione in cui lei presta servizio. Altro riferimento importante è il suo contratto individuale di lavoro riferito al Part-time dove deve verificare quali specifiche sono indicate rispetto all'orario di lavoro al di là della articolazione e della percentuale.



Rispetto agli ordini di servizio: c'è la possibilità di contestarli per iscritto ma, se reiterati, devono essere eseguiti tranne se prevedono l'esecuzione di illeciti perseguibili. E non mi pare sia il caso, visto che ciò che le viene richiesto è programmato con largo anticipo (a giugno per settembre) e rientra nelle 20 ore annuali.

Accanto a queste norme volevo anche segnalare alcuni articoli del Codice deontologico che responsabilizzano l'infermiere sulle scelte allocative e rispetto ad eventuali carenze e i disservizi. In particolare gli articoli 10, 47, 48 e 49.

Mi permetta un considerazione rispetto al fatto che, in generale, un approccio molto formale di rigoroso rispetto di tutti i diritti e doveri dei soggetti in causa non è spesso un presupposto utile alla risoluzione di quei problemi che pongono in conflitto le esigenze organizzative e quelle personali. Ciò che vince in queste situazioni è il clima di collaborazione e di reciproco riconoscimento delle problematiche che invece consente la soluzione della maggioranza delle controversie rispettando comunque le regole definite.

Positivo è anche lo spirito che lei ha dichiarato, di voler conoscere le norme di riferimento per meglio

gestire la sua nuova posizione. A disposizione per ulteriori approfondimenti cordiali saluti e buon lavoro.

D.: Egr. Presidente, volevo sapere se per la somministrazione di antibiotici a domicilio occorre la prescrizione medica oppure se posso fidarmi della parola della persona visto che la ricetta rossa è stata utilizzata per l'acquisto in farmacia.

R.: Gentile Collega, secondo il profilo (DM 739/94) l'infermiere garantisce le prescrizioni diagnostiche terapeutiche, la cui responsabilità è del medico. Il profilo non fa distinzione rispetto all'ambito di esercizio (domicilio e/o ospedale) quindi la prescrizione (completa - nel rispetto delle 6 G) è certamente necessaria anche per le somministrazioni a domicilio. Il pz. dovrebbe richiedere al medico, su di un ricettario bianco, la prescrizione della terapia specie se intende avvalersi di un professionista per la somministrazione. Come livello minimo può essere utile chiedere al pz. una fotocopia della ricetta rossa per la farmacia.

RISCOSSIONE QUOTE ANNO 2009

Ricordiamo agli iscritti che il termine per il pagamento della quota di iscrizione per l'anno 2009 è scaduto il 28/02/2009.

Coloro i quali non hanno ancora provveduto al pagamento della quota, possono versare al più presto, **l'importo di € 70,00 su c/c postale n. 40220469 intestato a Collegio IPASVI Como** – causale “quota di iscrizione anno 2009” ed inviare copia della ricevuta via fax al n. 031/262538

Per qualsiasi informazione contattare la segreteria.

Orari di Segreteria:

da lunedì a venerdì 8.30/12.00 - 14.00/16.30

Tel. 031/300218 - Mail: info@ipasvicomo.it



Visti i ricorrenti quesiti in merito alla "legalità" dei corsi universitari/master on-line pubblichiamo la circolare della Federazione Nazionale IPASVI relativa ai master per le funzioni di coordinamento che chiarisce i termini della questione.



INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

34

Protocollo P-2586/III.07

Data 07/05/2009

Rif.

Master di I livello in
Management o per le
Funzioni di coordinamento

Ai Dirigenti
dei Servizi infermieristici

Ai Coordinatori
dei Corsi di laurea in infermieristica

e p.c. Presidenti dei Collegi IPASVI

Loro Sedi

00184 Roma
Via Agostino Depretis 70
Telefono 06/46200101
Telefax 06/46200131
Cod. Fisc. 80186470581

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Come è noto la legge 1 febbraio 2006, n. 43 ha previsto per l'accesso all'esercizio della funzione di coordinamento (ex caposala) oltre all'esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza, anche il possesso (art. 6) di **Master di I livello in management o per le funzioni di coordinamento**.

Tuttavia, stante la mancanza nella legislazione attuale di una normativa che definisca con chiarezza i contenuti e i requisiti dei predetti Master, negli ultimi anni si è assistito ad un crescente diffondersi di Master *on-line* che, a parere di questa Federazione, potrebbero non offrire adeguate garanzie sui contenuti didattici e sul tirocinio.

Sull'onda di molte contestazioni riguardo la validità dei Master telematici, il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, con nota prot. n. 4270 del 4.11.2008, ha precisato che con l'approvazione del decreto interministeriale 14/7/2006 è stato reintrodotta il divieto per le Università telematiche di attivare corsi di laurea a distanza per le professioni sanitarie mentre tale divieto non sussiste per i Master universitari che possono essere autonomamente attivati dalle Università sia convenzionali che telematiche, trattandosi di corsi al cui termine non si provvede al rilascio di titoli accademici.

Nella stessa nota il Ministero ha precisato che i titoli conseguiti hanno identico valore sia se rilasciati da un'Università convenzionale che da una Università telematica e che anche queste ultime possono quindi attivare tale tipo di corsi di perfezionamento (tra i quali sono annoverati i Master) purché sia assicurato il rispetto di alcuni standard minimi definiti nell'accordo Stato Regioni cui rimanda la stessa legge n. 43/2006.

In particolare, ricorda il Ministero nella citata nota, per la validità dei titoli rilasciati al termine di tali Master (sia se attivati da un Ateneo convenzionale che presso una Università telematica) l'accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007 richiede che sia garantita una formazione sia interna (lezioni frontali o *on-line*) che esterna (attività di tirocinio presso soggetti e/o strutture diverse dall'Università).

L'accordo trova ragione nel riconoscimento dell'imprescindibile aspetto formativo connesso con il tirocinio che rappresenta, quindi, una componente essenziale della formazione della cultura manageriale. Il tirocinio, svolto con rigore e scientificità anche sotto forma di project work, è un elemento imprescindibile di garanzia del processo formativo del Master di I livello in management o per le funzioni di coordinamento che se pure non prevede il rilascio di un titolo accademico costituisce requisito indispensabile per l'accesso alla funzione di coordinamento ai sensi della legge n. 43/2006.

Il tirocinio, in altre parole, deve rappresentare un momento formativo fortemente integrato con l'apprendimento teorico e deve pertanto essere basato su un chiaro mandato affidato dai docenti e dai *tutor* agli studenti. Vanno privilegiati lavori che prevedono la raccolta dati e loro elaborazione, la ricerca e la revisione bibliografica, la elaborazione di progetti e la costruzione di strumenti operativi, ecc.

Proprio il delicato tema del tirocinio e della relativa regolamentazione, rende necessaria la presente nota in quanto dalla lettura dei Bandi per il Master Universitario di I livello in Management Sanitario per le funzioni di coordinamento di alcune Università telematiche (cfr Università UNITELMA) si nota un inammissibile svilimento della funzione formativa del tirocinio che, per lo studente lavoratore, viene ritenuto valido anche se svolto durante l'orario di servizio presso la stessa struttura di appartenenza. Ad esempio si riporta quanto indicato, tra le altre opzioni, nel bando dell'Università telematica UNITELMA: *"Lo studente effettuerà il tirocinio formativo obbligatorio presso il proprio Ente di appartenenza (se azienda sanitaria, azienda ospedaliera, azienda ospedaliero- universitaria, ente classificato e istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, come previsto dalla normativa) all'interno del proprio orario di lavoro. In questo caso non si dovrà aprire nessuna convenzione tra l'università e l'Ente di appartenenza, ma lo studente dovrà consegnare all'Università unicamente la dichiarazione sostitutiva di certificazione, firmata dalla studente, dal tutor accademico, (ossia il tutor assegnato dall'Università come relatore di tesi) e da un responsabile aziendale/superiore per accertare il regolare svolgimento delle 500 ore di tirocinio formativo obbligatorio -delibera della facoltà 3/12/2007".*



Questa modalità esplicativa del tirocinio non solo appare in aperto contrasto con la disciplina normativa e con la previsione contenuta nell'accordo Stato - Regioni del 1 agosto 2007, ma confligge in modo insanabile ed insuperabile con la stessa funzione ad alto contenuto formativo che nella formazione manageriale viene riservata al tirocinio e ai project work disciplinati da diverse Università.

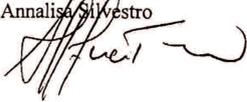
In questo contesto una modalità di esercizio del tirocinio presso la propria struttura di appartenenza durante l'orario di servizio, in assenza di apposita convenzione tra Università e Azienda, ma previa sottoscrizione di una semplice autocertificazione è, a parere della scrivente Federazione Nazionale IPASVI, inaccettabile in quanto non risponde in alcun modo alle esigenze di formazione minima previste dalla legge e disciplinate dal citato accordo Stato Regioni per accedere alla funzione di coordinamento ai sensi della legge 43/2006.

Per questo motivo si invitano le SS. LL. a non consentire e certificare forme di tirocinio espletate secondo le modalità sopra descritte ed anzi ad impegnarsi affinché il tirocinio ed i project work del Master di I livello in management sanitario siano effettuati nel rispetto della normativa e secondo modalità che offrano un grado di qualità, preparazione, e approfondimento adeguato alle funzioni di coordinamento che dovranno essere svolte nelle strutture del sistema salute.

Al contempo la Federazione auspica che le SS. LL. vogliano riconoscere e fare propria la funzione di garanzia connessa con la sottoscrizione delle eventuali convenzioni con le Università (strumento che consente un controllo indiretto sulle modalità di svolgimento e sui contenuti formativi del tirocinio e dei project work) e con la nomina del *tutor* aziendale che deve accertare e convalidare le ore di tirocinio insieme ai docenti del master.

Nella certezza di una condivisione di quanto presentato in questa nota circolare, si coglie l'occasione per salutare cordialmente e per augurare buon lavoro.

La presidente,
Annalisa Silvestro



Infermieri quanta confusione

Egr. Direttore,

le scrivo come Presidente del Collegio Infermieri della Provincia di Como, in merito all'articolo apparso sulla Provincia di venerdì 29 maggio u.s., pag. 26, dal titolo "Dalla scuola del Ronco 23 nuovi Infermieri" dove è palese la confusione tra Infermieri ed Ausiliari Socio Assistenziali (ASA).

Come nell'ottobre scorso (vedi La Provincia 18 e 25 ottobre 08) mi trovo a fare precisazioni che credevoro amai superflue, soprattutto per dei giornalisti professionisti.

Non si tratta certo di sminuire il ruolo dell'ASA nell'assistenza alle persone bensì di fare corretta informazione. Infatti l'ASA è una figura di supporto all'assistenza, che opera nei contesti socio-assistenziali (non in Ospedale bensì nelle Rsa - case di riposo, nell'assistenza realizzata dai comuni al domicilio e così via.), sotto la guida di professionisti (Infermieri e Assistenti Sociali in prevalenza) che ne coordinano le attività, programmando e valutando i risultati.

La garanzia dell'assistenza infermieristica, come definito dalla legge, è responsabilità esclusiva dell'Infermiere.

In termini formativi, concettuali ed operativi la differenza è sostanziale. Infatti all'infermiere, per poter esercitare la professione, è richiesta una formazione Universitaria (laurea triennale e/o specialistica), l'adesione ad un codice deontologico, l'iscrizione ad un albo professionale, il mantenimento di una formazione continua (obbligo ECM).

Recentemente abbiamo celebrato la Giornata Internazionale dell'Infermiere, come avviene in tutto il mondo ogni 12 maggio, con una fitta campagna informativa (ospitata anche sul vostro giornale). Prendiamo atto che il lavoro da fare è ancora molto e siamo a chiedere il sostegno e la collaborazione della buona stampa, come è il caso del vostro giornale, caro a molti nostri iscritti.

(Tratto da La Provincia 2 giugno 2009)

Cordiali saluti
Dr. Stefano Citterio
Presidente IPASVI Como





News from the web

Siti di interesse sanitario

36

di (P)AFD Paola Pozzi*

A proposito del 12 maggio...

<http://www.ipasvi.it/chiamo/content.asp?ID=15>

La storia del 12 maggio in Italia

<http://www.ipasvi.it/chiamo/content.asp?ID=17>

... E le immagini delle locandine della Federazione Nazionale degli ultimi anni

<http://www.asiticino.ch/index.php?id=180>

... Dell'associazione Svizzera infermieri

<http://www.icn.ch/indkit.htm>

... e dell'International Council of Nurses

http://en.wikipedia.org/wiki/International_Nurses_Day

Su Wikipedia.

http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang-en/WCMS_082613/index.htm

Su ILO.

<http://www.rcna.org.au/AnnouncementRetrieve.aspx?ID=23075>

Del Royal college of nursing australiano

http://www.rcn.org.uk/newsevents/news/article/uk/international_nurses_day_-_politicians_lend_their_support

... e di quello inglese

http://www.nydailynews.com/lifestyle/health/2009/05/12/2009-05-12_happy_international_nurses_day_meet_new_yorks_angels_of_medical_mercy.html

oppure

http://www.nursingadvocacy.org/news/2006/may/12_nurses_day.html

negli Stati Uniti...

<http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2009/InternationalNursesDay/en/index.html>

...e della WHO

<http://en.tibet328.cn/01/06/200905/t325414.htm>

In Tibet...

http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4036/is_200411/ai_n9474136/

In India

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



Prevenzione delle infezioni in dialisi

L'articolo di questo numero di AGORÀ rappresenta la sintesi di un lavoro svolto da alcuni infermieri dell'U.O di Nefrologia e Dialisi dell'Azienda Ospedaliera S. Anna di Como.

*Gruppo di lavoro: Inf.Cinzia Lurati- Inf.Debora Massarenti- Inf.Luigi Oarone- Inf.Serena Ceron –
Dr Giuseppe Bonforte - Coord.Inf.Rossana Grilli - Dialisi – Como
Coord.Inf.Angela Gangemi – Uff.Epidemiologica-Como*

La contaminazione biologica in ambito dialitico è stata combattuta fin dall'esordio della metodica, quando iniziarono ad essere osservati gli effetti pirogeni e settici dei batteri presenti nel circuito dialitico e gli episodi di epatite virale acuta e spesso fulminante! I rilievi laboratoristici e gli studi epidemiologici, resero ben presto ragione a coloro che consigliavano la massima attenzione all'igiene ambientale, alla riduzione del contatto ematico e del rischio trasfusionale, allora ancora molto elevato.

Nel tempo l'esperienza e la letteratura del settore insegnano che sarebbe riduttivo limitare a questi soli fattori la responsabilità del rischio infettivo presente nell'ambiente dialitico, infatti anche le persone in trattamento dialitico sono note come soggetti a rischio di infezioni attraverso la diffusione nosocomiale.

Questo lavoro presenta uno studio sull'epidemiologia e la gestione della prevenzione delle infezioni nel Centro di Dialisi di Como, con un numero di 224 persone in trattamento dialitico, con tre turni giornalieri di sedute dialitiche, aperto dalle h.7.00 alle h.24.30 e in collegamento ai Centri ad assistenza limitata (C.A.L) di Menaggio, Mariano e Longone al Segrino, con 90 persone in trattamento dialitico.

Dopo revisione della letteratura, abbiamo organizzato alcuni incontri con il personale infermieristico dell'Unità Operativa (U.O) e C.A.L, con l'OBIETTIVO di accertare quali cambiamenti e/o miglioramenti fossero possibili e di coinvolgere tutti gli operatori in questo progetto, per offrire la possibilità di implementazione del cambiamento e di assunzione di responsabilità.

Durante gli incontri, (accreditati come attività di formazione sul campo), dove era sempre presente un rappresentante dell'Ufficio Epidemiologico, alcune delle misure preventive suggerite in letteratura, sono state argomento di discussione più dettagliata ed approfondita, nel progetto di revisione dei protocolli e nello sviluppo di linee guida basate sulle prove di efficacia.

Sulla scorta di autorevoli indicazioni, sono stati esaminati quindi gli spazi necessari per lavorare in sicurezza ed i relativi comportamenti da tenere, come alcune delle principali procedure di prevenzione, sia universali che specifiche, delle metodiche adottate.

Abbiamo considerato un periodo di osservazione e di raccolta dati della durata di 3 mesi e a distanza di 6 mesi dalla conclusione dei vari incontri, con revisione dei protocolli e linee guida in uso (ricaduta organizzativa).

Per ogni episodio infettivo si è provveduto e si provvederà a segnalare su una apposita scheda di rilevazione (allegato 1) per la cui compilazione sono state incaricati 2 Infermieri, coinvolgendo naturalmente tutti i colleghi, allo scopo di garantire la continuità e omogeneità della raccolta dati.

Per ogni c.v.c si è provveduto a segnalare sull'apposita scheda le complicanze infettive e gli eventi legati "alla vita del catetere stesso" (posizionamento, rimozione, ecc.). Nel primo periodo di osservazione, relativo a.2008, abbiamo riscontrato 5 episodi di infezione (da stafilococco aureus) del tunnel sottocutaneo del c.v.c, trattati con terapia locale e sistemica. Altri eventi riscontrati sono rappresentati da episodi di sanguinamento (3) e da un episodio di sostituzione.



RIASSUNTIVO ATTIVITÀ ATTUALE (dati da confrontare a distanza di 6 mesi) CENTRO DIALISI – COMO e CAL

Totale persone in trattamento dialitico: 316	316
Tot. persone in tratt. dialitico Hbs Ag pos. 7	7
Tot. persone in tratt. dialitico Delta Ab pos. 4	4
Tot. persone in tratt. dialitico HIV pos. 1	1
Tot. persone in tratt. dialitico HCV-RNA (PCR pos.) 17	17
Totale pz. trapiantati: 173	173
Totale pz. trapiantati Hbs Ag pos. 2	2
Totale pz. trapiantati HCV-RNA PCR pos. 8	8
Totale pz. trapiantati HIV pos. 1	1
Totale pz. con catetere venoso centrale: 47	47
Totale pz. con c.v.c a.2007: 40	Infezioni c.v.c a. 2007: 15

Totale pazienti: 489

1° INCONTRO: Prevenzione delle infezioni in Dialisi
Relatore: Inf. Cinzia Lurati

2° INCONTRO: Catetere venoso centrale (c.v.c):
gestione infermieristica
Relatore: Inf. Luigi Varone

3° INCONTRO: Prevenzione e controllo delle
infezioni da HCV, HIV e HBV in Dialisi
Relatore: Inf. Debora Massarenti

4° INCONTRO: Prevenzione delle infezioni
nella gestione degli accessi vascolari
Relatore: Dr Giuseppe Bonforte

38

Dopo 4 incontri di attività di formazione sul campo, accreditati ECM, nel ns. Centro – Dialisi di Como, la prevenzione delle infezioni continua ad essere uno dei problemi più importanti. I risultati di questi incontri confermano che la trasmissione delle infezioni può verificarsi attraverso la contaminazione delle mani degli operatori, la condivisione di oggetti fra pazienti, un'adeguata pulizia e disinfezione delle superfici ambientali e delle apparecchiature.

Il lavoro ha sottolineato il problema, aiutando il gruppo infermieristico a riflettere sulle attività svolte. A distanza di alcuni mesi, abbiamo notato che è aumentata la consapevolezza del senso di responsabilità (es: il personale infermieristico si lava le mani più frequentemente) e appare evidente che la corretta educazione degli operatori alla prevenzione del rischio infettivo sia per tutti lo strumento quotidiano più efficace.

Interessante il coinvolgimento dei colleghi dei C.A.L. dimostrato durante gli incontri e anche successivamente, per chiarire dubbi e incertezze.

Siamo consci che è fondamentale collaborare con un gruppo infermieristico preparato a riconoscere

il problema della trasmissione degli agenti patogeni, consapevoli ed abituati a mettere in atto le misure idonee a prevenire ed evitare gli eventi e le manovre a rischio ed infine ad individuare e preferire le procedure corrette.

Solo con queste premesse saremo in grado di fare della vera prevenzione delle trasmissioni nosocomiali, per la nostra tutela e di tutte le persone malate che si affidano a noi.

I risultati di questa indagine (a distanza di 6 mesi) verranno discussi e utilizzati allo scopo di modificare e validare in modo definitivo i protocolli e le linee guida in atto, assicurando una migliore qualità assistenziale possibile.

Il presupposto fondamentale per lo sviluppo di uno stile comportamentale adeguato alla qualità dell'assistenza rimane sempre la formazione continua degli operatori ed una sistemica impostazione metodologica capace di integrare conoscenze e competenze specifiche, in grado cioè di PREVENIRE gli eventi, piuttosto che subirli.

Si ringrazia inoltre la collega L. Caldera per la grande collaborazione.



Assemblea Ordinaria 2009

Collegio IPASVI - Provincia di Como

Sintesi della relazione Consuntiva anno 2008 *Como, 23 aprile 2009*

A cura di Stefano Citterio, Presidente Collegio IPASVI

39

IL COLLEGIO OGGI

Iscritti al 31 dicembre 2007:	3280
Iscritti al 31 dicembre 2008:	3335
	(+ 55)

di cui	
femmine	85,5%
maschi	14,5%
extracomunitari	4,9%
liberi professionisti	7,94%

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Organizzazione in tre commissioni:

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

COMMISSIONE FORMAZIONE

Resp. Rosella Maffia

- Attività Formativa
 - NTI eventi, n. 477 partecipanti, livelli di gradimento elevati
 - 1 abbonamento rivista omaggio ad ogni evento
- Progetto ricerca sulla documentazione Inf.ca
 - Conclusione del progetto e presentazione nell'ambito del Convegno in occasione delle elezioni.
- Biblioteca (gestione e aggiornamento) (Pozzi, Peverelli)
 - Adesione al sistema BBL lombardo
 - Nuovi testi

COMMISSIONE ESERCIZIO

Resp. Dariana Valle, organizzata in tre sottogruppi

1. Extracomunitari (*Pina Adelaide, Luisa Bianchi*)
7 commissioni esami per 36 candidati
Rivista documentazione per i candidati
2. Esercizio professionale (*Varani Paolo, Oreste Ronchetti*)
 - Risposta a quesiti iscritti e strutture
 - Partecipazione commissioni esami OSS
 - Interventi c/o alcune strutture in relazione a segnalazioni pervenute
 - Mantenimento convenzioni esercizi commerciali
3. Libera professione (*Marino Ciro*)
 - Nuovo regolamento LP
 - Elaborazione guida sintetica per iscritti
 - Incontri periodici aperti agli iscritti

COMMISSIONE IMMAGINE E COMUNICAZIONE

Resp. Paola Pozzi

- Agorà (Stefano Citterio)
 - 3 numeri con allegati: Commento a Delibera OSS regionale;
- 12 maggio 2008 (Paola Pozzi)
 - Concerto in piazza Volta
 - Campagna di sensibilizzazione rivolto alla popolazione (inserto sui giornali, depliant)
- Sito WEB (Citterio - Ronchetti)
 - Nuova grafica e nuove funzionalità
 - Interattività, news, mailing list,
 - Mantenimento funzionalità avviate
 - Comunicati stampa (vedi sito)
- Interventi di promozione c/o scuole superiori (campagna ministero + interv locali) (Pozzi-Belluschi)

PARTECIPAZIONE CONSIGLI NAZIONALI ROMA

- N. 3 Consigli nazionali
- Partecipazione attività Comitato Nazionale di Scienze Infermieristiche e Ostetriche
- Partecipazione alla revisione del Codice Deontologico (gruppo di lavoro ad hoc)

SITUAZIONE REGIONALE

- Partecipazione agli incontri regionali (fabbisogno + osservatorio)
- Ricorso SITRA Melegnano (Consiglio di Stato il 22 febbraio08 – rinviato)
- Ritiro del ricorso al Consiglio di stato dei ricorrenti con sentenza definitiva TAR Lombardia

FLUSSI INFORMATIVI GENERALI

• n. protocolli in entrata e uscita	n.	3285
• Quesiti telefonici	n.	15
• Incontri consigli direttivi	n.	13
• Incontri commissioni varie:	n.	34
• Consulenze legali	n.	2
• Incontri con consulente del lavoro	n.	42
• Biblioteca, testi consultati	n.	25



Relazione di gestione e nota integrativa del tesoriere anno 2008

A cura di Inf. Marino Ciro Tesoriere Collegio IPASOI

40

Il rendiconto generale che qui presentiamo alla Vostra approvazione è composto dai seguenti documenti:

1. il rendiconto finanziario
2. il conto economico
3. lo stato patrimoniale
4. la presente relazione di gestione e la nota integrativa unitamente ai seguenti allegati:
 - a) la situazione amministrativa
 - b) la relazione del Collegio dei Revisori

Nella redazione del rendiconto generale ci siamo attenuti al Regolamento di Amministrazione e Contabilità approvato dal Consiglio in data 02/02/2006 delibera n. 12/06 e agli schemi di bilancio in esso contenuti.

In queste pagine ci si limiterà a presentare una sintesi del rendiconto finanziario

RELAZIONE DI GESTIONE

Nel corso del 2008 si sono rese necessarie delle variazioni al preventivo per l'anno 2007, di seguito elenchiamo le variazioni alle seguenti partite di giro:

- RITENUTE PREVIDENZIALI ED ASSISTENZIALI la previsione era di € 4.000,00 è stato variato in € 4.420,00;
- RITENUTE ERARIALI la previsione era di € 10.000,00 è stata variata in € 11.800,00

Queste variazioni trovano giustificazione nelle variazioni intercorse durante l'anno.

NOTA INTEGRATIVA

La gestione del Collegio nell'anno 2008 si è svolta nel rispetto dei principi di oculata e prudente gestione.

Le entrate complessive di competenza ammontano a € 297.039,64; le uscite complessive di competenza ammontano a € 286.298,41; da ciò il risultato di un avanzo di amministrazione imputabile all'anno 2008 pari a € 10.741,23 il quale, sommato all'avanzo di amministrazione al 31 dicembre dell'anno precedente ed inclusi gli storni dei residui porta ad un avanzo di amministra-

zione al 31 dicembre 2008 pari a € 87.163,53. Relativamente alla gestione di cassa, le riscossioni complessive sono state pari a € 295.849,64, i pagamenti complessivi sono stati pari a € 283.454,27; ciò ha portato la disponibilità finanziaria da € 88.991,45 alla fine dell'anno 2007 ad € 101.386,82 alla fine dell'anno 2008.

CRITERI DI VALUTAZIONE UTILIZZATI NELLA REDAZIONE DEL RENDICONTO, GENERALE

I criteri di valutazione utilizzati nel rendiconto generale sono:

- quanto alle immobilizzazioni, il criterio del costo storico, e del sistematico ammortamento in ogni esercizio in relazione alla loro residua possibilità di utilizzazione;
- quanto ai crediti, il criterio del loro presumibile valore di realizzo;
- quanto alle rimanenze di beni, il loro costo di acquisto.

ANALISI DELLE VOCI DEL RENDICONTO FINANZIARIO

Il rendiconto finanziario si distingue in rendiconto finanziario di competenza e rendiconto finanziario di cassa:

Relativamente alle voci di entrata del rendiconto finanziario di competenza:

Entrate Contributive

Ammontano a complessivi € 236.990,00 e si riferiscono alle entrate provenienti dalle quote dovute dagli iscritti.

Entrate per iniziative culturali

Ammontano a € 13.080,00 e sono relative a contributi versati dagli iscritti per corsi ECM.

Entrate derivanti dalla vendita di beni e prestazioni di servizi

Ammontano a € 2.360,00 riguardano i contributi dovuti da Infermieri Extracomunitari per il sostenimento degli esami finalizzati all'esercizio professionale in Italia.



Redditi e proventi patrimoniali

Ammontano a € 881,69 e derivano dalle giacenze sui conti correnti postali della disponibilità finanziaria del Collegio.

Entrate non classificabili in altre voci

Ammontano a € 71,00 e si riferiscono a:

- € 1 si riferisce ad una quota versata a titolo di simbolico da un ostetrico;
- € 70,00 rimb. Quota Abbonamento anno 2007 Lauri ed. per rivista di diritto professioni sanitarie (sospensione temporanea rivista).

Entrate per partite di giro

Ammontano a € 43.656,95 e si riferiscono alle ritenute previdenziali e fiscali, alle quote incassate dai sottoscrittori della polizza responsabilità civile ed altre somme riscosse per essere riversate; nel rispetto dei principi contabili, le entrate per partite di giro trovano puntuale riscontro nelle uscite per partite di giro.

Relativamente alle voci di uscita del rendiconto finanziario di competenza:

Uscite per gli organi dell'ente

Ammontano a € 33.030,85 e includono i gettoni, le indennità di carica, i rimborsi spese, l'assicurazione e gli oneri previdenziali

Oneri per il personale in attività di servizio

Ammontano a € 49.359,74 e comprendono:

- il trattamento economico tabellare relativo a n. 2 dipendenti in applicazione del CCNL dipendenti Pubblica Amministrazione, i contributi previdenziali e assicurativi obbligatori, il fondo incentivazione.

Uscite per acquisto di beni di consumo e servizi

Ammontano a € 8.007,19 e includono l'acquisto di beni di consumo e le consulenze di cui si è avvalso il Collegio.

Uscite per funzionamento uffici

Ammontano a € 33.848,95 e comprendono tutte le spese necessarie al funzionamento della sede del Collegio.

Uscite per prestazioni istituzionali

Ammontano a € 106.851,03 e includono le spese per corsi di aggiornamenti professionali, per la pubblicazione della rivista Agorà, le spese per le quote dovute alla Federazione, le spese di rappresentanza, gettoni di presenza commissioni, le spese per la manifestazione concerto 12 maggio.

Uscite non classificabili in altre voci

Ammonta a € 4.684,66 così suddivise:

- € 261,00 per rimborso quote eventi formativi e quote iscrizione pagate doppie
- € 534,78 per aggiornamento annuale DPS
- € 144,00 per stesure disciplinare utilizzo strumenti informatici
- € 1680,00 per imbiancatura uffici
- € 1509,79 saldo quote Federazione Nazionale
- € 399,00 Agorà
- € 15,24 canone noleggio fotocopiatrice
- € 140,85 quota accantonamento Tfr

Accantonamento al trattamento di fine rapporto

Ammonta a € 2.700,00 e rappresenta l'accantonamento ex-lege per l'anno 2008 per i dipendenti del Collegio, a seguito del quale il totale fondo perviene ad una somma pari a € 15.734,88.

Acquisizione immobilizzazioni tecniche

Ammontano a € 1.427,04 e comprendono acquisto di attrezzature ufficio e informatiche, e materiale bibliografico.

Accantonamenti per spese future

Ammontano a € 2.732,00 e si riferiscono a spese per il progetto ricerca infermieristica.

Uscite per partite di giro

Rappresentano la corrispondente sezione di uscita delle entrate per partite di giro al cui commento rinviamo.

Relativamente alle voci di entrata del rendiconto finanziario in conto residui:

I residui attivi ammontavano all'inizio dell'esercizio a € 1.610,00; nel corso dell'anno 2008 il Collegio ha proceduto alla riscossione di residui per € 630,00. Si è proceduto inoltre allo stralcio dei rimanenti residui di € 980,00 in quanto relativi a quote iscritti non più esigibili.

Relativamente alle voci di uscita del rendiconto finanziario in conto residui:

I residui passivi ammontavano all'inizio dell'esercizio a € 13.199,15; nel corso dell'anno 2008 il Collegio ha proceduto al pagamento di residui per € 305,12, riducendo i residui stessi alla fine dell'esercizio ad € 12.894,03 imputabili al fondo per l'indennità di anzianità del personale dipendente.



Relazione Programmatica anno 2009 *Como, 23 aprile 2009*

A cura di Stefano Citterio, Presidente Collegio IPASO/

42

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Organizzazione in tre commissioni:

- Commissione formazione
- Commissione esercizio
- Commissione comunicazione

COMMISSIONE FORMAZIONE

Obiettivi

- Realizzare iniziative formative in coerenza con le finalità del Collegio, accrescere la cultura professionale, sviluppare i rapporti interprofessionali
- Mantenere e sviluppare convenzioni per la formazione regionale e agevolata per gli iscritti

Componenti

Peverelli Antonella, *Frigerio Daniela*, *Pozzi Paola*, *Toscana Antonia*, *Trombetta Monica*

Attività previste

Attività Formativa:

- Ipotesi 12 eventi; preferire corsi di formazione con n. partecipanti limitati per favorire apprendimento
- Prevedere corsi anche in sedi periferiche (alto lago, Mariano/Cantù)
- Presidiare la formazione con la presenza di un Consigliere/tutor d'aula
- Continuare nell'abituale omaggio di una rivista scientifica ad un partecipante estratto per ciascun corso
- Mantenere e sviluppare convenzioni per la formazione regionale e agevolata per gli iscritti (Attuali: AO S. Anna e Centro Studi FBF)

Biblioteca:

- SBBL: corso di formazione per personale di segreteria per avviare effettivamente il servizio
- Postazione internet per iscritti con accesso a banche dati – definizione regolamento di utilizzo
- Incremento testi disponibili

COMMISSIONE ESERCIZIO

Obiettivi

- Mantenere i rapporti con gli iscritti e dare riscontro in merito a problematiche relative all'esercizio professionale
- Stipulare convenzioni e agevolazioni per gli iscritti
- Proporre momenti di incontro e scambio con gli iscritti
- Favorire l'esercizio professionale

Componenti

Valle Doriana, *Tangredi Sandro*, *Varani Paolo*, *Bianchi Maria Luisa*, **Giussani Paola**, *Maffia Rosella*

Attività previste (2 sottogruppi):

1. Esercizio professionale

- promozione dell'attività intramoenia ed extramoenia per gli infermieri
- promuovere l'attività libero professionale per gli infermieri libero professionisti (voucher, criteri di accreditamento)
- revisionare il registro pubblico dei liberi professionisti
- risposta a quesiti iscritti e strutture
- partecipazione commissioni esami OSS, uniformare le attività di docenza ed il materiale di studio, di competenza infermieristica
- interventi e presenza nelle strutture

2. Extracomunitari

- Mantenimento cadenza esami attuale
- Revisione documentazione

COMMISSIONE IMMAGINE

Obiettivo

Rafforzare l'immagine e il ruolo sociale dell'infermiere

Componenti

Pozzi Paola, *Marzorati Michela*, *Cavenaghi Katia*, *Maffia Rosella*



Obiettivi

- 12 maggio 2008
come giornata di dialogo con la cittadinanza per migliorare la visibilità della figura dell'infermiere
- Sito WEB
Mantenimento news aggiornate e miglioramento delle sezioni
- Incrementare comunicati stampa
- Interventi di promozione c/o scuole superiori e comuni

AGORÀ**Obiettivo**

Rafforzare e sviluppare l'organo informativo del Collegio mantenendo la cadenza trimestrale

Componenti

Criterio Stefano, Marzorati Michela, Cavenaghi Katia, Pozzi Paola, Tangredi Sandro

REGIONE LOMBARDIA

- Ricostituzione Coordinamento Collegi Lombardi (nuove cariche il 15 aprile u.s.)
- Partecipazione definizione programma obiettivi e attività
- Contributi a commissioni/gruppi lavoro regionali
- Partecipazione definizione fabbisogno (già incontri da inizio anno anche con i presidi facoltà)
- APPROCCIO PROGETTUALE

PARTECIPAZIONE CONSIGLI NAZIONALI ROMA

- Partecipazione CN
- Questione Ordinistica (legge 43/2006, Sottosegretario Fazio al Congresso di Fi)
- Conferenza Nazionale Politiche professionali (giugno 2008)

Giornata del sollievo, Fazio: "Nuovi oppiacei gratis"

Il 31 maggio, in tutt'Italia, è stata celebrata l'VIII Giornata nazionale del sollievo, l'iniziativa promossa da ministero del Welfare, Fondazione Gigi Ghirotti e Conferenza delle Regioni e Province autonome per promuovere le cure palliative e la terapia del dolore. "I malati vogliono essere considerati persone e hanno diritto al sollievo dal dolore", ha sintetizzato Bruno Vespa, che ha presieduto la conferenza di presentazione in veste di presidente della Fondazione Ghirotti. Il miglioramento dell'aspettativa di vita ha portato un incremento delle patologie croniche, per cui l'attenzione per la qualità della vita del malato, anche in forma di assistenza domiciliare, diventa centrale nei percorsi assistenziali. Insieme alle sottosegretarie alla Salute, Francesca Martini ed Eugenia Roccella, il vice ministro, Ferruccio Fazio, ha fatto il punto sull'azione del Governo in tema di sollievo e cure palliative. Sono stati reperiti fondi per gli hospice: 262 milioni di euro (di cui 160 già spesi per la realizzazione di 126 strutture, di cui 86 pubbliche) ma, evidenzia Fazio: "non sono collegati tra loro e non c'è collegamento tra loro e l'assistenza domiciliare". Sul fronte cure palliative, Fazio spiega che: "è stata semplificata la prescrizione: a breve, i medicinali a base di codeina o ossicodone saranno classificati in fascia A, cioè gratuita, e quindi a dosaggi limitati potranno essere utilizzati nella terapia del dolore con una normale ricetta". Il vice ministro ricorda, poi, che è stata: "rivista l'assistenza domiciliare che prima era indistinta, ora sarà articolata in diversi livelli di cura. Abbiamo stanziato 100 milioni di euro per le Regioni per una nuova organizzazione della terapia del dolore". Sollecitato da Vespa a chiarire le intenzioni del Governo sui finanziamenti, Fazio ha assicurato che si prevedono programmi di risorse negli obiettivi del Piano della salute. Il vice presidente della Conferenza delle Regioni, Angelo Iorio, ammette che: "il coordinamento tra esperienze e organizzazioni sul territorio è da migliorare, l'auspicio è che il nuovo patto della salute possa adeguatamente sostenere lo sviluppo di queste iniziative". La Giornata del sollievo ha visto, a Roma, al Gemelli, una manifestazione a cui hanno partecipato, tra gli altri, anche il ministro dell'Istruzione, Maria Stella Gelmini. Qui, per tutta la giornata medici, infermieri, altri operatori sanitari, volontari, degenti e familiari si sono alternati con personaggi pubblici nella hall dell'ospedale, proponendo brani musicali e testimonianze sulla cultura del sollievo dalla sofferenza fisica e morale. Altre iniziative si sono registrate nella provincia di Parma, Bergamo, Cremona e Palermo. Il premio Gerbera d'Oro, alla struttura sanitaria nazionale che si è particolarmente distinta per la sua attività nell'ambito delle cure palliative e della terapia del dolore, è andato al Santobono-Pausilipon di Napoli.

(fonte: InfermieriinRete - Newsletter Federazione Nazionale IPASVI, n. 19 del 3/6/09)

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



Relazione del tesoriere al bilancio di previsione 2009

A cura di Inf. Marino Ciro Tesoriere Collegio IPASOI

44

Il presente bilancio è stato elaborato sulla base del prospetto previsto dal Regolamento per l'Amministrazione e la Contabilità dell'Ente e si compone di:

1. preventivo finanziario gestionale
2. quadro generale riassuntivo della gestione finanziaria
3. preventivo economico

Costituiscono allegati al bilancio di previsione oltre alla presente relazione:

1. la relazione programmatica
2. la relazione del Collegio dei Revisori dei Conti
3. la tabella dimostrativa del risultato di amministrazione presunto

PREVENTIVO FINANZIARIO GESTIONALE

Il preventivo finanziario gestionale si articola in titoli, categorie e capitoli ed è formulato in termini di previsioni di competenza e di previsioni di cassa.

ENTRATE

Le prime voci delle entrate sono costituite dall'Avanzo di amministrazione presunto alla chiusura dell'esercizio 2008 pari a € 78.578,33, e dall'avanzo di cassa alla medesima data per € 93.077,48, come risultano dalla tabella dimostrativa dell'avanzo di amministrazione presunto; le suddette voci sono riportate a titolo di memoria e non entrano nel computo delle entrate.

TITOLO I ENTRATE CORRENTI

CATEGORIA 1

Entrate contributive a carico iscritti

Le somme previste nella categoria in esame, pari rispettivamente a € 239.900,00 nelle previsioni di competenza e a € 238.150,00 nelle previsioni di cassa, costituiscono le entrate che si prevede di accertare e di incassare dagli iscritti e nuovi iscritti per il 2009. Sono previsti incassi a titolo di interessi moratori pari a € 100,00 a carico di eventuali reiscrizioni.

CATEGORIA 2

Entrate per iniziative culturali e aggiornamenti professionali

Sono state previste entrate per € 8.000,00 a titolo di contributo da parte dei partecipanti agli eventi formativi.

CATEGORIA 8

Entrate derivanti dalla vendita di beni e dalla prestazione di servizi

Le entrate previste nella seguente categoria, pari a € 2.000,00 sono relative alle quote versate dai cittadini extracomunitari per l'espletamento delle prove d'esame previste per legge.

CATEGORIA 9

Redditi e proventi patrimoniali

La previsione pari ad € 700,00 riguarda gli interessi attivi conseguenti all'andamento atteso dei flussi finanziari per l'anno 2009.

CATEGORIA 11

Recuperi e rimborsi

La previsione pari a € 200,00 riguarda eventuali recuperi e rimborsi per anticipazioni effettuate da parte del Collegio.

TITOLO III ENTRATE PER PARTITE DI GIRO

Le operazioni rilevate nel titolo III non hanno rilievo economico ma soltanto finanziario e contabile. Trattasi di capitoli in cui si evidenziano le trattative previdenziali ed erariali, da versare quale sostituto d'imposta, nonché di premi della polizza assicurativa per la copertura della responsabilità civile che il Collegio introiterà dai sottoscrittori e riverterà alla compagnia assicurativa.

Gli importi preventivati in entrata trovano corrispondenza nei rispettivi capitoli di uscita.

UTILIZZO DELL'AVANZO

DI AMMINISTRAZIONE INIZIALE

Poiché le uscite previste per l'anno 2009 sono superiori alle entrate (€ 292.800,00 totale alla voce entrate ed € 349.630,00 totale alla voce uscite), si prevede di utilizzare parte dell'avanzo di amministrazione accumulato negli anni precedenti per finanziare le attività dell'anno in corso, nel rispetto delle norme di legge e del regolamento di contabilità.



USCITE

TITOLO I USCITE CORRENTI

CATEGORIA 1

Uscite per gli organi dell'Ente

Sono state preventivate spese per € 56.300,00 ed includono tutti i costi connessi al funzionamento degli organi istituzionali del Collegio.

CATEGORIA 2

Oneri per il personale in attività di servizio

Sono state preventivate spese per € 57.500,00. I capitoli, sostanzialmente in linea con gli importi degli anni precedenti, vedono un incremento della voce "stipendi e altri assegni fissi personale" in funzione dell'aumento salariale previsto per il 2009.

CATEGORIA 3

Uscite per l'acquisto di beni di consumo e di servizi

Sono state preventivate spese per € 11.500,00. I capitoli sono sostanzialmente in linea con gli importi degli anni precedenti.

CATEGORIA 4

Uscite per funzionamento uffici

Sono state preventivate spese per € 35.630,00 in linea con l'andamento degli anni precedenti.

CATEGORIA 5

Uscite per prestazioni istituzionali

Rappresenta la sezione delle spese istituzionali dell'ente. I fondi stanziati globalmente ammontano a € 124.500,00, somma inferiore a quanto programmato nello scorso anno, poiché non prevista la voce conferenza nazionale.

CATEGORIA 10

Uscite non classificabili in altre voci

Si riferiscono esclusivamente al capitolo " Fondo spese impreviste" e "rimborsi vari" per un ammontare di € 7.500,00. Tale fondo, come per gli esercizi precedenti, è previsto per l'eventuale integrazione di tutti i capitoli del titolo I delle uscite in caso di stanziamento insufficiente o spese impreviste ed è inferiore alla quota massima prevedibile come previsto dal regolamento di amministrazione e contabilità.

CATEGORIA 11

Accantonamento al trattamento di fine rapporto

La somma stanziata è pari a € 2.700,00 in linea con la normativa vigente.

TITOLO II USCITE IN CONTO CAPITALE

CATEGORIA 2

Acquisizione immobilizzazioni tecniche

Lo stanziamento previsto è pari a € 4.000,00.

CATEGORIA 9

Accantonamenti per spese future

Lo stanziamento previsto è pari a € 8.000,00 per un progetto di ricerca infermieristica da completare nel corso del 2009.

TITOLO III – USCITE PER PARTITE DI GIRO

I capitoli del presente titolo non necessitano di particolari commenti e si invia a quanto già riferito nel titolo III delle entrate.

QUADRO GENERALE RIASSUNTIVO DELLA GESTIONE FINANZIARIA

Illustra in modo sintetico l'andamento in via prospettica della gestione finanziaria. Il disavanzo di gestione trova copertura nell'utilizzo di parte dell'avanzo di amministrazione per € 56.830,00.

TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO

Illustra il risultato presunto dell'esercizio 2008, calcolato sulla base dei dati disponibili alla data di stesura del presente bilancio e sulle previsioni di uscite ed incassi previsti per la fine dell'esercizio in corso. Tale tabella evidenzia un risultato di amministrazione presunto per l'anno 2008, pari ad € 78.578,33.

PREVENTIVO ECONOMICO

Il preventivo economico rielabora i dati del preventivo finanziario in termini di contabilità economica. L'esito di tale rielaborazione evidenzia un disavanzo economico presunto pari ad € 57.330,00 e trova copertura dagli avanzi di gestione degli anni precedenti.



COMMISSIONE FORMAZIONE

Resoconto attività formative primo semestre 2009

46

Gli iscritti al Collegio di Como attualmente sono 3373, di cui 260 infermieri liberi professionisti, 20 assistenti sanitarie, 48 vigilatrici d'infanzia/infermieri pediatrici.

Per ogni singolo corso è stata riservata la percentuale minima del 5% dei posti agli infermieri che esercitano la libera professione; i posti offerti non occupati vengono destinati a coloro che sono in lista di attesa.

Gli eventi formativi conclusi nel primo semestre 2009 sono stati 7.

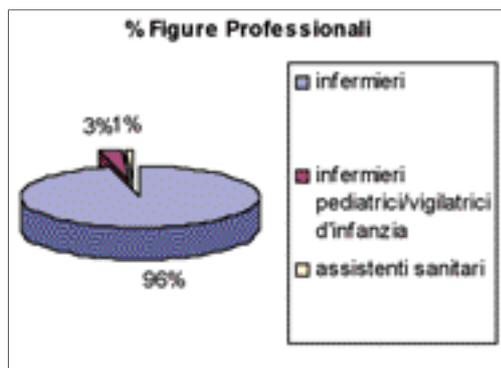
- 23 gennaio 2009 "La contenzione nell'istituzione: aspetti clinic, questioni etiche, sviluppi possibili".

L'evento è stato aperto alle seguenti categorie professionali:

- 90 infermieri;
- 5 vigilatrici d'infanzia/infermieri pediatrici;
- 5 assistenti sanitarie.

Hanno aderito all'iniziativa:

- 89 infermieri, di cui 3 liberi professionisti;
- 3 vigilatrici d'infanzia/infermieri pediatrici;
- 1 assistente sanitaria.



- 24 gennaio 2009 "L documentazione sanitaria: un diritto per il cittadino, un dovere del professionista".

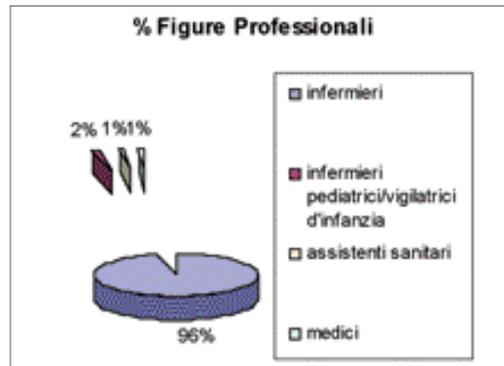
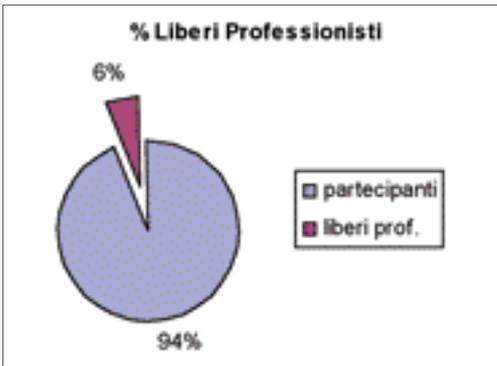
L'evento è stato aperto alle seguenti categorie professionali:

- 140 infermieri;
- 30 vigilatrici d'infanzia/infermieri pediatrici;
- 10 assistenti sanitarie;
- 30 medici;
- 30 ostetriche.

Hanno aderito all'iniziativa:

- 168 infermieri, di cui 11 liberi professionisti;
- 3 vigilatrici d'infanzia/infermieri pediatrici;
- 2 assistente sanitaria;
- 2 medici.





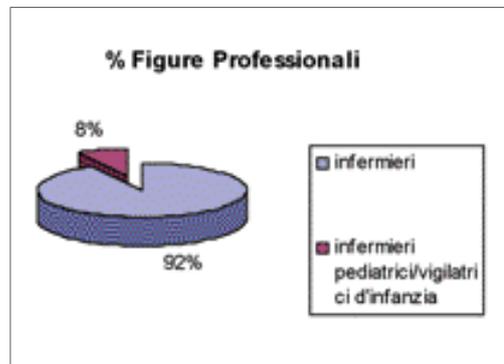
- 20-27 febbraio 2009: "La comunicazione con la persona assistita quale strumento dell'attività professionale infermieristica".

L'evento è stato aperto alle seguenti categorie professionali:

- 36 infermieri;
- 4 vigilatrici d'infanzia/infermieri pediatrici.

Hanno aderito all'iniziativa:

- 36 infermieri, di cui 2 liberi professionisti;
- 3 vigilatrici d'infanzia/infermieri pediatrici.



- 6-13 marzo 2009: "Assistenza infermieristica ai morenti e il sostegno dell'infermiere ai familiari in lutto: impegno psicologico e deontologico.

L'evento è stato aperto alle seguenti categorie professionali:

- 30 infermieri

Hanno aderito all'iniziativa:

- 30 infermieri, di cui 1 libero professionista



- 23 aprile 2009: La documentazione sanitaria: aspetti giuridici della professione infermieristica.

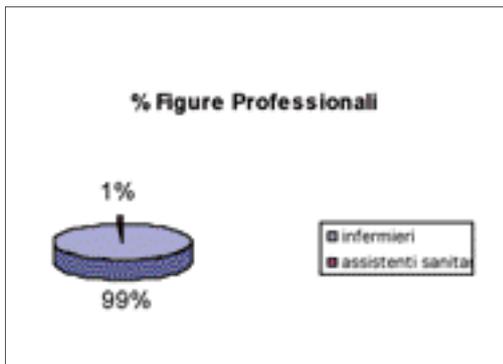
L'evento è stato aperto alle seguenti categorie professionali:

- 100 infermieri;
- 5 vigilatrici d'infanzia/infermieri pediatrici;
- 5 assistenti sanitarie.

Hanno aderito all'iniziativa:

- 106 infermieri, di cui 12 liberi professionisti;
- 1 assistente sanitaria.

48



- 30 maggio 2009 - L'integrazione fra infermieri e operatori di supporto nell'assistenza alla persona: elementi organizzativi e relazionali.

L'evento è stato aperto alle seguenti categorie professionali:

- 30 infermieri

Hanno aderito all'iniziativa:

- 30 infermieri, di cui 3 liberi professionisti



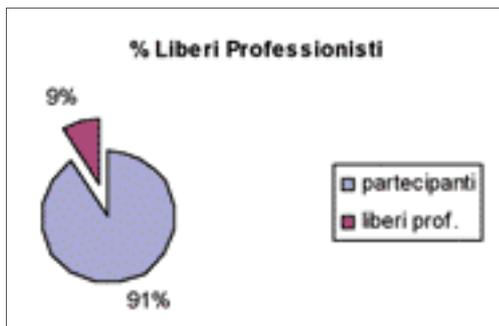
- 6 giugno 2009 - L'integrazione fra infermieri e operatori di supporto nell'assistenza alla persona: elementi organizzativi e relazionali.

L'evento è stato aperto alle seguenti categorie professionali:

- 30 infermieri

Hanno aderito all'iniziativa:

- 30 infermieri, di cui 3 liberi professionisti



Costo:

€ 60,00 iscritti IPASVI

Como

€ 120,00 iscritti ad

altri Collegi IPASVI

Posti a disposizione:

25 Infermieri iscritti

al Collegio di Como

2 Infermieri

Pediatrici/Vigilatrici

d'Infanzia iscritti al

Collegio di Como

3 Infermieri iscritti

ad altri Collegi

Data aperturaiscrizioni:

1° edizione

mercoledì 26 agosto**2009** (fino

ad esaurimento posti)

2° edizione

mercoledì 11**novembre 2009** (fino

ad esaurimento posti)

Risk Management e Professione Infermieristica: valutazione, controllo, responsabilità. Corso Base

1° ed - Como 10/11/12 settembre 2009

Sede Como Centro Card. Ferrari

2° ed - Cantù 9/10/11 dicembre 2009

Presidio Ospedaliero

49

In collaborazione con Centro Studi e Formazione "Fra Pierluigi Marchesi"

Docente: dott. Duilio Loi

Programma

1° GIORNATA

9,00/12.30

▽ **Complessità in Sanità**

- ▷ Complessità e sistemi sanitari:
- ▷ La sanità del XXI° secolo: quali assetti
- ▷ La situazione attuale: quali dinamiche

▽ La prospettiva: quali scenari

- ▷ Adeguatezze e necessità

▽ **Qualità, appropriatezza, accreditamento e certificazione (1)**

- ▷ Revisione teorica dei sistemi di qualità
- ▽ Accreditemento e certificazione: dalla coercizione alla prospettiva professionale
 - ▷ Indicatori per la valutazione di qualità: dalla VRQ al TQM, percorsi e risultati

12.30/13.30 Pausa pranzo**13.30 -18.00**

▽ **Qualità, appropriatezza, accreditamento e certificazione (2)**

- ▷ Appropriatazza clinica e organizzativa
- ▽ Qualità e sistemi per: Aziende; Professionisti; Cittadini
 - ▷ Gestione per processi: diagnostico/ terapeutici e assistenziali
- ▷ Confronto e comparazione con i modelli presenti nelle realtà locali

Crediti ECM/CPD
in attesa

2ª GIORNATA**9.00-12.30**

- ▷ Risk management: concetti di base e definizioni
- ▷ Risk management: verso una revisione culturale
- ▷ Aspetti epidemiologici del rischio in sanità: prevalenza e incidenza

12.30/13.30 Pausa pranzo**13.30/18.00**

- ▽ Dalla "caccia al colpevole" alla "ricerca della soluzione": influenza dei modelli culturali
 - ▷ I fondamenti dell'analisi di rischio: classificazione degli errori, metodi e strumenti
 - ▷ tecniche di analisi e valutazione
- ▷ Analisi delle situazioni e realtà locali: esempi, eventi e casi illustrati dai partecipanti

3ª GIORNATA**9.00-12.30**

- ▷ Infermiere e gestione del rischio: aspetti normativi e responsabilità professionale
- ▽ La professione infermieristica e la gestione del rischio: errore e quasi errore
 - ▷ aree di maggior esposizione al rischio
 - ▷ strategie e prospettive
- ▽ Basi e strumenti statistici ed epidemiologici per la valutazione delle evidenze scientifiche
 - ▷ EBN/EBM in Italia e all'estero
 - ▷ Malpractice ed evidence: metodi e strumenti di lavoro in sanità

12.30/13.30 - Pausa pranzo**13.30/18.00**

- ▽ ICT e risk management: information communication technology come valore aggiunto: modelli, modalità, esempi concreti:
 - ▷ "casi studio": analisi, elaborazione di percorsi e strategie
 - ▷ "casi studio": esposizione e comparazione valutativa
- ▷ Somministrazione del test d'uscita e termine della sessione



Costo:

€ 20,00 iscritti IPASVI
Como
€ 40,00 iscritti
ad altri Collegi

Posti a disposizione:

90 infermieri
5 vigilatrici
d'Infanzia/Infermieri
pediatrici
5 Assistenti sanitari
10 IPAS.VI iscritti
ad altri Collegi

Data apertura

iscrizioni:
mercoledì 16
settembre 2009

Data chiusura

iscrizioni:
mercoledì 30
settembre 2009

Crediti ECM/CPD
in attesa

Giornata di studio ed aggiornamento sul diritto del lavoro e tributario

15 ottobre 2009

Sede Como Centro Card. Ferrari

**Il corso è rivolto prevalentemente ai liberi professionisti.
Dopo la data di chiusura, in caso di disponibilità di posti, il
corso verrà aperto a tutti gli iscritti interessati.**

51

Docenti:

Rag. Sergio Bazzanella - Dott. Alberto Terraneo

Programma

9.00/12.30

- ▽ Diritto del lavoro: l'autonomia e subordinazione in genere e nello specifico
 - ▷ 1) tesi tipologiche della subordinazione ricorrenti in giurisprudenza
 - ▷ 2) tutela previdenziale ed assistenziale con inquadramenti d'obbligo
- rag. Sergio Bazzanella*

12.30/13.30 Pausa pranzo

13.30/16.00

- ▽ Diritto del lavoro: l'autonomia e subordinazione in genere e nello specifico
 - ▷ 3) posizione fiscale certa
 - ▷ 4) criteri distintivi fra subordinazione ed autonomia per soggetti svolgenti attività sanitaria tutelata dalla legge
- rag. Sergio Bazzanella*

16.00/18.00

- ▽ Diritto tributario:
 - ▷ 1) modulistica obbligatoria ed adempimenti presso gli uffici competenti
 - ▷ 2) scelta del regime fiscale
 - ▷ 3) dichiarazioni annuali reddituali
 - ▷ 4) pagamenti delle imposte

dott. Alberto Terraneo



Costo:

€ 60,00 iscritti IPASVI

Como

€ 120,00 iscritti ad

altri Collegi IPASVI

Posti a disposizione:

27 Infermieri iscritti

al Collegio di Como

2 Infermieri

Pediatrici/Vigilatrici

d'Infanzia iscritti

al Collegio di Como

3 infermieri iscritti

ad altri Collegi

Data apertura

iscrizioni:

mercoledì 16

settembre 2009

(fino ad esaurimento
posti)

52

"L'infermiere e le scale di valutazione: conoscenza, opportunità e prospettive"

20/21/22 ottobre 2009

Sede Como Centro Card. Ferrari

In collaborazione con Centro Studi e Formazione "Fra Pierluigi Marchesi"

Docente: dott. Duilio Loi

Programma

Martedì 20 ottobre 2009

9.00/12.30

- ▷ Revisione dei concetti di salute/malattia
- ▷ La persona e i suoi bisogni
- ▷ Approccio segmentario e approccio olistico
- ▷ Paradigmi concettuali dell'assistenza infermieristica
- ▷ Identificazione, collocazione e riscontro normativo-giuridico degli aspetti concettuali

12.30/13.30 - Pausa pranzo

13.30/18.00

- ▷ Modelli e approcci alla valutazione
- ▷ Confronto e comparazione con i modelli presenti nelle realtà locali

Mercoledì 21 ottobre 2009

9,00/12.30

- ▷ nquadramento giuridico e responsabilità professionale dell'infermiere nella fase di raccolta dati
- ▷ Valore delle scale: strumenti per la raccolta dati codificata
- ▷ Valutazione multidimensionale e funzionale
- ▷ Limiti e utilità delle scale

12.30/13.30 - Pausa pranzo

13.30-18.00

- ▽ Le scale di valutazione: oltre la raccolta dati
 - ▷ Le scale di valutazione della disabilità:
- ▽ ADL, IADL, Barthel, Barthel-Shah, Barthel-Granger
 - ▷ Le scale di valutazione della disabilità:

Crediti ECM/CPD
in attesa



- ▽ EBS – Scala del comportamento alimentare
 - ▷ Esercitazioni pratiche su casi studio

Giovedì 22 ottobre 2009

9,00-12.30

- ▷ Le scale di predizione del rischio (1): Tinetti, Braden, Norton
- ▷ Esercitazioni pratiche su casi studio (predizione rischio 1)
- ▷ Le scale di predizione del rischio (2): FDS - Scala Funzionale per la Disfagia, CAS - Scala di valutazione della funzionalità intestinale

53

12.30/13.30 - Pausa pranzo

13.30/18.00

- ▷ Esercitazioni pratiche su casi studio (predizione rischio 2)
- ▷ Analisi e valutazione complessiva della persona, attraverso l'utilizzo contemporaneo di scale
- ▽ Oltre l'assessment:
 - ▷ la pianificazione delle cure infermieristiche
 - ▷ il processo decisionale
- ▷ Somministrazione del test d'uscita e termine dei lavori

Uniti per la sicurezza

Il Gruppo di lavoro sulla sicurezza dei pazienti del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha elaborato le prime sette Guide per un'assistenza sanitaria più sicura, rivolte a tutti coloro che sono coinvolti, a vari livelli, nella promozione della sicurezza dei pazienti. Scopo delle Guide è fornire indicazioni precise, provenienti dalla letteratura e dalle esperienze nazionali ed internazionali, a cittadini, familiari, volontari, pazienti degli studi odontoiatrici, operatori e aziende sanitarie per concorrere alla sicurezza delle cure. Non si tratta di manuali, né di linee guida per i servizi sanitari, ma di fogli informativi orientati a segnalare accorgimenti per la sicurezza dei pazienti. Solo se tutti collaboriamo la nostra salute potrà giovare, poiché ognuno di noi, anche se inconsapevolmente, contribuisce alla qualità delle cure. Pertanto, è necessario dare la massima diffusione alle Guide affinché tutti i cittadini adottino queste misure consigliate.

Quindi: È IMPORTANTE PORTARLE A CASA, DARLE AI TUOI AMICI, AI VICINI, AI COLLEGHI, DISTRIBUISCILE NEGLI AMBULATORI E NELLE FARMACIE!

Le guide disponibili su Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche Sociali - Settore Salute sono:

- * Guida per l'uso sicuro dei farmaci
- * Guida per i cittadini
- * Guida per i familiari
- * Guida per i volontari
- * Guida per i pazienti degli studi odontoiatrici
- * Guida per gli operatori
- * Guida per le strutture sanitarie

Fonte: <http://www.ministerosalute.it/speciali/piSpecialiNuova.jsp?id=83>

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



Costo:

€ 40,00 iscritti IPASVI

Como

€ 80,00 iscritti altri

Collegi IPASVI

Posti a disposizione:

27 Infermieri iscritti
IPASVI Como

3 Infermieri iscritti
altri Collegi IPASVI

Data apertura

iscrizioni:

mercoledì 7 ottobre

2009 (fino

ad esaurimento

posti)

54

L'assistenza infermieristica ai morenti e il sostegno dell'infermiere ai familiari in lutto: impegno psicologico e deontologico II edizione

6 – 13 novembre 2009

Sede Como Centro Cardinal Ferrari

Docente: dott. Verga Pierluigia - Psicologa

Programma

Prima giornata

9.00/12.30

- ▷ L'assistenza infermieristica al paziente che muore: la relazione del professionista con le proprie risorse e le proprie difficoltà;
- ▷ Risorse e difficoltà infermieristiche e ricadute sull'assistito
- ▷ Il conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale: il punto della situazione nella pratica professionale infermieristica
- ▽ Elementi e fattori che influenzano il processo del morire:
 - ▷ I luoghi del morire e la medicalizzazione della morte.
 - ▷ Condizioni fisiche, relazioni affettive, percorso esistenziale della persona morente.
- ▽ "Buona morte", difese e stili di coping del morente e dei familiari;
 - ▷ I fattori di buona morte: proiezioni possibili (esercizio individuale)

13.30/17.00

- ▷ "La solitudine del morente": prove di avvicinamento alla comprensione dell'esperienza del morire;
- ▷ Pensieri, atteggiamenti, comportamenti ed emozioni di chi sta morendo. Tentativi di comprensione e riflessione: le "fasi" del morire, il lutto anticipatorio nel morente, la morte improvvisa e quella prevista;
- ▷ Pensieri, atteggiamenti, comportamenti ed emozioni di chi sta morendo: lo "stato dell'arte" sul "conforto psicologico, relazionale, spirituale";
- ▷ I diritti rispettati e quelli violati nell'assistenza al morente (confronto in gruppo);
- ▷ "Compiti a casa", sintesi e conclusione della prima parte dei lavori.

Seconda giornata

9.00/12.30

- ▽ Qualità, conoscenze e abilità dell'infermiere in relazione al morente e ai familiari in lutto:
 - ▷ La relazione d'aiuto
 - ▷ La comunicazione possibile e quella...impossibile
 - ▷ I meccanismi di difesa del professionista

13.30/17.00

- ▷ Quando sta morendo un genitore e quando sta morendo un figlio: il sostegno alla famiglia;
- ▷ Il lutto anticipatorio, cordoglio e lutto, le manifestazioni del lutto, lutto elaborato e non elaborato;
- ▷ Rarefazione del lutto e rischi connessi;
- ▷ Conclusione dei lavori e verifica dell'apprendimento

Crediti ECM/CPD 14



Costo:

€ 20,00 iscritti

IPASVI Como

€ 40,00 iscritti

ad altri Collegi

Posti a disposizione:

90 infermieri

5 vigilatrici

d'Infanzia/Infermieri
pediatrici

5 Assistenti sanitari

10 IP.AS.VI iscritti

ad altri Collegi

Data aperturaiscrizioni:

mercoledì 14 ottobre

2009 (fino

ad esaurimento

posti)

Crediti ECM/CPD

in attesa

Il tocco del massaggio dalla nascita alla morte

19 novembre 2009

Az. Ospedaliera S. Anna - Presidio ospedaliero di Cantù

Docenti:
Iacchia Valentina - Sironi Barbara - Campana Ernestina

55

**Il programma dell'evento verrà pubblicato appena
disponibile sul sito internet del Collegio www.ipasvicomo.it
e sul prossimo numero della rivista Agorà**

Decreto anticrisi, passa l'equiparazione tra pubblico e privato delle fasce di reperibilità dei lavoratori in malattia.

A far data dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del Decreto Legge le fasce di reperibilità per i lavoratori pubblici entro le quali devono essere effettuate le visite mediche di controllo, tornano ad essere quelle in vigore per il settore privato:

10.00 - 12.00 (e non più 8.00 - 13.00) e 17.00 - 19.00 (e non più 14.00 - 20.00).

Il decreto conferma i chiarimenti già forniti da alcune circolari in materia di visita fiscale, e cioè che dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare, l'assenza dal servizio del lavoratore viene giustificata mediante presentazione di certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica "o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale".

Con il decreto anticrisi passa l'equiparazione tra pubblico e privato delle fasce di reperibilità per i lavoratori in malattia. "La Cisl Fp ha infatti preteso il rispetto dell'impegno preso dal ministro Brunetta al nostro congresso di Fiuggi. Da subito viene dunque eliminata una norma fortemente vessatoria nei confronti dei lavoratori pubblici e si torna alle vecchie fasce di reperibilità 10-12 e 17-19", è il commento di Giovanni Faverin, segretario generale della Cisl Funzione Pubblica. "Ma non solo - puntualizza Faverin - il decreto fiscale contiene anche l'abrogazione dei tagli al salario di produttività collegati a tutti i permessi, a partire da oggi".

"Sono risultati importanti frutto della nostra determinazione e diamo atto al ministro Brunetta di questo passo in avanti. Ma - rilancia il segretario - ora attendiamo che venga rispettato anche l'altro impegno preso dall'esecutivo con il protocollo del 30 ottobre: il recupero delle risorse tagliate ai fua e alle leggi speciali per la produttività dei lavoratori delle amministrazioni centrali".

(fonte: Cisl -FP)

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





Convegno

COORDINAMENTO COLLEGI IPASVI LOMBARDIA

Perché
gli infermieri rimangono
INVISIBILI?

Strategie
per far sentire la
VOCE.

PROGRAMMA

- 9.00** **Registrazione dei partecipanti**
Moderatore della giornata
G. Muttillo, *Presidente Collegio IPASVI Milano - Lodi*
- 9.15 - 9.30** **Presentazione della giornata**
C. Sironi, *Consigliere ARLI*
A. Filippini, *Presidente Collegio IPASVI Varese*
- 9.30 - 10.30** **"Perché gli infermieri restano invisibili?"**
S. Gordon, *giornalista e autrice freelance americana*
- 10.30 - 11.30** **"Senza infermieri non c'è ospedale"**
G. Remuzzi, *Medico Nefrologo*
- 11.30 - 12.00** **Coffe break e Conferenza Stampa**
- 12.00 - 13.00** **"Strategie per far sentire la voce degli infermieri"**
S. Gordon, *giornalista e autrice freelance americana*
- 13.30 - 14.00** **Dibattito e conclusioni a cura del Coordinamento dei Collegi IPASVI Lombardia:**
B. Mazzoleni, *Presidente Collegio IPASVI Bergamo;*
S. Bazzana, *Presidente Collegio IPASVI Brescia;*
S. Citterio, *Presidente Collegio IPASVI Como;*
E. Marsella, *Presidente Collegio IPASVI Cremona;*
C. Tentori, *Presidente Collegio IPASVI Lecco;*
A. Guandalini, *Presidente Collegio IPASVI Mantova;*
G. Muttillo, *Presidente Collegio IPASVI Milano-Lodi;*
E. Frisone, *Presidente Collegio IPASVI Pavia;*
E. Piani, *Presidente Collegio IPASVI Sondrio;*
A. Filippini, *Presidente Collegio IPASVI Varese.*

COMITATO SCIENTIFICO:

Dott. Stefano Bazzana, Dott. Aurelio Filippini, Dott.ssa Miriam Magri, Dott. Giovanni Muttillo, Dott.ssa Cecilia Sironi.



ISCRIZIONI: 15,00 €

Le iscrizioni saranno accettate fino all'esaurimento dei 190 posti disponibili tramite iscrizione on-line sul sito www.ipasvimi.it accompagnata da copia dell'avvenuto pagamento (a mezzo fax 02/55189977).

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

Collegio IPASVI Milano - Lodi • Telefono 02 59900154

CONVEGNO
IN FASE DI
ACCREDITAMENTO
ECM-CPD



1° Settembre 2009
Circolo della Stampa Milano • Corso Venezia 16, Milano • Ore 9.00 - 14.00

Linea Metropolitana 1 (rossa) Fermata San Babila o Palestro

SBBL – Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo



Regione Lombardia

www.sbbl.it

57

Il Collegio IPASVI di Como si è convenzionato con SBBL. SBBL è la biblioteca biomedica della Regione Lombardia nata con lo scopo di offrire una corretta e aggiornata documentazione scientifica e clinica al personale sanitario.

SBBL è una biblioteca virtuale costituita da una rete di 156 biblioteche, situata presso il Dipartimento di Farmacologia Medica dell'Università degli Studi di Milano.

Il sistema permette agli utenti di effettuare una ricerca bibliografica su argomenti specifici attraverso la consultazione on line di banche dati come:

- **MetaCrawel/Medline:** motore di ricerca che agisce su data base bibliografici, con servizi personalizzati sulla gestione delle ricerche stesse.
- **CLink:** modulo che gestisce i periodici elettronici posseduti e mette a disposizione funzioni di link-resolver per il reperimento dei documenti full-text.
- **CCube:** modulo che gestisce il catalogo dei periodici cartacei e le funzioni di Document Delivery

PER ACCEDERE AL SERVIZIO:

- Richiedere la password di accesso compilando il **modulo 7.1a** scaricabile dal sito http://www.sbbl.it/export/sites/sbbl/Allegati/7_1a.pdf. L'utente dovrà poi inviare il modulo compilato al Collegio (fax 031/263538 - mail info@ipasvicomo.it) ed attendere la conferma d'accesso. Sarà quindi possibile accedere al sito SBBL dalla home page, nella sezione "ACCEDI" e consultare direttamente le banche dati.

Tutti i documenti free possono essere scaricati direttamente dall'utente. Diversamente, l'utente dovrà inviare, attraverso il sistema SBBL, la richiesta al Collegio IPASVI, che provvederà ad inoltrarla alle biblioteche on line che dispongono di tale materiale.

Gli articoli richiesti, come previsto dal regolamento di SBBL, saranno inviati via fax oppure ritirati in segreteria.

- Chiedere direttamente alla segreteria del Collegio in forma scritta, il materiale bibliografico, indicando maggiori riferimenti possibili al fine del corretto reperimento dell'articolo.

Il servizio è già attivo. Chiunque fosse interessato può contattare la segreteria del Collegio come sopra indicato.



NUOVE ISCRIZIONI DAL 07/04/2009 AL 17/06/2009

Aggujaro Romina	Lele Alina Florina	Rosas Davila Julian
Arigossi Gianpiero	Marinoni Elisa	Rubino Marzia
Beliaev Maksim	Mascolo Maria Giovanna	Sanvito Mario Giovanni
Brignone Marco Antonio	Melis Jessica	Scarano Emanuele
Daka Sonida	Mendoza Apaza Alejandrina	Schiavon Silvia
Donadini Luigi	Montano Perez Jenny Milagros	Senilunti Elisa
Felicite Marie Noele	Morandi Nicoletta	Sinjari Gentian
Giudici Francesca	Parfene Seinab Cecilia	Tagliabue Anna
Gorea Elena	Piccinelli Maria Francesca	Theodorescu Liliana Marcela

58

NUOVE ISCRIZIONI DAL 07/04/2009 AL 17/06/2009 PER TRASFERIMENTO DA ALTRI COLLEGI

Belatik Mouhsin	Kietlyka Wioletta Maria	Monni Marco
Ciulpan Mirela Otilia	Malgotti Stefano	Nistor Diana Maria
		Szalewicz Edyta

CANCELLAZIONI DAL 07/04/2009
AL 17/06/2009 PER CESSATA
ATTIVITÀ LAVORATIVA

Gurea Costica

CANCELLAZIONI DAL 07/04/2009
AL 17/06/2009 PER TRASFERIMENTO
AD ALTRI COLLEGIFrongia Patrizia
Joseph Jijimol***Infermieri e dentista: ecco le carriere che assicurano subito il lavoro***

Uno studio dell'Istat su "Università e carriera" conferma come il fascino del camice paghi dopo i sacrifici dello studio. Per i corsi triennali, la percentuale più alta di giovani impegnati in carriere lavorative, dopo la laurea, riguarda soprattutto i laureati delle professioni infermieristiche ed ostetriche (72,4%). Per quanto concerne gli stipendi, brillano quelli incassati dai dottori, rispetto agli altri e, rispetto al titolo triennale, ai primi posti, ci sono i laureati nelle professioni sanitarie del gruppo medico (1,414 ?). Riguardo alla coerenza tra titoli di studio e il lavoro svolto, essa aumenta col livello di istruzione: sono i giovani usciti dai corsi lunghi del gruppo medico (99 laureati su 100), chimico-farmaceutico (94 su 100) ed ingegneria (83 su 100) a veder maggiormente riconosciuto il proprio titolo.

Tra i laureati dei corsi triennali, sono le professioni sanitarie (94%) a vantare il primato. Per le immatricolazioni all'anno accademico 2007/2008, nel gruppo che afferisce alla facoltà di medicina si registra l'8,6% del totale (bel 26.459 giovani e, si tratta, soprattutto di donne: il 64,2% rispetto al 35,8% degli uomini. Infine anche per quanto riguarda il successo negli studi, questo gruppo si distingue: nel 2007, su 100 immatricolati nell'anno accademico 2001/02, infatti si è laureato il 78,8% degli studenti

Fonte: *Infermieri in rete News Letter Federazione Nazionale IPASVI - n. 21 del 17 giugno 2009*

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



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



prot. 1672/09/III/4

Como, 18 MAG. 2009

59

oggetto: **esito procedimento disciplinare Inf. Caleffi Sonya**

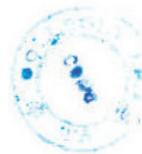
AL MINISTERO DEL LAVORO DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI	ROMA
AL MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE	ROMA
AL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA	ROMA
AL MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E RICERCA SCIENTIFICA	ROMA
ALLA FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI	ROMA
ALL'ENPAPI	ROMA
ALL'ASSESSORE ALLA SANITA' REGIONE LOMBARDIA	MILANO
AL PREFETTO	COMO
AL QUESTORE	COMO
AL PRESIDENTE DEL TRIBUNALE CIVILE E PENALE	COMO
AL PROCURATORE DELLA REPUBBLICA	COMO
AL DIRETTORE GENERALE DELL' AZIENDA OSPEDALIERA	COMO
AL RESPONSABILE AREA RISORSE UMANE AZ. OSPEDALIERA	COMO
AL DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA LOCALE	COMO
AL RESPONSABILE AREA RISORSE UMANE AZIENDA SANITARIA LOC.	COMO
AL DIRETTORE GENERALE OSPEDALE VALDUCE	COMO
AL RESPONSABILE AREA RISORSE UMANE OSPEDALE VALDUCE	COMO
AL DIRETTORE GENERALE CLINICA VILLA APRICA	COMO
AL RESPONSABILE AREA RISORSE UMANE CLINICA VILLA APRICA	COMO
AL DIRETTORE GENERALE OSPEDALE FATEBENEFRAELLI	ERBA
AL RESPONSABILE AREA RISORSE UMANE OSP. FATEBENEFRAELLI	ERBA
AGLI ENTI PRIVATI DI CURA E ASSISTENZA DELLA PROVINCIA DI COMO	LORO SEDI
AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI	COMO
AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI FARMACISTI	COMO
AL PRESIDENTE DEL COLLEGIO DELLE OSTETRICHE	COMO
A TUTTI I COLLEGI IPASVI	LORO SEDI

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI della provincia di Como facendo seguito alla delibera n. 84/04 del 15/12/2004 con la quale ha proceduto alla sospensione cautelativa dall'esercizio della professione di infermiera della sig.a Caleffi Sonya, nella seduta del **07/04/2009**, con delibera n. 19/09:

- **PRESA IN ESAME** la posizione dell'infermiere **Caleffi Sonya**, nata a Como il 21/07/1970, C.F. CLFSNY70L61C933V, iscritta/o all'Albo Professionale degli Infermieri dal 15/12/1994 al n. 4055 di posizione
- **VISTO** l'art. 49 del DPR 221/1950
- **DELIBERA** all'unanimità la **radiazione** dall'albo professionale degli Infermieri della sig.a Caleffi Sonya.

Distinti saluti.

Il presidente
Dott. Stefano Citterio




Comunicazione prioritaria sulla Posta Elettronica Certificata (PEC) (D.L. 185/08)

E-mail e Posta Elettronica Certificata

60

L'e-mail è ormai lo strumento di comunicazione elettronica più utilizzato per lo scambio di comunicazioni. La posta elettronica o e-mail (acronimo di Electronic Mail) è un mezzo di comunicazione in forma scritta via Internet. I messaggi possono includere testo, immagini, audio, video o qualsiasi tipo di file. La Posta Elettronica Certificata (PEC) è un sistema di posta elettronica nel quale è fornita al mittente documentazione elettronica, con valenza legale, attestante l'invio e la consegna di documenti informatici. "Certificare" l'invio e la ricezione - i due momenti fondamentali nella trasmissione dei documenti informatici - significa fornire al mittente, dal proprio gestore di posta, una ricevuta che costituisce prova legale dell'avvenuta spedizione del messaggio e dell'eventuale allegata documentazione. Allo stesso modo, quando il messaggio perviene al destinatario, il gestore invia al mittente la ricevuta di avvenuta (o mancata) consegna con precisa indicazione temporale. Nel caso in cui il mittente smarrisca le ricevute, la traccia informatica delle operazioni svolte, conservata per legge per un periodo di 30 mesi, consente la riproduzione, con lo stesso valore giuridico, delle ricevute stesse.

GLI ASPETTI POSITIVI SONO MOLTEPLICI

- In primo luogo una PEC conferisce ufficialità a qualsiasi invio eseguito. Se si invia un semplice messaggio mail con o senza allegati, quello stesso messaggio mail avrà la medesima validità di una raccomandata AR. Ebbene sì, la PEC si basa su procedure di ricevute di invio, accettazione e deposito del messaggio inviato. Ogni singola PEC inviata crea ricevute ufficiali che riportano l'anno, il mese, il giorno, l'ora, i minuti, i secondi e un numero di serie che identifica univocamente il messaggio inviato. Fatture, documenti importanti, inviti... qualsiasi cosa venga inviata da un account PEC lascia al mittente una ricevuta di invio effettuato e di deposito nella casella del destinatario.
- Una PEC sostituisce FAX e Raccomandate AR (minimo 3,40 euro per ogni invio) e conseguentemente non richiede spazio in ufficio (ormai un pc è ovunque), non richiede lunghe attese allo sportello postale, non richiede un costo per ogni singolo

invio, il costo è annuale e poi si può "abusare" del servizio.

- Una PEC si può inviare da qualsiasi parte del mondo a qualsiasi ora. Si possono inviare allegati, ovviamente in digitale, che non richiedono nemmeno il costo della stampa. Stampa che, in relazione alle lettere è poca cosa, ma in relazione a fascicoli di documenti comincia a diventare impegnativa sia in termini di carta sia in termini di toner e, dipendentemente dalla stampante, anche in termini di tempo.
- Un account PEC è esente da spam, da spazzatura informatica che spesso assilla gli utenti di posta elettronica certificata. Solo una PEC può scrivere ad una PEC. Se si ricevono messaggi indesiderati, sconci, volgari, ecc. si può risalire facilmente al mittente poiché ogni utente di PEC è registrato in appositi archivi (ovviamente rispettosi della privacy).
- Un indirizzo PEC, quando lo si possiede, può essere utilizzato tanto per motivi professionali quanto per motivi personali. Questo permette di eliminare anche i costi della posta della vita privata. Indipendentemente dalla libera professione, indipendentemente dagli obblighi di legge, l'utilizzo della PEC è senz'ombra di dubbio una forma concreta di risparmio sia in termini di tempo sia in termini di costo... anche a fronte di un prezzo da pagare.

Il D.L. 185/2008 impone a tutti i liberi professionisti di dotarsi entro e non oltre il 28 Novembre 2009 di account di Posta Elettronica Certificata (nel seguito PEC), così come previsto dall'art. 16 comma 7 del citato D.L.

Il Collegio IPAS.VI di Como sta raccogliendo diversi preventivi da Ditte specializzate nel settore, per fornire questo servizio a tutti gli iscritti. Sono obbligati ad aderire i Liberi Professionisti ma sarebbe opportuno che tutti gli iscritti si dotassero di una PEC.

Sul prossimo Numero di Agorà (Settembre), renderemo note le decisioni assunte dal Consiglio Direttivo sulla base dei preventivi pervenuti scegliendo il prodotto migliore qualità/prezzo.

*Il Tesoriere
Inf. Marino Ciro*



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 _____



Dalla Regione 4,5 milioni di euro in più per la prevenzione

È noto come, soprattutto da alcuni anni, l'attività del sistema sanitario sia programmata sulla base del budget stanziato, delle risorse disponibili; ed è evidente come, soprattutto adesso, sia complicato non solo riuscire ad aumentare, ma anche semplicemente riuscire a non diminuire il budget disponibile. Ebbene, in questo quadro Regione Lombardia ha compiuto un'azione importante: con la delibera VIII/9173, dello scorso 30 marzo, ha introdotto significative innovazioni per la erogazione di alcune prestazioni sanitarie riguardanti la diagnosi precoce di patologie oncologiche, che saranno d'ora in poi retribuite "extrabudget" dalla Regione agli erogatori di tali servizi (ambulatori, aziende ospedaliere, case di cura, ecc.). Mentre la maggior parte delle prestazioni sanitarie erogate per la Regione Lombardia sono regolate da appositi contratti stipulati tra le ASL e gli erogatori, le prestazioni extrabudget sono, come dice la parola stessa, compensate a prescindere dai massimali stabiliti con tali contratti, e quindi, come accade per le prestazioni urgenti, non avendo limiti prefissati non necessitano di alcuna programmazione. Questa innovazione si traduce immediatamente in una drastica riduzione dei tempi di attesa per i cittadini, con l'esito inoltre di un migliore e più approfondito monitoraggio di patologie, che se non curate a tempo, producono gravi conseguenze sulla salute del paziente. È ovvio che tale novità ha come riflesso immediato dei costi aggiuntivi, anche se nel lungo periodo contribuisce sicuramente ad una riduzione dei costi complessivi, grazie al miglioramento della prevenzione che permette percorsi di cura che colgono la patologia nelle fasi iniziali dove le cure sono più semplici ed efficaci. Lo sforzo, anche economico, è notevole: si prevede un aumento della spesa riguardo a queste prestazioni di circa il 10%, pari a 4,5 milioni di euro. L'obiettivo della Regione è come detto quello di aiutare in misura ancor più efficace i cittadini nella prevenzione: dal 2005 sono extrabudget le prestazioni di grande urgenza (infarto, ictus, politrauma) e di dialisi, dal 30 marzo lo sono diventate anche la mammografia mono e bilaterale, l'ecografia mammaria mono e bilaterale e la colonscopia, essenziali per la diagnosi precoce di patologie oncologiche frequenti quali il tumore al seno e al colon retto. E accanto ad esse, sempre nell'ottica di una più ampia ed efficace campagna preventiva, gli screening di 1° livello (FOBT, ricerca del sangue occulto nelle feci, Pap test) e di 2° livello (colposcopia). Un'azione che costerà cara, ma la salute non ha prezzo; e questa iniziativa aiuterà molti cittadini a conservare meglio la propria salute.

(Fonte: Sanità in forma - Anno III - N° 7 Aprile/Giugno 2009)

ASL di Como: Un nuovo servizio per la protezione giuridica delle persone più fragili

Chi si trova in situazione di fragilità personale, familiare o sociale, è privo di autonomia o comunque ha difficoltà a provvedere da solo alla gestione dei suoi interessi ha ora un aiuto in più. L'ASL della Provincia di Como ha istituito infatti l'"Ufficio per la promozione delle tutele e dell'amministratore di sostegno" con il preciso compito di informare tutti coloro che sono interessati agli strumenti di protezione giuridica, cioè le persone che vivono situazioni problematiche, le loro famiglie, gli operatori dei servizi sociosanitari e le associazioni impegnate in questo settore. Oltre a promuovere la fruizione di tutti gli strumenti giuridici disponibili e favorire l'accesso ai procedimenti, il servizio servirà anche a tenere i contatti con gli uffici comunali - istituzionalmente preposti a garantire la tutela dei propri cittadini più fragili - e giudiziari, per l'effettiva presa in carico della persona e l'attivazione delle misure più adatte al singolo caso. Un servizio innovativo, dunque, per la persona in difficoltà, che non può provvedere alle proprie necessità, per infermità o menomazioni permanenti o temporanee, che può anche concretizzarsi nell'aiuto al riconoscimento dell'"amministratore di sostegno". Questa figura, introdotta da pochi anni, è ispirata da un approccio rispettoso della dignità della persona e si differenzia dallo strumento dell'interdizione e della nomina del "tutore", misura che si è rivelata spesso sproporzionata alla reale necessità di protezione degli interessati: si tratta appunto di una nuova figura cui competono atti specifici per la tutela e la rappresentanza giuridica, senza alcun pregiudizio dei diritti del beneficiario, dei suoi interessi e dei suoi bisogni.

L'amministratore di sostegno cerca di migliorare la partecipazione e l'integrazione nella famiglia e nella vita sociale della persona che ne ha bisogno, costituendo in molti casi la



soluzione più adeguata per chi è privo in tutto o in parte dell'autonomia necessaria per autogestirsi nelle funzioni della vita quotidiana.

In altri termini, il Giudice individua un familiare o una persona esterna alla famiglia, per un affiancamento o la sostituzione nelle decisioni più impegnative e complesse, solo quando è realmente necessario. L'Amministratore di Sostegno è chiamato di fatto a "proteggere" la qualità della vita di chi affianca, ad affrontare i suoi problemi, a progettare con lui e per lui ciò che è necessario per il suo futuro, curando esclusivamente i suoi effettivi interessi, cercando addirittura di "prevenire" i suoi concreti e reali bisogni di cura e di assistenza: in una parola, cercando di costruire la sua salute e benessere. L'Ufficio per la protezione giuridica è a disposizione del pubblico - previo contatto telefonico - dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 12 e dalle 14 alle 16 al recapito 031.370292 e all'indirizzo di posta elettronica: sbarbaro.francesco@asl.como.it

Segreteria della Direzione Sociale/Responsabile dell'Ufficio:
Dott. Adriano Lunini: 031.370379 - 031.370223; fax: 031.370248; e-mail:
direzione.sociale@asl.como.it.

(Fonte: *Sanità in forma - Anno III - N° 7 Aprile/Giugno 2009*)

"L'Architettura della salute": la ricca storia degli ospedali lombardi in un libro

La Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia ha realizzato la pubblicazione dal titolo "L'Architettura della Salute - Luoghi e storia della Sanità lombarda", un contributo alla riflessione sull'ospedale tra passato e futuro nella nostra regione.

"L'ospedale inteso come luogo di ospitalità e di cura per i malati e i bisognosi - così nelle parole dell'Assessore Luciano Bresciani - è il più fulgido esempio della capacità organizzativa e identitaria che la nostra terra lombarda, fin dal Medioevo, riuscì ad esprimere. Un luogo di attenzione per il popolo, inizialmente espressione dei sentimenti di carità di istituzioni e congregazioni religiose e poi obiettivo sociale dei governi. Un percorso d'umanità e di professionalità che continua nel tempo e che sta conoscendo proprio in questi anni un nuovo protagonismo, grazie agli imponenti investimenti finanziari messi a disposizione da Regione Lombardia e finalizzati a realizzare un nuovo modello di Sanità, dove l'attenzione alla persona e ai suoi bisogni sono centrali anche nella programmazione architettonica e urbanistica delle nuove strutture ospedaliere". La maggior parte degli ospedali lombardi ha alle spalle una lunga storia, spesso non molto conosciuta, ma profondamente radicata nella tradizione assistenziale del territorio. Riappropriarsi del proprio passato, ripercorrendo le tappe più significative di un cammino che ha attraversato la storia, costituisce una questione di grande valore per chi oggi si occupa di salute e sanità. La ricognizione analitica e critica dell'ampio ventaglio di esempi indagati nel volume è, così, il primo doveroso contributo alla storia ospedaliera lombarda dal punto di vista dell'architettura e, più in generale, della stessa identità territoriale. La pubblicazione si compone di una parte storiografica che tratteggia un interessante profilo dell'architettura degli ospedali lombardi nei secoli, partendo dall'edificazione degli Ospedali Maggiori quattrocenteschi, per analizzare la tipologia a padiglioni dall'Ottocento fino al primo Novecento, giungendo a descrivere l'evoluzione che porta al monoblocco nel XX secolo, concludendo con il modello di nuovo ospedale contemporaneo e lo slancio costruttivo in cui Regione Lombardia si trova attualmente impegnata. Arricchita da un consistente contributo fotografico, la seconda parte del libro analizza tredici strutture ospedaliere attive sul territorio, dedicando a ciascuna di esse una scheda. Il volume rappresenta un'occasione utile per approfondire la realtà ospedaliera che, oltre a essere un momento di cura e di speranza, costituisce anche un luogo dove vicende individuali e collettive sedimentano, formando un insieme di storie che rivelano una stretta connessione tra medico e paziente, tra malattia e società, tra ospedale e territorio.

Sul sito http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpageName=DG_Sanita%2FDetail&cid=1213294206629&packedargs=menu-to-render%3D1213277054618&pageName=DG_SANWrapper, è disponibile in due file scaricabili l'intera pubblicazione



Il bambino malato Gabriel Metsu



Gabriel Metsu, "Il bambino malato" 1660-1665, olio su tela

La scena è definita dalla figura della madre che, nel descrivere uno spazio ellittico, sostiene con dolcezza ed energia il corpo malato del proprio figlio (o figlia?) indebolito dalla malattia e abbandonato sul suo braccio destro, con lo sguardo perso nel vuoto. Le linee dei due corpi si incrociano e rompono la fissità della scena. la gonna rossa emerge, come un tappeto regale per la figura pallida e giallastra, inserita in un ambiente bluastro monocromatico.

Così, più che una Maternità, gli atteggiamento e l'uso del colore si adattano maggiormente ad una deposizione dalla croce; ma la madre guarda il figlio malato con serenità e tiene il suo braccio destro assicurandolo e dandoci la sensazione che tutto andrà per il meglio. Nella drammaticità lei è presente, e afferma con il suo amore che la malattia non può cancellare il buono della vita; come George Santayana ha detto "Ama chi dice:-tu non puoi morire -".

Le risonanze religiose della Vita, Passione e Risurrezione di Cristo vengono ritratte all'interno della vita di tutti i giorni, e lasciano emergere l'amore e l'amicizia come risposta umana al bisogno di ogni uomo malato, affermando che l'uomo è reso capace di assistere per la certezza che la malattia e la morte non sono l'ultima parola sulla vita.

*Tratto da "Curare e guarire occhio olistico e occhio clinico.
La malattia e la cura nell'arte Pittorica Occidentale - G. Bordin L. Polo D'Ambrosio*

