

Ottobre 2009 - N. 43

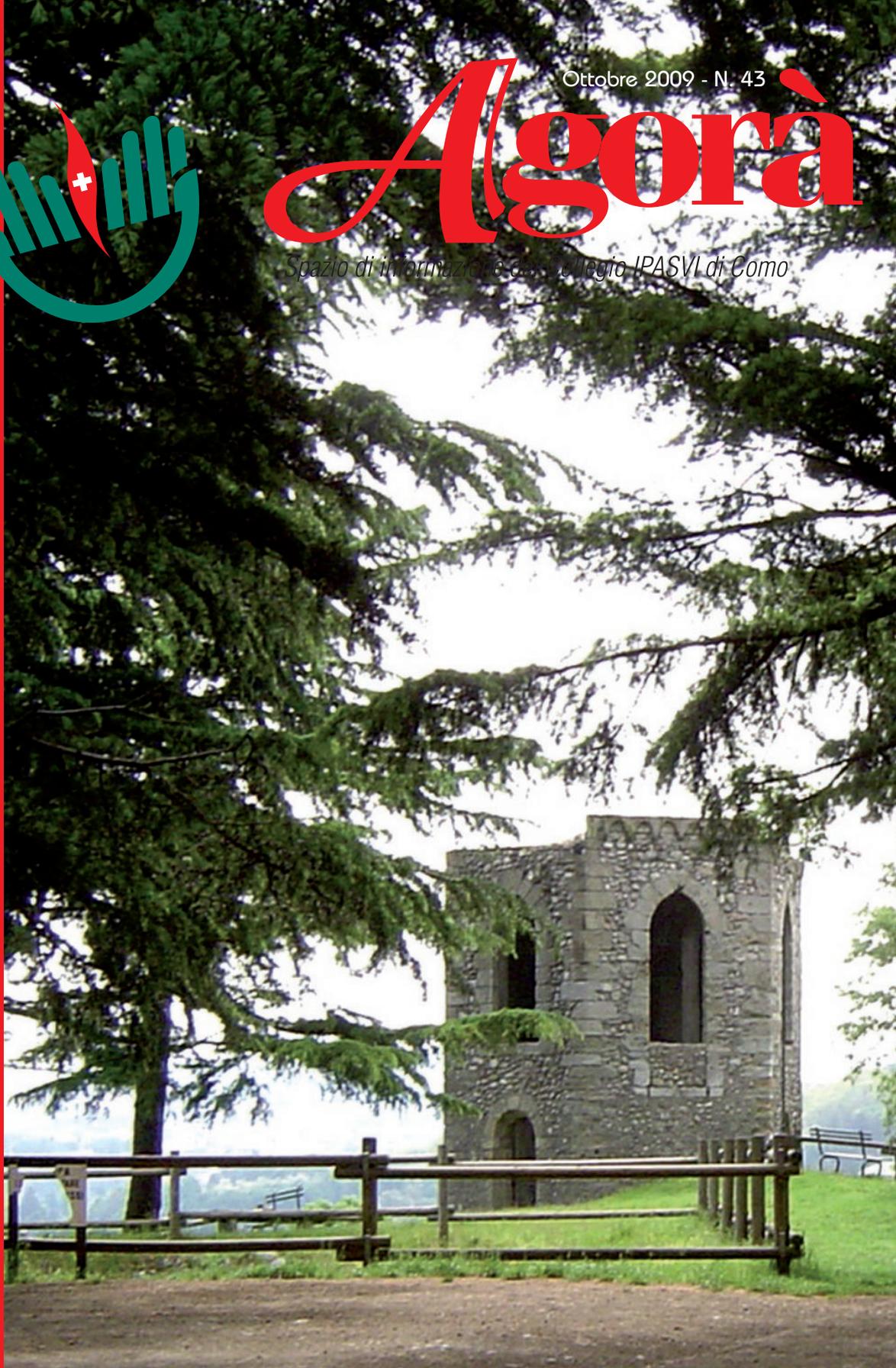
# Algorà

*Spazio di informazione dal collegio IPASVI di Como*



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

**La rivista è consultabile sul sito [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it)**



<i>Editoriale</i> Quando il lavoro è salute!	<b>2</b>
Perchè gli infermieri rimangono invisibili? Strategie per far sentire la voce	<b>4</b>
La nuova influenza A/H1N1	<b>10</b>
Infermieri e farmacie. Quali novità?	<b>17</b>
Aggiornamento Registro Liberi Professionisti	<b>19</b>
Iscrizioni ai corsi di Laurea triennali. Le prime riflessioni	<b>21</b>
CRI: le infermiere volontarie promosse infermiere... a norma di legge!!	<b>23</b>
<i>È evidente che...</i> Le revisioni sistematiche	<b>25</b>
<i>Infermieristica e cure complementari</i> L'arte del massaggio (seconda parte)	<b>28</b>
<i>Ri...visti</i>	<b>30</b>
<i>Posta e risposta</i>	<b>34</b>
<i>News from the web</i>	<b>37</b>
<i>Articoli originali</i> Evoluzione normativa: l'unica progressione infermieristica	<b>40</b>
<i>Articoli originali</i> Coronarografia con approccio radiale	<b>42</b>
Commissione formazione	<b>45</b>
Nuove iscrizioni e cancellazioni	<b>50</b>
Posta certificata: comunicazione agli iscritti	<b>51</b>
<i>Bacheca</i>	<b>52</b>

## QUANDO IL LAVORO È SALUTE!

Dott. Stefano Citterio  
Presidente Collegio IPASVI Como

Il lavoro, in media, rappresenta più di un terzo della nostra vita attiva e, se escludiamo il tempo dedicato al sonno e ad altre attività fisiologiche, in molti casi costituisce l'attività prevalente del nostro vivere.

Se ciascuno pensa alle condizioni in cui svolge la propria attività lavorativa o alle discussioni con i colleghi, l'accento che più spesso si percepisce è quello di un disagio, spesso evidente come lamento, che ormai sembra essere costante, non solo da parte dei soliti noti ormai scarichi della voglia di lavorare, ma anche da parte di giovani neoassunti o appartenenti alla professione da pochi anni.

Il lamento, da cui genera la demotivazione, è spesso rivolto alle condizioni lavorative non adeguate, all'eccessivo carico di lavoro, al livello basso delle retribuzioni, alla scarsa considerazione da parte dei colleghi e dei superiori, allo stress derivante dai turni e dalla relazione con i pazienti, e così via.

Purtroppo, in molti casi tutto ciò costituisce una cruda realtà che mette a dura prova anche i più volenterosi e bene intenzionati. Se guardiamo anche alle altre professioni sanitarie ci accorgiamo che tali circostanze sono vissute altrettanto. Potremmo addirittura sostenere che questa condizione, (sintetizzata in modo esteriore ma efficace dal concetto di "disagio") attraversa quasi tutte le attività lavorative.

Una spiegazione, anche questa semplice ma efficace, può essere rappresentata dal fatto che il lavoro, di qualunque tipo si tratti, costa innanzitutto fatica. Il lavoro cioè chiede qualcosa in cambio, senza sconti per nessuno.

Questo "lamento" normalmente dipende dal fatto che l'attenzione di chi lavora non è rivolta all'opera che sta compiendo, ma piegata sulle circostanze spesso difficili





Matisse – La finestra

chi si deve far fronte, è concentrata solo sulla fatica. La differenza sostanziale tra il lamento e il protagonismo nel proprio lavoro consiste prima di tutto nella concezione che si ha di se stessi e di ciò a cui si partecipa. Questo risulta vero a tutti i livelli, da chi fa il dirigente a chi si è appena laureato.

Il lavoro è un'opera, che forma e costituisce innanzitutto la persona che la compie, è anche la modalità espressiva più efficace dell'uomo che, attraverso il lavoro, modella la realtà per uno scopo. Forse, il più delle volte, diamo per scontate la forza e la bellezza del nostro lavoro esasperando gli aspetti negativi e faticosi, quasi come spettatori impotenti.

**Una coscienza adeguata di sé e del proprio lavoro**

porta a cambiare le domande che si pongono, ad accogliere con stupore ciò che accade in reparto, a considerare aspetti dell'ospedale che normalmente non consideriamo, a guardare la persona assistita e il collega in modo diverso, a ridurre il peso della fatica.

Per questo può essere **più conveniente** mettersi in gioco, nella situazione lavorativa che vivo (qui ed ora), anziché sognare il posto di lavoro perfetto, aspettando che altri risolvano i nostri problemi o attendendo la fine del turno o, peggio, la pensione.

Il disagio spesso rappresenta una spia (utile e necessaria)

che, se non censurata, ci spinge continuamente a ricercare ciò che corrisponde di più alle nostre esigenze. Il disagio è anche l'espressione di una umanità che, nonostante tutto, vive e pretende di farlo a certe condizioni senza accontentarsi di meno.

È certamente difficile non ricadere nella logica del lamento, anche perché le cose che non vanno ci sono realmente. Concretamente può aiutare cercare e seguire persone che invece vivono il proprio lavoro con uno sguardo e una passione diversi, in modo da comprendere e verificare come questo possa diventare una esperienza possibile.

In fondo ciò che il lavoro chiede, anzi pretende, è l'implicazione della nostra persona, in tutto e per tutto senza accontentarsi solo di una parte.

**BUON LAVORO A TUTTI!**

# Perché gli infermieri rimangono invisibili? Strategie per far sentire la voce

di Suzanne Gordon

4

*Il primo settembre si è svolto a Milano il Convegno “Perché gli infermieri rimangono invisibili? Strategie per far sentire la voce” organizzato dal Coordinamento dei Collegi Lombardi che ha visto la partecipazione di oltre 200 persone. Proponiamo alcuni stralci di interventi pubblicati da Suzanne Gordon, tratti dalla collega Cecilia Sironi, che ben sintetizzano il “Gordon pensiero” e che possono contribuire al percorso di riflessione e messa in discussione del nostro essere infermiere oggi.*

Diverse settimane fa stavo passeggiando davanti ad una libreria di Boulevard St Germain quando un libro per bambini, con in copertina il disegno di un’infermiera che fasciava il dito ad un bambino, catturò la mia attenzione. Il libro esposto nella vetrina della libreria era intitolato *Je sais qui me soigne* (So chi si prende cura di me) e fa parte di una serie volta all’“educazione civica” dei bambini dai nove ai 13 anni.

Il testo inizia con un caso tipico. Julien ha la febbre alta e inizia a vomitare; si reca quindi dal dottore. Il libro prosegue definendo cosa sono la malattia e l’assistenza, illustrando lo scopo del servizio sanitario e assistenziale. Per tutto il libro i medici – sempre presenti e indicati con il loro cognome e titolo, come ad esempio Dr Chevalier – sono in primo piano. Il libro dedica un certo numero di pagine per descrivere la preparazione e le conoscenze dei medici. Gli infermieri – identificati utilizzando solo il nome, come ad esempio Gaston o Lucille – sono definiti con un linguaggio negativo o indiretto.

**“Chi è l’infermiere?” chiede il testo.** “L’infermiere”, risponde, “non è il medico”. L’infermiere è, infatti, qualcuno “i cui studi le/gli forniscono delle conoscenze sufficienti per eseguire e applicare le decisioni prese dal medico o dal chirurgo”.

L’infermiere non è neppure posto direttamente in relazione con il paziente che assiste. Sotto tutti i punti di vista, la relazione infermiere-paziente è fermamente mediata dal medico.

Quello che questo breve testo illustra non è semplicemente un fenomeno francese. È l’inesorabile

mondiale relazione tra assistenza sanitaria e “assistenza medica necessaria” e l’esclusione dai sistemi sanitario-assistenziali e dall’immaginazione pubblica del concetto di **“assistenza infermieristica necessaria”**.

Il concetto di assistenza o servizi medici necessari è diventato critico in tutte le discussioni di assistenza sanitaria nella maggior parte dei Paesi industrializzati. Negli Stati Uniti e in Canada il termine è utilizzato per identificare quali servizi sanitari debbano essere coperti dai programmi statunitensi Medicare e Medicaid e dal sistema di assistenza medica canadese.

Sebbene il concetto di assistenza e servizi medici necessari sia stato sviluppato per strutturare e contenere i servizi, esso ha trasformato il crescente controllo de facto dell’assistenza sanitaria da parte della medicina in controllo de jure. Nonostante tutto sono solo i medici a determinare che cosa sia necessario dal punto di vista medico, anche quando i servizi sono erogati da clinici o altri professionisti sanitari e assistenziali che non sono medici.

Nonostante i recenti freni posti all’autonomia dei medici e alle consulenze specialistiche, la maggior parte della gente – perfino nelle condizioni degradate della managed care degli Stati Uniti – ritiene che l’essenza del sistema sanitario assistenziale sia proprio “l’assistenza medica necessaria”. Quando paga le tasse o i premi assicurativi, gran parte della gente sente che ha diritto a servizi forniti e controllati da medici. (...)



## Suzanne Gordon - [www.suzannegordon.com](http://www.suzannegordon.com)

Suzanne Gordon è giornalista e autrice freelance dal 1970 quando lavorava al Baltimore Bureau of United Press International. La signora Gordon scrive di cultura politica, tematiche inerenti le donne, gli infermieri e l'assistenza infermieristica e sanitaria. In totale ha scritto o ha curato (editor) la pubblicazione di 12 libri. Il suo ultimo libro, scritto con John Buchanan e Tanya Bretherton e intitolato *La sicurezza nei numeri: il rapporto numerico tra infermieri e pazienti e il futuro dell'assistenza sanitaria*, che tratta del numero di infermieri in rapporto al numero di pazienti in California e nello stato di Victoria, Australia, è stato pubblicato nell'aprile 2008 da Cornell University Press.

Negli ultimi 26 anni, la sig.ra Gordon ha scritto più di 350 articoli per le principali riviste e quotidiani nord-americani come il *New York Times*, *Boston Globe*, *Los Angeles Times*, *Washington Post*, *Atlantic Monthly*, *The Nation*, *Toronto Globe and Mail*, *Harpers*, *Mother Jones* e numerosi altri. Ha curato una rubrica radiofonica alla CBS Radio News ed è stata uno dei commentatori per gli argomenti di assistenza sanitaria per Public Radio International's Marketplace.

Da 22 anni Suzanne Gordon è andata osservando gli infermieri e altri operatori sanitari che lavorano negli ospedali e altre istituzioni degli Stati Uniti e ha scritto di assistenza infermieristica, caregiving e altre tematiche inerenti la riforma del servizio sanitario. Nel corso della stesura del suo libro best seller *Life Support: tre infermiere in prima linea*, ha letteralmente seguito, osservato e riportato il lavoro di tre infermiere del Beth Israel Hospital di Boston (la prima edizione è del 1996). Con Bernice Buresh ha scritto *Dal silenzio a far sentire la propria voce: che cosa gli infermieri sanno e devono comunicare al pubblico*, che nel 2000 vinse il riconoscimento come miglior libro dell'anno da parte dell'*American Journal of Nursing*. Il libro del 2005, che ha anch'esso vinto numerosi premi, dal titolo *Infermieri alle strette: come i tagli nella spesa sanitaria, gli stereotipi mediatici e la dominanza medica insidiano la professione infermieristica e i pazienti*, è una puntuale descrizione delle cause e delle conseguenze dell'attuale carenza mondiale di infermieri.

Suzanne Gordon è Assistant Adjunct Professor alla Facoltà di Scienze infermieristiche dell'Università della California, San Francisco e Visiting Professor alla Facoltà di Scienze infermieristiche dell'Università del Maryland. La sig.ra Gordon fa parte del comitato editoriale delle riviste *The American Journal of Nursing* e *Nursing Inquiry* ed è stata membro del National Advisory Committee sulla carenza infermieristica della Robert Wood Johnson Foundation. È inoltre co-editrice della serie *The Culture and Politics of Health Care Work* presso la casa editrice Cornell University Press.

La sig.ra Gordon ha una laurea in discipline umanistiche (BA, Bachelor of Arts) conseguita alla Cornell University e ha conseguito una specializzazione alla Johns Hopkins University.

La Gordon ha infine scritto una rappresentazione teatrale sulla relazione infermieri/medici con la commediografa Lisa Hayes. Questo lavoro è intitolato *Bedsides Manners (Le usanze di chi fa assistenza al letto dei malati)* ed è andata in scena, fra gli altri, a New York, Boston e Los Angeles.



Considerate brevemente come la maggior parte della gente vede l'assistenza infermieristica. Quando le persone sono ricoverate in ospedale si suppone che gli infermieri siano una presenza che si prende cura di loro senza comprendere che cosa gli infermieri faranno per loro. Il pubblico non capisce il processo formativo necessario per produrre il tipo di infermiere esperto che si attendono o che sperano risponderà al campanello di chiamata. Né

comprendono il tipo di conoscenze e abilità scientifiche, emotive e sociali alle quali gli infermieri ricorrono per adempiere il loro mandato di assistenza ai malati. La maggior parte delle persone – e questo include purtroppo troppi infermieri – crede che infermieri si nasca non che si divenga tali attraverso una specifica formazione. La maggior parte dei pazienti non riesce a capire le risorse e strutture sociali e organizzative che devono essere messe a



disposizione affinché dei bravi infermieri possano fornire della buona assistenza infermieristica. Tragicamente, sembra che numerosi amministratori e chi prende le decisioni ad alto livello non colgano ciò che Linda Aiken e i suoi colleghi, così come Patricia Benner e altri hanno documentato in modo così convincente – che **l'assistenza infermieristica erogata da infermieri esperti è un intervento organizzativo e sociale che non dipende solo da attributi personali, ma da caratteristiche istituzionali e da formazione e abilità complessi.**

L'infermiera storica Joan Lynaugh ha osservato: *"Sappiamo che, quando siamo malati, non possiamo entrare in ospedale senza un medico. Ma siamo ancora sorpresi nello scoprire che i pazienti non possono uscire dall'ospedale, in alcuna condizione migliore di quando sono entrati, senza un infermiere"*.

Siamo ugualmente sorpresi di venire a sapere che le infermiere sono formate, non nascono tali, che la loro pratica è sostenuta dalla ricerca e non dall'intuito femminile, che non sono rotelle intercambiabili nell'ingranaggio dell'assistenza sanitaria (un'infermiera oncologica non è uguale ad un'infermiera pediatrica) e che non lavorano solo per amore, ma per guadagnarsi uno stipendio.

(...)

Questo è il c.d. **"copione virtuoso"** così efficace e che

origina dal fatto che la rappresentazione della professione infermieristica come lavoro morale – che è continuamente rinforzata dai media e dall'opinione pubblica – è uno dei pochi messaggi positivi che gli infermieri che lavorano in prima linea ricevono.

Gli infermieri che esercitano in contesti stressanti e sempre sotto pressione, che si sentono privi di sostegno sia da parte dei propri dirigenti che dai datori di lavoro, gli infermieri che si assumono la responsabilità dell'assistenza infermieristica avanzata facendo esperienza dei conflitti dovuti ai confini di ruolo con medici e altri operatori sanitari, possono almeno contare sul fatto che il pubblico pensa che gli infermieri siano buoni e meritino fiducia. Quest'espressione di pubblica stima – pubblicata in numerosi sondaggi sulla professione infermieristica, che emerge sempre come una professione degna di fiducia – è stata qualcosa come un'ancora di salvezza per gli infermieri. Numerosi infermieri sono privati di quel genere di ricompense che le altre professioni ricevono e traggono quindi un giustificabile motivo di orgoglio nella differenza che infermieri abili e capaci di assistenza (caring) possono fare nella vita delle persone che assistono. Ma c'è un lato negativo di questa versione affettuosa dell'infermiere che alcuni infermieri trovano così critica per la loro identità professionale: minimizza le conoscenze e le abilità che gli infermieri portano al

## Che cosa gli infermieri devono far sapere al pubblico

### 1. Il ruolo principale degli infermieri è quello di proteggere le persone assistite.

Spiega in che modo gli infermieri proteggono i pazienti dai rischi e dalle conseguenze delle malattie e dei trattamenti per quelle malattie.

### 2. L'assistenza infermieristica richiede grandi abilità, conoscenze ed esperienza.

Racconta un episodio che illustri la gamma di abilità richieste per fornire una buona assistenza ai pazienti.

### 3. Per fornire un'assistenza sicura, efficiente e umana, ci vuole un infermiere il cui sguardo, debitamente formato, si posi sul paziente per un tempo sufficiente.

Metti un volto umano nell'assistenza alle persone malate e vulnerabili.

### 4. Gli occhi e la testa (brain) debitamente formati dell'infermiere prevengono infezioni, complicanze e ricadute.

Racconta una storia che illustri l'impatto delle tue conoscenze e abilità sui risultati ottenuti su un paziente.

### 5. L'assistenza infermieristica diminuisce il rischio di incidenti, malattia e morte dei pazienti.

Utilizza fatti e dati statistici per sottolineare il tuo punto di vista.



sistema sanitario e assistenziale. Se il pubblico non conosce che cosa fanno gli infermieri non può capire il contributo che un infermiere con formazione ed esperienza porta all'assistenza ai malati (insomma, siamo schietti: gli infermieri mantengono al sicuro i pazienti in uno degli ambienti più a rischio che essi abbiano mai incontrato - il servizio sanitario!), quindi il pubblico non protesterà per i tagli inesorabili di posti di lavoro infermieristici che stanno mettendo in pericolo l'assistenza sanitaria, anche nel migliore dei periodi economici. (...)

### **Qual è il nucleo centrale dell'assistenza infermieristica che il pubblico deve apprezzare?**

Noi riteniamo che la gente debba sapere l'estensione delle conoscenze scientifiche e mediche di cui gli infermieri hanno bisogno per esercitare la loro professione in sicurezza. Il pubblico deve apprezzare l'elevato sviluppo delle abilità di comunicazione interpersonale (che non sono presenti naturalmente, ma sono il risultato di autodisciplina e dominio di sé) che è richiesto dal doversi relazionare con persone in momenti della vita critici e impegnativi. La gente deve comprendere quali straordinarie abilità logistiche e gestionali sono necessarie per erogare assistenza infermieristica e coordinare e organizzare il lavoro di altri. Il pubblico deve sapere che gli infermieri sono professionisti abituati a svolgere alla perfezione diverse attività contemporaneamente – devono avere a che fare con persone nelle circostanze più sfidanti, prendere decisioni cliniche sulla base di dati complessi e devono capire la notevole complessità dei sistemi nei quali svolgono la loro pratica per assicurare che i loro assistiti siano gestiti in modo sicuro. Questo è ciò di cui gli infermieri dovrebbero parlare. Questo è ciò che nascondono le vecchie figure retoriche sugli angeli e i cuori.

Assicurare il necessario rispetto, riconoscimento, risorse e ricompense per attrarre e trattenere personale assistenziale qualificato esige che sia introdotto nella società il concetto di **"assistenza infermieristica necessaria"**.

### **Un adeguato rapporto numerico infermieri-pazienti fa risparmiare denaro e vite**

(...)

In California, dal 2005, a nessun infermiere che lavora in reparti chirurgici possono essere assegnati più di cinque malati per volta. In reparti equivalenti a Victoria – il secondo stato più vasto dell'Australia – il numero minimo di personale infermieristico ogni 20 pazienti è di 5 RN (infermieri abilitati), sostenuti da un infermiere responsabile<sup>1</sup> che non ha assegnato alcun paziente ed è quindi libero di aiutare gli altri RN.

Sia in California che a Victoria, questi rapporti numerici di personale furono inizialmente introdotti perché l'eccessivo carico di lavoro degli infermieri abilitati stava mettendo a rischio sia gli infermieri che i malati, aumentando i costi dell'assistenza sanitaria in generale. Più di 60 studi hanno documentato che la scarsità di personale infermieristico negli ospedali porta ad un aumento della mortalità dei pazienti, a cui si aggiunge l'aumento di complicanze che possono essere prevenute come ad esempio polmoniti, infezioni delle vie urinarie e di cateteri, errori nella somministrazione della terapia.

Uno studio del 2005 condotto da Michael B. Rothberg e pubblicato sulla rivista *Medical Care* dà anche un prezzo a questi problemi, concludendo che un infermiere che avesse avuto tempo di prevenire un solo caso di polmonite avrebbe potuto "far risparmiare dai 22.390 dollari ai 28.505 dollari o dai 4.225 ai 5.279 dollari per giorno aggiuntivo di degenza ospedaliera".

Quando gli infermieri prevenivano un evento avverso causato da un farmaco, evitano che il paziente rimanga "altri 2.2 giorni di degenza ospedaliera al costo di 3.344 dollari". Inoltre, se la scarsità di personale porta al manifestarsi di complicanze post chirurgiche, la degenza ospedaliera può essere di 8.1 giorni più lunga della norma, aggiungendo circa 11.000 dollari alla spesa totale.

Carichi di lavoro difficili da gestire hanno inoltre generato un esodo di infermieri verso altri ambiti o posti di lavoro che non richiedono l'assistenza diretta ai malati.

Secondo un studio di L.J.Hayes apparso nel *Journal of International Nursing Studies*, il turnover degli infermieri ospedalieri nel 2006 – fuori dalla

<sup>1</sup> RN, Registered Nurse, infermieri abilitati all'esercizio della professione dopo un corso minimo triennale; si è tradotto "charge nurse" con infermiere responsabile. In Italia la figura che si avvicina di più a questa charge nurse è la cosiddetta "fuori turno" o "infermiere jolly", anche se non ha le stesse funzioni (N.d.T.).



## S. Gordon ha concluso la prima parte del suo intervento a Milano leggendo questa poesia da lei composta e intitolata "SONO SOLO UN INFERMIERE"

"Sono solo un infermiere", faccio solo la differenza fra la vita e la morte.

"Sono solo un infermiere", sono solo addestrata a prevenire errori medici, lesioni e altre catastrofi.

"Sono solo un infermiere", faccio solo la differenza fra la guarigione, l'adattamento o la disperazione

"Sono solo un infermiere, sono solo un ricercatore infermieristico che aiuta gli infermieri e i medici a dare cure migliori, più sicure ed efficaci

"Sono solo un infermiere", sono solo un professore d'infermieristica o un formatore che educa future generazioni di infermieri.

"Sono solo un infermiere", lavoro in un ospedale universitario dove dirigo e controllo pazienti coinvolti nelle più avanzate ricerche scientifiche

"Sono solo un infermiere", educo solo i pazienti e i loro cari su come mantenere la propria salute

"Sono solo un infermiere" faccio solo la differenza fra stare nella propria casa e finire all'ospizio.

"Sono solo un infermiere", faccio solo la differenza fra morire fra terribili sofferenze e morire con dignità

"Sono solo un infermiere", sono solo essenziale per la "prima linea" nell'assistenza ai pazienti

Non vorresti essere anche tu "solo un infermiere"?"

8

California – andava dal 15 al 36% all'anno.

Uno studio dell'economista Joanne Spetz, pubblicato sulla rivista infermieristica *Politics, Policy, & Nursing Practice*, ha trovato che la regolamentazione del rapporto numerico infermieri-pazienti in California ha aumentato la soddisfazione degli infermieri abilitati e ridotto il loro turnover. Secondo Spetz gli infermieri sono più contenti del lavoro perché ora hanno più tempo per stare al letto dei malati – specialmente per attuare interventi educativi – e questo ha un impatto positivo sul turnover infermieristico e quindi sulla qualità dell'assistenza.

Dei ricercatori dell'università della Pennsylvania hanno confrontato gli infermieri della California con quelli di Pennsylvania e New Jersey – Stati nei quali non è stato fissato alcun numero minimo di infermieri per pazienti. Gli infermieri della California hanno riportato una maggior soddisfazione sul lavoro con conseguente minor presenza di burnout. Chi è contrario a sostenere la necessità di fissare un minimo rapporto numerico infermieri pazienti sostiene che questo danneggerebbe il funzionamento degli ospedali forzando i pronti soccorsi a chiudere perché non sono disponibili sufficienti infermieri abilitati per garantire il raggiungimento dei nuovi requisiti.

L'industria ospedaliera in California cita simili terribili conseguenze nel suo tentativo di contrastare la

piena applicazione della normativa sui rapporti numerici infermieri-pazienti. Tuttavia, nel 2005, la corte suprema dello Stato non ha trovato alcun dato a sostegno di questa tesi in quanto nessun ospedale o pronto soccorso è stato chiuso a causa della nuova normativa sul personale rispetto ai consueti motivi di chiusura (cattiva gestione, finanze precarie, consolidamento di diversi servizi limitrofi).

Alleggerire il carico di lavoro degli infermieri costituisce sia un incentivo per tornare a lavorare per gli infermieri che avevano lasciato la professione, sia un incentivo a rimanere per chi già lavora. Nello stato di Victoria il governo ha richiamato al lavoro più di 7.000 infermieri che erano inattivi. In California gli infermieri ospedalieri che hanno fatto esperienza dei nuovi standard dicono che questi rapporti numerici hanno avuto lo stesso positivo effetto. Numerosi fra quelli che hanno riferito di voler lasciare la professione ora dicono di voler restare.

### Conclusioni

È tempo che le nostre società e le persone comprendano che il servizio sanitario assistenziale serve, l'assistenza infermieristica e necessaria tanto quanto hanno bisogno dell'assistenza medica necessaria. Come per il concetto di assistenza medica necessaria, il concetto di assisten-



za infermieristica necessaria coinvolgerà diverse componenti. Se le nostre società elaboreranno il concetto di assistenza infermieristica necessaria, la formazione, lo spiegamento di infermieri, l'organizzazione dell'assistenza infermieristica negli ospedali e in altre istituzioni sanitarie così come al domicilio e nella comunità non saranno visti meno importanti per i risultati sui pazienti del ruolo della medicina per la diagnosi e il trattamento. Si capirebbero di più i pericoli legati alle degenze ospedaliere ridotte in modo drastico così come quelli connessi all'insufficiente assistenza infermieristica in altri contesti.

Le assicurazioni per la salute coprirebbero l'assistenza infermieristica necessaria. Tuttavia, invece di mettere i medici responsabili nel determinare il contenuto e la durata di questi benefici, sarebbero gli infermieri abilitati e altro personale infermieristico a determinare, sotto la supervisione pubblica e i suggerimenti dei pazienti, il tipo di assistenza infermieristica necessaria e la durata appropriata di questi servizi. I media, la comunità politica e i responsabili delle linee di indirizzo capirebbero l'abilità e complessità dell'assistenza infermieristica necessaria e analizzerebbero, investi-

gherebbero, discuterebbero e sottolineerebbero le problematiche, le realizzazioni e le innovazioni rilevanti nel campo tramite servizi nei media, studi scientifici e commissioni e relazioni di indirizzo politico. Ci sarebbe anche un maggiore rispetto e comprensione del ruolo degli infermieri non abilitati<sup>2</sup>, dei caregiver e dei familiari che assistono i propri cari nel garantire l'assistenza infermieristica necessaria. Si otterrebbero retribuzione e trattamento migliori, un maggior riconoscimento sociale rispetto per gli infermieri, gli operatori sanitari e i caregiver presenti nelle famiglie.

Il nostro contratto con tutti quei caregiver che forniscono assistenza infermieristica necessaria dovrebbe essere, in effetti, che noi dobbiamo prenderci cura di loro se vogliamo che loro si prendano cura di noi.

(...)

L'assistenza infermieristica necessaria verrà capita quando chi si prende cura delle persone aiuterà il pubblico a comprendere che l'assistenza infermieristica è più del cuore dell'assistenza sanitaria – è parte della complessa mente che controlla come i pazienti – e lo stesso servizio sanitario – funzionano, sopravvivono e prosperano.

#### RIFERIMENTI

- S. Gordon, L'assistenza infermieristica necessaria, Invited Commentary pubblicato nel 2000 su *Nursing Inquiry*, 7(4): 217-219, Traduzione e note di Cecilia Sironi
- S. Gordon, Un adeguato rapporto numerico infermieri-pazienti fa risparmiare denaro e vite, *The Boston Globe*, mercoledì 9 luglio 2008, tradotto da Cecilia Sironi
- Buresh Bernice, Suzanne Gordon. 2000. From silence to voice: What nurses know and must communicate to the public (Dal silenzio a far sentire la propria voce: che cosa gli infermieri sanno e devono comunicare al pubblico) Ottawa: Canadian Nurses Association.
- S. Nelson, S. Gordon, L'essenza dell'assistenza infermieristica: conoscenze e abilità, Editoriale pubblicato nel 2009 su *Nursing Inquiry*, 16(1): 1-2, Traduzione e note di Cecilia Sironi
- S. Gordon, Evento formativo a cura dei Collegi IPASVI lombardi, Milano, Circolo della stampa -Martedì 1° settembre 2009

Gli articoli integrali si possono reperire al seguente indirizzo mail: <http://www.cnai.info/>

Ringraziamo la collega Cecilia Sironi per la preziosa opera di traduzione dei testi e per la proposta e il contributo alla realizzazione dell'iniziativa formativa del 1 settembre u.s.

<sup>2</sup>In gran parte dei Paesi del mondo (qui l'Autrice fa ovviamente riferimento agli Stati Uniti) esiste, oltre al personale infermieristico abilitato (in Italia laureato) e al personale di supporto (in Italia operatori socio-sanitari, OSS), una figura infermieristica intermedia o infermiere pratico (che potrebbe corrispondere alla figura dell'infermiere generico, formato in Italia fino al 1980) (N.d.T.).



# La nuova influenza A(H1N1)

A cura di Dott.ssa Katia Cavenaghi

10

La nuova influenza è **una infezione virale acuta dell'apparato respiratorio** con sintomi fondamentalmente simili a quelli classici dell'influenza. Come l'influenza classica stagionale può presentarsi in forma lieve o complicata e sono possibili complicazioni gravi, quali la polmonite e l'insufficienza respiratoria, sino ad arrivare al decesso. I primi casi della nuova influenza umana da virus A(H1N1) sono stati legati a contatti ravvicinati tra maiali e uomo; il nuovo virus A(H1N1), anche chiamato H1N1v (v sta per variante) è infatti un virus di derivazione suina. Nell'uomo infezioni da virus influenzali suini sono state riscontrate occasionalmente fin dagli anni '50, sempre legate ad esposizione e contatti ravvicinati (1-2 metri) con suini, ma

il nuovo virus A(H1N1) si è ora adattato all'uomo ed è diventato trasmissibile da persona a persona. Risalgono ad **aprile 2009 i primi casi** di infezione nell'uomo da nuovo virus influenzale registrati in Messico: l'11 giugno, OMS ha ufficialmente dichiarato l'esistenza di uno stato di pandemia da nuovo virus influenzale, con passaggio alla Fase 6 dei livelli di allerta pandemico individuati dal Piano di preparazione e risposta alle pandemie influenzali. Come sottolineato più volte dall'Oms, pur essendo una vera e propria pandemia, le caratteristiche di gravità della nuova influenza da virus AH1N1 non sono diverse da quelle della influenza stagionale, il che ha portato a definire la gravità di questa pandemia come "moderata": come precisato dal

## BOX 1

L'influenza A (H1N1) definizione: è un'**affezione respiratoria acuta a esordio brusco e improvviso con febbre di circa 38° o superiore, accompagnata da almeno uno dei seguenti sintomi:**

- ▶ cefalea
- ▶ malessere generalizzato
- ▶ sensazione di febbre (sudorazione brividi)
- ▶ astenia (debolezza)

e da almeno uno dei seguenti sintomi respiratori:

- ▶ tosse
- ▶ mal di gola (faringodinia)
- ▶ congestione nasale

Per la diagnosi clinica di influenza nel **bambino** è importante considerare quanto indicato per gli adulti tenendo conto che *i bambini più piccoli non sono in grado di descrivere i sintomi generali*; occhi arrossati e congiuntivite sono caratteristici dell'influenza nei bambini in età prescolare soprattutto in caso di febbre elevata; nel bambino fra l'1 e i 5 anni la sindrome influenzale si associa frequentemente a laringotracheite e bronchite; spesso si possono manifestare:

- ▶ irritabilità
- ▶ pianto inappetenza.

Nel **lattante** l'influenza è spesso accompagnata da:

- ▶ vomito
- ▶ diarrea
- ▶ solo eccezionalmente da febbre



Vice Ministro, Ferruccio Fazio, **il massimo livello di allerta per la nuova influenza "non è dovuto alla gravità clinica dei sintomi, ma alla grande diffusione geografica del virus"**.

I sintomi comprendono: febbre, sonnolenza, perdita d'appetito, tosse; in taluni casi si sono manifestati anche raffreddore, mal di gola, nausea, vomito e diarrea (maggiori dettagli nel BOX 1).

L'influenza A **si può trasmettere** sostanzialmente in due modi: per via diretta, cioè attraverso le piccole gocce di saliva conseguenza di starnuti, colpi di tosse, colloqui molto ravvicinati, ma anche bere dallo stesso bicchiere (o dalla stessa bottiglia) di una persona infetta o baciare un soggetto infetto. E **per via indiretta**, quindi attraverso il contatto con mani contaminate dalle secrezioni respiratorie di qualcuno che è già malato. E' definitivamente esclusa, invece, ogni possibilità di trasmissione del virus mangiando carne di maiale.

Per quanto riguarda i **luoghi dove è più facile restare contagiati**, sono gli stessi in cui si rischia di contrarre l'influenza stagionale: i **luoghi affollati** sia chiusi che aperti. **Fattori favorevoli** sono il **freddo** (i virus influenzali sopravvivono meglio in ambiente freddo) e l'**umidità**. Il periodo di **incubazione** della influenza, sia della forma classica che da nuovo virus AH1N1 è molto breve, generalmente **da 1 a 3 giorni**. Al pari dell'influenza classica o stagionale, **le persone adulte** con influenza da nuovo virus A(H1N1) **sono contagiose** (in grado di trasmettere l'infezione ad altri) già **durante le ultimissime fasi del periodo di incubazione**, immediatamente **prima della comparsa dei sintomi**, e rimangono tali **fino ad un massimo di sette giorni dall'inizio di questi**. I **bambini**, soprattutto quelli più piccoli, possono invece rimanere contagiosi **più a lungo**.

Dal 24 aprile, giorno dell'allerta internazionale dell'OMS, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha assunto misure preventive per fronteggiare il pericolo di un'eventuale pandemia influenzale da nuovo virus A(H1N1). Il **Ministero ha istituito un'apposita Unità di crisi, con l'Ordinanza del 29 aprile 2009, presieduta dal Vice Ministro Ferruccio Fazio, per la sorveglianza e la prevenzione dell'influenza da nuovo virus A (H1N1) e l'attuazione del Piano, concordato con gli altri Stati dell'Unione Europea, di preparazione e risposta alla pandemia**

**influenzale**. È stata rafforzata la rete di sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza (la rete INFLUNET) per permettere la raccolta di informazioni e campioni virali ai fini del tempestivo riconoscimento dei casi di influenza e per la conseguente adozione delle misure di sanità pubblica. Sono state allertate, attraverso le Regioni, le strutture di ricovero in generale e quelle specifiche per malattie infettive in particolare, per essere pronte a gestire i casi sospetti di influenza da nuovo virus, mediante idonee misure di contenimento, oltre che con misure di appropriato trattamento. **Le principali informazioni per gli operatori nell'attuazione del piano pandemico sono contenute nella circolare del 27 luglio 2009, che aggiorna la circolare del 20 maggio, con le indicazioni per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo della nuova influenza da virus H1N1.**



Per rispondere a tutti i dubbi e le richieste di approfondimento dei cittadini sull'influenza A, il Ministero ha attivato inoltre il servizio di informazione telefonica **1500**. Si tratta di un call

center che risponde dal lunedì al venerdì, dalle ore 8 alle ore 18, contattando il quale medici del Ministero e operatori appositamente formati offrono informazioni sui seguenti argomenti: chiarimenti su disposizioni del Ministero; misure di prevenzione; terapie e corretto uso dei farmaci; informazioni per i viaggiatori sull'influenza A (H1N1); situazione nazionale e internazionale dei casi di influenza A (H1N1).

Le linee principali della strategia vaccinale contro l'influenza pandemica sono contenute nell'Ordinanza recante "Misure urgenti in materia di profilassi vaccinale dell'Influenza pandemica A/H1N1", firmata dal Vice Ministro Fazio l'11 settembre 2009.

**Il Ministero ha prodotto una serie di raccomandazioni e linee guida per la prevenzione e la gestione dei casi negli ambienti di vita e di lavoro (guida) ed ha aggiornato il Piano Pandemico** che contiene, come allegato, le linee guida per la stesura dei Piani pandemici regionali. L'obiettivo del Piano è rafforzare la preparazione alla pande-



mia a livello nazionale e locale, in modo da: identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia; minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia; ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali ed assicurare il mantenimento dei servizi essenziali; assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia; garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media ed il pubblico; monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi. L'Ordinanza ministeriale del 30 settembre 2009 integra, tenendo conto delle indicazioni del Consiglio Superiore di Sanità, quella precedentemente emanata l'11 settembre scorso, soprattutto per quanto concerne le indicazioni relative alla vaccinazione. La Circolare raccomanda alle Regioni e Province autonome, nel rispetto della loro autonomia organizzativa, di procedere alla identificazione dei centri a cui far afferire i pazienti colpiti da insufficienza respiratoria acuta ed ARDS sulla base di tre livelli diversificati di complessità tecnologico-organizzativa. La Circolare definisce inoltre criteri per la gestione dei pazienti, per quanto concerne in particolare l'accesso

alla terapia intensiva e il successivo percorso all'interno dei centri di terapia intensiva che compongono le reti regionali, nelle more della formalizzazione di una rete nazionale di centri di riferimento regionali e interregionali.

### LE REGOLE DELLA PREVENZIONE

L'arma più efficace, in attesa del vaccino specifico, resta sicuramente la prevenzione. Per proteggersi adeguatamente basta osservare una serie di precauzioni semplici (vedi BOX 2) nella vita di tutti i giorni, in grado di prevenire la diffusione di germi che provocano infezioni respiratorie come l'influenza. Viste le modalità di trasmissione della malattia una buona igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie può giocare un ruolo nel limitare la diffusione dell'influenza. Recentemente il **CDC Europeo ha valutato le evidenze sulle misure di protezione personali** (non-farmacologiche) utili per ridurre la trasmissione del virus dell'influenza (vedi BOX 3).

### PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO

Il rischio di trasmissione dell'influenza (pandemica o stagionale) nei luoghi di lavoro è in gran parte condizionato dalla condivisione di spazi in ambienti confinati e da attività che espongono al contatto con il pubblico. In qualsiasi luogo di lavoro è fonda-

## BOX 2

- **Lavare spesso le mani con acqua e sapone** specialmente dopo avere tossito o starnutito e dopo aver frequentato luoghi pubblici; sono utili ed efficaci anche detergenti per le mani a base di alcol;
- cercare di **evitare contatti con persone che presentano sintomi** di influenza: la distanza di "sicurezza" è di almeno 50 cm, che diventano 1,5 metri – 2 metri se la persona tossisce o starnutisce un metro se la persona infetta starnutisce, (le goccioline di secrezioni respiratorie che contengono il virus si muovono a una velocità di 150 km l'ora)
- **evitare di toccare occhi, naso e bocca** perché i germi si diffondono proprio in questo modo.
- **in caso di influenza, rimanere a casa e limitare i contatti** con altre persone per evitare di infettarle;
- **coprire con un fazzoletto naso e bocca quando si starnutisce e gettare il fazzoletto** nella spazzatura dopo averlo usato.



## BOX 3

- Lavaggio delle mani (in assenza di acqua, uso di gel alcolici) - **Fortemente raccomandato**;
- buona igiene respiratoria (coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, trattare i fazzoletti e lavarsi le mani) - **Raccomandato**;
- isolamento volontario a casa di delle persone con malattie respiratorie febbrili specie in fase iniziale - **Raccomandato**;
- uso di mascherine da parte delle persone con sintomatologie influenzali, quando si trovano in ambienti sanitari (ospedali) - **Raccomandato**.

13

mentale il rispetto di elementari norme igieniche quali l'igiene delle mani e l'adozione di comportamenti di buona educazione igienica per limitare le occasioni di contagio attraverso starnuti o colpi di tosse. Va ricordato che nel caso di lavaggio con acqua e sapone, è bene usare acqua calda e le mani insaponate debbono essere strofinate per 15-20 secondi, usando poi asciugamani monouso o asciugatori ad aria calda, mentre nel caso di detergenti a base di alcol non va aggiunta acqua e le mani debbono essere strofinate tra loro fino a che non ritornano asciutte.

La Direzione Generale della Prevenzione sanitaria del Ministero ha realizzato un documento con le informazioni utili a prevenire la trasmissione del virus dell'influenza nei luoghi di lavoro. In particolare il documento è rivolto a datori di lavoro, dirigenti e dipendenti e illustra la gestione post esposizione dei dipendenti in ambiente di lavoro.

Per approfondire: Raccomandazioni generali ad interim per la riduzione del rischio espositivo in corso di pandemia Influenza nei luoghi di lavoro.

### CONSIGLI PER I VIAGGIATORI

Anche nelle prime fasi della diffusione del nuovo virus AH1N1, l'Organizzazione mondiale della Sanità non ha posto particolari restrizioni sui viaggi, in relazione ai focolai di influenza A, raccomandando tuttavia alle persone affette da malattie gravi (come diabete, tumore o altre patologie croniche) e le donne in gravidanza a rinviare per prudenza i viaggi internazionali.

Ci sono però dei consigli che il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali fornisce a chi è in partenza per viaggi internazionali:

evitare luoghi affollati e manifestazioni di massa; lavare spesso le mani con acqua e sapone; in alternativa, si possono usare soluzioni detergenti a base di alcol o salviettine disinfettanti; evitare di portare le mani non pulite a contatto con occhi, naso e bocca; coprire la bocca e il naso con un fazzoletto di carta quando si tossisce e starnutisce e gettare sempre il fazzoletto usato nella spazzatura (mai utilizzarlo due o più volte); aerare regolarmente le stanze dove si soggiorna o si dorme; in caso di febbre superiore a 38°, tosse, mal di gola, malessere, rivolgersi a un medico; ricordare che in caso di necessità, è possibile contattare l'Ambasciata o il Consolato italiano.

Il Ministero aveva stilato anche una serie di consigli pratici per coloro di ritorno da un viaggio internazionale in un Paese dove si sono registrati diversi focolai di influenza A. La prima cosa da fare è tenere sotto controllo il proprio stato di salute per sette giorni. Qualora comparissero i sintomi dell'influenza (febbre, sonnolenza, perdita d'appetito, tosse) bisognerà contattare telefonicamente il proprio medico di famiglia, informarlo del recente viaggio, e sempre sotto la sua supervisione attuare le seguenti misure: limitare il più possibile i contatti con i familiari; indossare una mascherina; coprire con fazzoletti di carta bocca e naso quando si starnutisce o tossisce.

### LE TERAPIE

La cosa migliore da fare è ricorrere alle **stesse cure dell'influenza stagionale: farmaci sintomatici** come gli antipiretici o gli antinfiammatori. E **riposo assoluto per almeno 4-5 giorni**. Sui virus influenzali si sono dimostrati efficaci i **farmaci**



**antivirali.** Non tutti, però: i soli antivirali raccomandati per il trattamento e la prevenzione dell'influenza umana da virus A/H1N1 sono l'oseltamivir ® (in commercio con il nome di Tamiflu) e lo zanamivir ® (Relenza): va ricordato che devono essere **assunti sotto il controllo e dietro prescrizione di un medico.** Nella maggior parte dei casi, se il paziente è adolescente o adulto, il trattamento con gli antivirali non è necessario. Potrebbe essere una buona opzione, invece in caso di pazienti over 65, in quanto potenzialmente maggiormente a rischio di forme gravi e complicate di influenza. E fondamentale in caso di soggetti già con un quadro clinico grave o a elevato rischio di complicanze molto serie. **E' da evitare l'uso indiscriminato degli antivirali in quanto non da grossi benefici al malato, mentre aumenta la possibilità di fenomeni di resistenza** che renderebbero questi farmaci non più efficaci



#### LA VACCINAZIONE

Le finalità della vaccinazione sono duplici:

- protezione individuale: ciò è particolarmente importante per i soggetti per i quali le complicanze dell'influenza sarebbero particolarmente gravi (ad esempio, soggetti ultrasessantacinquenni e soggetti affetti da particolari malattie)
- protezione della collettività: la vaccinazione riducendo il numero dei malati riduce la diffusione del virus agli altri componenti della collettività e limita la circolazione interumana del virus.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica quale obiettivo primario della vaccinazione antinfluenzale la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave: una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia. Inoltre, con la campagna vaccinale contro l'influenza, è possibile anche ridurre l'assenteismo dal lavoro ed i rischi connessi con l'attività lavorativa nei servizi essenziali:

I vaccini rappresentano uno dei più potenti strumenti a disposizione della sanità pubblica. In linea con quanto annunciato e con le raccomandazioni internazionali, il Viceministro alla Salute Prof. Ferruccio Fazio ha firmato l'11 settembre l'Ordinanza recante "Misure urgenti in materia di profilassi vaccinale dell'Influenza pandemica A/H1N1". Il provvedimento individua **le categorie di persone (vedi BOX 4) cui sarà diretta l'offerta della vaccinazione antinfluenzale con vaccino pandemico A/H1N1** a partire dal momento della effettiva disponibilità del vaccino (la consegna alle Regioni e Province Autonome è prevista nel periodo 15 ottobre - 15 novembre 2009) fino a copertura di almeno il 40% della popolazione residente in Italia.

In base alla disponibilità di vaccino pandemico nel corso della campagna vaccinale potranno essere inserite nel programma anche altre categorie di soggetti.

Occorre sottolineare che il vaccino stagionale è diverso e distinto sia per composizione sia per modalità di somministrazione dal vaccino per la pandemia influenzale da nuovo virus A(H1N1). Il vaccino stagionale non offre, infatti, protezione nei confronti del nuovo virus influenzale pandemico, in quanto i due virus sono diversi.

Tuttavia vaccinarsi contro l'influenza stagionale rappresenta soprattutto quest'anno un'importante misura di protezione individuale e di tutela della salute pubblica, proprio per la possibile circolazione concomitante dei due virus, semplificando la diagnosi, riducendo le complicanze e favorendo l'efficienza dell'assistenza sanitaria.

L'Ordinanza ministeriale del 30 settembre 2009 fornisce indicazioni sulla co-somministrazione del vaccino contro l'influenza da virus A/H1N1 con il vaccino dell'influenza stagionale.

La somministrazione può essere praticata ma deve essere eseguita inoculando i rispettivi vaccini in arti differenti, ricorrendo alla somministrazione di vaccino contro l'influenza stagionale non adiuvato.

Prima di procedere alla vaccinazione dovrà essere fornita una corretta informazione da parte degli operatori sanitari addetti alle vaccinazioni sulle conoscenze disponibili. Dovrà essere inoltre acquisito il consenso informato per iscritto da parte degli interessati.



## BOX 4

In ordine di priorità l'offerta vaccinale sarà rivolta alle seguenti categorie:

- **personale sanitario e socio-sanitario;** personale delle **forze di pubblica sicurezza** e della **protezione civile;** personale del corpo nazionale dei **Vigili del Fuoco** del Ministero dell'Interno, personale delle **Forze Armate;** **personale che assicura i servizi pubblici essenziali** di cui alla legge 12 giugno 1990, n. 146 e successive modificazioni, secondo piani di continuità predisposti dai datori di lavoro o per i soggetti autonomi dalle Amministrazioni competenti; **donatori di sangue periodici;**
- **donne al secondo o al terzo trimestre di gravidanza;** **donne che hanno partorito da meno di 6 mesi** o, in loro assenza, la persona che assiste il bambino in maniera continuativa;
- **portatori di almeno una delle condizioni di rischio di cui all'Ordinanza** dell'11 settembre 2009, nonché **i soggetti con meno di 24 mesi nati gravemente pretermine;**
- **bambini di età superiore a 6 mesi che frequentano l'asilo nido;** **minori che vivono in comunità o istituzionalizzati;**
- **persone di età compresa tra più di 6 mesi e 17 anni,** non incluse nei precedenti punti, sulla base degli aggiornamenti della scheda tecnica autorizzativa dall'EMEA;
- **persone tra i 18 e 27 anni,** non incluse nei precedenti punti.

15



### INTERVENTI REGIONALI PER INFLUENZA DA VIRUS A/H1N1

La Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia ha attivato tutte le misure previste dal proprio "Piano pandemico

regionale", varato nel 2006 sulla base delle direttive ministeriali, che contiene una serie di indicazioni organizzative e operative per le strutture sanitarie e comunque per tutte le situazioni che coinvolgono i cittadini.

La Direzione Generale Sanità ha attivato il "**Comitato pandemico regionale**", costituito da esperti in campo infettivologico, virologico e veterinario, per fare il punto della situazione e fornire eventualmente ulteriori indicazioni. La Lombardia è comunque già dotata di tutti i sistemi di sorveglianza e controllo adeguati e in grado di evidenziare e gestire eventuali casi di malattia.

In questo senso l'intero sistema regionale è già stato adeguatamente preparato ed informato. Il 14 settembre 2009 è stato predisposto il Piano della Regione Lombardia per fronteggiare il virus influenzale A/H1N1 e quindi immediatamente tra-

smesso ad ASL, ospedali e case di cura. Il documento - ha spiegato Formigoni - è **in linea con le indicazioni ministeriali** ed è frutto del lavoro di Regione Lombardia e del Comitato pandemico regionale, organismo istituito nel 2006 e riattivato fin dallo scorso mese di aprile, in cui siedono, oltre alle strutture regionali (Sanità, Famiglie e solidarietà sociale e Presidenza), i più importanti esperti del mondo scientifico con specifiche competenze in campo infettivologico". Formigoni ha poi ricordato alcuni degli interventi: bollettini settimanali di informazione, aumento del numero dei cosiddetti "medici sentinella" (che hanno il compito di raccogliere e trasmettere i dati) ma, allo stesso tempo, esami specifici (tampone faringeo) per individuare il virus A/H1N1 solo in casi di particolare gravità e la raccomandazione di indirizzare "ogni sforzo affinché le cure siano garantite senza ricorrere al ricovero ospedaliero". E' già attiva e funziona regolarmente una rete di "medici sentinella" (oltre 100) per l'influenza, chiamati a raccogliere e trasmettere i dati sull'incidenza della malattia. Il loro numero verrà aumentato del 20% così da poter disporre di dati ancora più precisi sul numero dei casi e quindi dare una fotografia più precisa sull'intera popolazione assistita in



Lombardia. Aumenterà anche il numero dei medici che effettuano la sorveglianza virologica, eseguendo regolari esami con il tampone sui casi osservati. Per la normale diagnosi della malattia, non è tuttavia necessario eseguire il tampone; tale esame va prescritto solo nei casi di un quadro clinico più complicato del normale e quindi tale da richiedere un ricovero.

In considerazione del fatto che il virus A/H1N1 provoca quadri clinici complessivamente benigni, con brevi tempi di risoluzione e con moderato ricorso all'ospedalizzazione **bisogna garantire le cure senza ricorrere al ricovero in ospedale**, come indicato nel Piano pandemico regionale; **è necessario quindi consultare un medico alla comparsa di questi sintomi**: dispnea, difficoltà respiratorie, cianosi, emottie (cioè tosse con sangue), dolore toracico, alterazione dello stato mentale, febbre elevata per più di tre giorni, ipotensione. **Alle ASL è indicato inoltre il compito di potenziare l'assistenza territoriale per evitare gli accessi impropri in pronto soccorso. Le strutture di pron-**

**to soccorso con più di 30.000 accessi all'anno dovranno comunque attivare un'area di triage riservata solo ai soggetti con sintomi similinfluenzali e/o di non particolare gravità clinica in orario diurno (8-20), sette giorni su sette.** Questo allo scopo di non interferire con la normale attività di emergenza-urgenza e di limitare la permanenza di soggetti potenzialmente infetti nelle strutture ospedaliere, il che rappresenterebbe un potenziale rischio per gli altri pazienti.

## FONTI

- Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria Ministero della Salute
- Direzione Generale Sanità Regione Lombardia

## LINK

- OMS - Organizzazione mondiale della sanità
- CDC - Centers for diseases control and prevention
- Commissione Europea - Sanità pubblica
- ECDC - European centers for disease prevention and control

\* Responsabile Qualità e Ricerca SITRA AO Sant'Anna di Como

### Riforma universitaria DM 270

Dopo la circolare del MIUR del 27 luglio 2009, quasi tutte le Università avrebbero scelto di derogare l'attivazione dall' 2010-11 al 2011-12, per definire i relativi nuovi Ordinamenti secondo il DIM Università-Salute del 19 febbraio 2009. Nel frattempo, a livello generale, il MIUR con nota del 4 settembre ha dato comunicazioni in relazione a "ulteriori interventi di razionalizzazione e qualificazione dell'offerta formativa nella prospettiva dell'accreditamento dei corsi di studio". L'intervento riguarderebbe in generale i corsi di tutte le classi di laurea di altre aree: Economica-Statistica, Giuridica, Ingegneria, ecc. Il progetto del Ministro Maria Stella Gelmini intende rivedere alcuni punti critici dell'attuale normativa, anche in relazione al numero minimo di docenti di ruolo e di studenti iscritti (con la prospettiva di un aumento), e alla riduzione del numero di docenti a contratto. ha quindi innescato una serie di analisi e di prese di posizione. Viene mossa una particolare critica al sistema 3+2, che non avrebbe portato ai risultati sperati, dato che in quasi tutte le classi di laurea, se non si acquisisce anche il +2 della specialistica, difficilmente fanno seguito adeguati sbocchi occupazionali. Come è noto, il problema del +2 non riguarderebbe le lauree delle professioni sanitarie per le quali lo sbocco occupazionale è invece garantito al massimo, proprio con la laurea triennale. Infatti secondo le rilevazioni diffuse da ISTAT e AlmaLaurea, emerge in modo chiaro ed inequivocabile il primo posto assoluto in termini di occupazione e di stipendio di chi ha conseguito una laurea delle professioni sanitarie. Si evidenziano la grande efficacia ed utilità dei corsi delle professioni sanitarie, con valori occupazionali che vanno dall' 84 al 94% ad un anno di conseguimento della laurea, mentre tutte le altre professioni si collocano sotto il 42%, esattamente la metà. Italia Oggi del 12 agosto 2009; La Stampa del 16 e 17 settembre 2009; Il Riformista del 18 settembre; Il Sole 24 Ore Sanità del 17 marzo 2009; L'Espresso del 29 maggio 2009

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



# Infermieri e Farmacie. Quali novità?

A cura di Stefano Citterio\*

17

In attesa della versione definitiva (che potrebbe essere diversa da quella che commentiamo in questa nota) lo schema di decreto legislativo attualmente in esame (Schema di decreto legislativo recante individuazione dei nuovi servizi erogati dalle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, in attuazione della delega di cui all'articolo 11, commi 1 e 2, della legge n. 69 del 2009 - vedi Agorà n. 42) è stato trasmesso alle competenti commissioni dove è iniziata l'analisi. Ad oggi è uno schema che prevede sei articoli.

In particolare l'**Articolo 1** identifica i **"Nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"**.

Il comma 1 stabilisce che le farmacie pubbliche e private possono garantire nuovi servizi da svolgere nell'ambito del SSN.

Il comma 2 individua tali nuovi servizi che le farmacie, previa adesione del relativo titolare e nel rispetto delle previsioni dei piani socio-sanitari regionali, potranno offrire ai cittadini nella:

- partecipazione delle farmacie **al servizio di assistenza domiciliare integrata**, mediante, tra

## NO AGLI INFERMIERI IN FARMACIA. L'IPASVI PROTESTA CONTRO IL DECRETO LEGISLATIVO

Gli infermieri italiani criticano il Decreto legislativo sui servizi in farmacia in discussione al Senato, che riduce significativamente la possibilità di ottenere prestazioni infermieristiche direttamente all'interno delle farmacie.

Diversamente da quanto annunciato nel decreto approvato in via preliminare dal Consiglio dei Ministri lo scorso 31 luglio, infatti, **lo schema attualmente all'esame delle Commissioni competenti di Camera e Senato non prevede la possibilità per le farmacie di avvalersi degli infermieri** e diventare così punti di assistenza per alcune prestazioni infermieristiche, tra cui anche le vaccinazioni. A tale prospettiva si erano dichiarati contrari i medici di famiglia.

"Il testo del Decreto legislativo – afferma **Annalisa Silvestro**, presidente della Federazione nazionale Collegi Ipasvi – svuota di significato la presenza degli infermieri in farmacia, prevedendo di fatto prevalentemente l'assistenza domiciliare. Con questa limitazione, non indicata dalla delega e di cui non esiste base giuridica o professionale, si depotenzia la grande carica innovativa che questo decreto potrebbe avere a vantaggio dei cittadini". Secondo Silvestro "siamo di fronte a un pasticcio, causato forse dal fatto che si è voluto dare riscontro a gruppi evidentemente poco interessati all'opportunità che i cittadini fruiscono di un servizio infermieristico capillare, come quello garantito attraverso le farmacie".

L'Ipasvi comunque, annuncia la presidente, si "batterà affinché, nella versione finale del Decreto che verrà rinviato al Governo, cadano queste immotivate limitazioni all'attività degli infermieri e venga assicurato un servizio che risponde alle esigenze dei cittadini".

(fonte Newsletter FN nazionale IPASVI)



l'altro, l'erogazione domiciliare di farmaci e dispositivi medici e la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di **infermieri** e di fisioterapisti per lo svolgimento a domicilio di prestazioni professionali, richieste dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta;

- collaborazione alle iniziative intese a garantire il corretto impiego dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio o a favorire l'esatta attuazione, da parte dei malati, delle terapie mediche. Tale collaborazione - come specifica il comma 1, lettera b), numero 3), del successivo articolo 2 - avviene previa partecipazione dei farmacisti interessati ad appositi programmi di formazione;
- concorso allo svolgimento (a livello nazionale e regionale) di programmi di educazione sanitaria, nonché di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale;
- erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, su prescrizione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, anche mediante il ricorso **a personale infermieristico** e l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici. Tali servizi possono consistere anche in prestazioni analitiche di prima istanza, **restando comunque esclusi** l'attività di prescrizione e diagnosi ed il prelievo di sangue o di plasma;
- svolgimento di servizi di raccordo tra il cittadino e l'assistenza specialistica ambulatoriale (erogata da parte delle strutture sanitarie pubbli-

che e private accreditate). Essi concernono la prenotazione delle prestazioni in oggetto, il pagamento delle quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e il ritiro dei referti.

In diversi commi viene specificato che il tutto è subordinato "al rispetto delle norme vigenti per gli enti locali in materia di patto di stabilità e ad escludere sia maggiori oneri per la finanza pubblica sia incrementi di personale".

Il tutto quindi dovrà essere effettuato senza incrementi di bilancio pubblico (o incrementi di personale) utilizzando la formula consolidata della convenzione e nel rispetto di determinati requisiti, promuovendo la collaborazione interprofessionale dei farmacisti (ivi compresi quelli operanti nelle farmacie pubbliche) con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.



**La discussione in atto oltre a sollevare perplessità da parte della Federazione Nazionale (vedi Box)** ha messo in evidenza alcuni profili problematici.

Un primo aspetto concerne la difficoltà oggettiva a specificare i risparmi ipotizzati dovuti alla deospedalizzazione che ci si attende, al

maggior rispetto delle terapie, al minor utilizzo dei servizi delle ASL, la cui quantificazione risulta particolarmente problematica.

Parallelamente vi è il rischio di incremento delle attività considerando la maggiore accessibilità dell'offerta per la diffusione capillare delle farmacie.

Tutto ciò rischia di essere in contrasto con il vincolo di finanza pubblica ribadito in più occasioni nella bozza del decreto in discussione.

\* Presidente IPASVI Como

## CHIUSURA UFFICI PER FESTIVITÀ NATALIZIE

**Si avvisa che la segreteria  
del Collegio resterà chiusa dal 24 dicembre  
2009 al 6 gennaio 2010.**



# Aggiornamento del "Registro dei Liberi Professionisti del Collegio IPASVI di Como"

A cura di Tangredi Sandro\*

## ELABORAZIONE DATI CENSIMENTO 2009

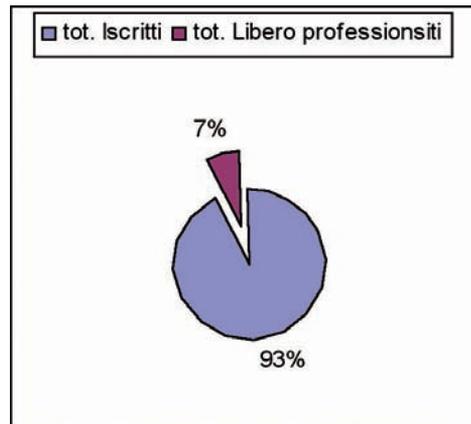
Da alcuni anni è stato istituito il Registro Pubblico dei Liberi Professionisti del Collegio di Como (consultabile anche on line sul sito del collegio [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it)) al fine di offrire agli iscritti che esercitano in regime di libera professione una opportunità per farsi conoscere e contattare da utenti e strutture che necessitano della loro professionalità.

Al fine di poter mantenere e migliorare questo servizio si è provveduto ad aggiornare il registro in oggetto inviando a tutti gli iscritti Liberi Professionisti un modulo in cui veniva richiesto:

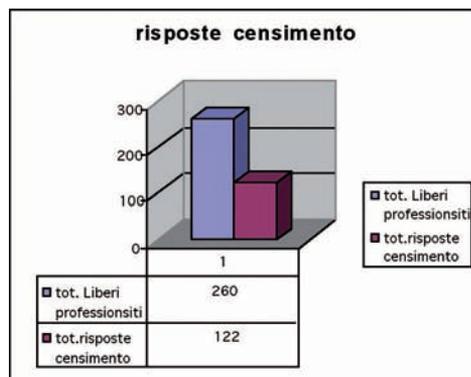
- la conferma o modifica dei dati se già inserito
- l'inserimento se non precedentemente incluso
- la cancellazione se desiderata

La non restituzione del modulo è stata considerata come volontà di non voler comparire nel registro, oppure, se già inserito di esserne cancellato.

I liberi professionisti iscritti al collegio di Como al 19 maggio 2009 (data di avvio del censimento) risultano essere 260 e, su un totale di 3378 iscritti, ne costituiscono il 7%: ad ognuno di loro è stato inviato al domicilio il modulo da compilare con la rispettiva lettera già affrancata per la risposta. Di questi 260 84 erano già presenti nel registro pubblico dei liberi professionisti.



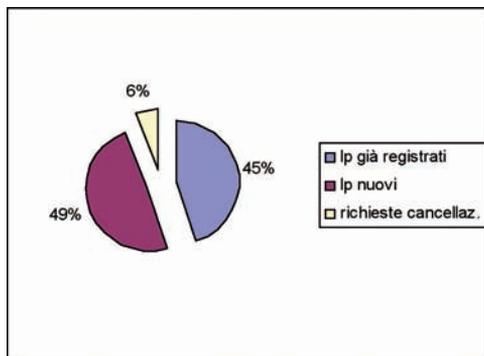
Alla data del primo settembre 2009, termine ultimo per la restituzione dei dati, a fronte dell'invio dei 260 moduli, sono pervenute al collegio 122 risposte (47% circa).



Dei 122 liberi professionisti che hanno inviato il modulo:

- 55 erano già registrati (30 hanno confermato i dati, 25 hanno comunicato variazioni)
- 60 si iscrivono per la prima al Registro Pubblico dei liberi professionisti
- 7 hanno richiesto la cancellazione dal Registro Pubblico dei liberi professionisti

22 liberi professionisti già inseriti nel registro pubblico che non hanno risposto al censimento, sono stati cancellati dal registro stesso.



20

Una nota personale e finale: il "Registro Pubblico dei Liberi Professionisti" è sempre più consultato da utenti e strutture e si è rivelato essere un'ottima opportunità lavorativa. S'invitano pertanto i liberi

professionisti interessati che non hanno potuto o deciso per tempo se aderire o meno all'iniziativa a contattare il Collegio. Buon lavoro a tutti!!



# Iscrizioni ai corsi di laurea triennali. Le prime riflessioni

A conclusione degli esami di ammissione del 3, 4 e 9 settembre 2009 è possibile fare un primo bilancio sui posti messi a bando.

In merito alla domande presentate si rileva un incremento di circa il 20% sul totale delle Lauree specialistiche di Medicina e Chirurgia, di Odontoiatria, e per le triennali delle Professioni sanitarie.

I dati sono stati rilevati grazie alle 41 Segreterie Universitarie e saranno presentati in dettaglio il **16-17 ottobre alla Conferenza dei Corsi di Laurea ad Ancona**.

**Medicina:** Domande 70.977, rispetto a 60.502 dello scorso anno (+17%)

Posti 8.075 - Rapporto Domande su 1 posto (D/P) = 8,8 rispetto a 7,8 dello scorso anno.

Probabile un incremento del 10% dei posti da 8.025 messi a bando a 8.890, come proposto a fine giugno dalla Conferenza Stato-Regioni e dalla Conferenza dei Presidi di Medicina e Chirurgia. In tal senso il MIUR ha decretato il 4 settembre 50 posti in più ai 539 per Roma Sapienza 1.

**Odontoiatria:** Domande 20.000, rispetto a 18.894 (+6%)

Posti 758. Rapporto D/P = 29. Lo scorso anno era 25

**Professioni Sanitarie:** Domande 110.000, rispetto alle 89.642 dello scorso anno (+24%)

Posti 26.530. Rapporto D/P = 4,2. Lo scorso anno era 3,4.

Ulteriore aumento del rapporto D/P per Fisioterapista, che passa da 11 a 14, confermandosi al primo posto; seguono Logopedista a 10, Dietista a 8, Tecnico Radiologia a 7 e Ostetrica a 6, e via via tutti gli altri. Mentre si confermano agli ultimi posti Tecnico Audiometrista a 1,2 e infine Assistente Sanitario a 0,8.

**Infermieristica:** Il numero delle domande (39.000) è più del doppio dei 15.000 posti a bando.

Il rapporto D/P sale da 2,0 a 2,6. In particolare: al Nord resta da 1,4 a 1,9. Al centro da 1,6 a 2,0. Al Sud e Isole da 3,8 a 5,1.

Resta forte la speranza che comunque entro i prossimi giorni le Università incrementino i posti di almeno il 10%, specie al Nord e in particolare in Lombardia e Veneto. Anche in questo caso si sono espresse a favore sia la Conferenza Stato-regioni che la Conferenza dei Presidi di Medicina e Chirurgia.

Su proposta della Conferenza dei Presidi di Medicina Veterinaria il Miur ha stabilito per Veterinaria un incremento di 60 posti, da 1.050 a 1.110, ripartiti su 8 Università



## Professioni Sanitarie Specialistiche

Sono tuttora aperti in quasi tutte le Università i bandi di ammissione ai 1.938 posti delle 4 classi, come da Decreto MIUR del 4 agosto 2009.

L'esame di ammissione si svolgerà mercoledì 28 ottobre 2009.

## Master professioni sanitarie

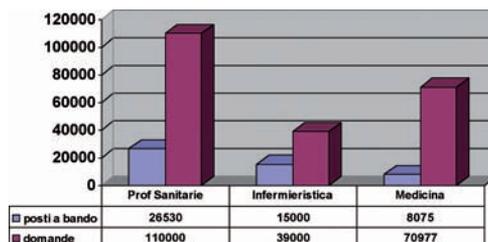
Dal rapporto annuale del Sole 24 Ore si rileva il primo posto assoluto dell'area sanitaria con 309 corsi di primo livello, rispetto al totale di 962. Fra i vari corsi circa 70 sono per il management e le funzioni di coordinamento, circa 160 di tipo specialistico e altri 70 circa interfaccoltà o interdisciplinari. Le Università con il maggior numero di corsi sono concentrate fra Toscana e Lazio con 25 corsi a Firenze, 8 a Pisa, 4 a Siena e con 23 a Roma Tor Vergata, 22 a Roma Cattolica, 15 a Roma Sapienza, mentre in altre Regioni, Milano con, Bologna e Messina con 8, e altre con numeri inferiori. I bandi di ammissione sono solitamente pubblicati sui siti delle varie Università nel periodo settembre-dicembre.

Tratto da "Sole 24 Ore del 25 agosto 2009 e del 10/15/21 settembre 2009" a cura di A. Ma strillo.



Tabell 1 - Rapporto domande/posti CdL Infermieristica

	a.a. 2009/2010	a.a. 2008/2009
Nord	1,9	1,4
Centro	2,0	1,6
Sud e isole	5,1	3,8
TOTALE	2,6	2,0



## IL NUMERO CHIUSO

In Italia il numero chiuso è regolato dalla legge 264/99, emanata a pochi mesi dalla formulazione del D.L.vo 509/99. Una legge nata in risposta ad una sentenza della Corte Costituzionale del 1998 (sentenza 383, 27 novembre 1998), con la quale si chiedeva al legislatore di intervenire sulla materia degli accessi a numero programmato per disciplinare la materia.

Questa norma identifica due tipologie di numero chiuso:

- 1) **a programmazione Nazionale** (art. 1), che comprendono: *“...i corsi di laurea in medicina e chirurgia, in medicina veterinaria, in odontoiatria e protesi dentaria, in architettura, nonché ai corsi di diploma universitario, (...), concernenti la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione, (...) i corsi di laurea in scienza della formazione primaria (...)*
- 2) **a programmazione delle singole Università** (art.2), per i corsi in cui si prevede: *“l'utilizzazione di laboratori ad alta specializzazione, di sistemi informatici e tecnologici o comunque di posti-studio personalizzati” oppure “l'obbligo di tirocinio come parte integrante del percorso formativo, da svolgere presso strutture diverse dall'ateneo”(...);*

**Il numero di posti disponibili**, per i corsi regolati nationalmente (art.1), è determinato annualmente dal Ministero dell'Università *“sulla base della valutazione dell'offerta potenziale del sistema universitario, tenendo anche conto del fabbisogno di professionalità del sistema sociale e produttivo” (art.3, com.1, lett.a).*

**Per determinare il numero di posti**, sia a livello nazionale sia per quei corsi ad accesso programmato dalle singole università, *“l'offerta potenziale”* è determinata sulla base di questi parametri:

- a) *posti nelle aule; attrezzature e laboratori scientifici per la didattica; personale docente; personale tecnico; servizi di assistenza e tutorato;*
- b) *del numero dei tirocini attivabili e dei posti disponibili nei laboratori e nelle aule attrezzate per le attività pratiche, nel caso di corsi di studio per i quali gli ordinamenti didattici prevedono l'obbligo di tirocinio come parte integrante del percorso formativo, di attività tecnico-pratiche e di laboratorio;*
- c) *delle modalità di partecipazione degli studenti alle attività formative obbligatorie, delle possibilità di organizzare, in più turni, le attività didattiche nei laboratori e nelle aule attrezzate, nonché dell'utilizzo di tecnologie e metodologie per la formazione a distanza.” (art.3, com.2)*

Entrambe le tipologie di corsi ad accesso programmato, quelli stabiliti dal Ministero e quelli definiti dalle Università, prevedono la selezione dei candidati attraverso **“prove di cultura generale, sulla base dei programmi della scuola secondaria superiore, e di accertamento della predisposizione per le discipline oggetto dei corsi medesimi” (art.4, com.1).**

Ogni anno il MIUR emana un Decreto, entro il 30 aprile, per la determinazione del numero dei posti programmati a livello Nazionale dopo aver raccolto le proposte delle Regioni e delle associazioni di Categoria (l'IPASVI per gli infermieri).

# CRI: le Infermiere Volontarie promosse infermiere... a norma di legge!!

Nonostante le rassicurazioni ricevute dal Governo è stata approvata una norma relativa alla proroga delle missioni italiane all'estero che prevede testualmente all' art. 3 comma 10: "Il personale in possesso del diploma di infermiera volontaria della Croce Rossa Italiana, di cui all'articolo 31 del regolamento di cui al regio decreto 12 maggio 1942, n. 918, equivalente all'attestato di qualifica di operatore socio-sanitario specializzato, **esclusivamente nell'ambito dei servizi resi**, nell'assolvimento dei compiti propri, **per le Forze armate e la Croce Rossa Italiana**, è abilitato a prestare servizio di emergenza e assistenza sanitaria con le funzioni e attività proprie della professione infermieristica".



23

Alleghiamo la nota dei Collegi Lombardi in proposito.

Protocollo N. 9/09  
Data 10 settembre 2009

Presidente Federazione Nazionale  
Collegi IPASVI  
Dott.ssa A. Silvestro  
Via A. De Pretis,70  
00184 ROMA

E, p.c. Presidenti  
Collegi IPASVI d'Italia  
LORO SEDI

## **Oggetto: valutazione - azioni art. 3 comma 10 Legge 108/2009 – infermiere volontarie CROCE ROSSA**

*Nel ringraziare il Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI per la tempestiva azione intrapresa durante la conversione del Decreto Legge n. 78 del 1 luglio 2009, considerata la successiva emanazione della Legge n. 108/09 e nello specifico art.3 comma 10, a nome dei Collegi IPASVI della Regione Lombardia, pongo alla Vostra attenzione alcune osservazioni nate dal confronto tra i Presidenti lombardi, al fine di contribuire al dibattito sulle azioni da intraprendere per la modifica della norma contestata.*

*La prima osservazione è che la norma contiene un'evidente ed illogica **contraddizione**.*

*Infatti da una lato si sostituisce alla vecchia (e comunque superata) equiparazione del diploma di infermiera volontaria della CRI al certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiera generica (previsto dall'art. 1 della Legge n. 95 del 1963) una diversa equiparazione con la qualifica di "operatore socio-sanitario specializzato", da cui dovrebbe discendere che l'infermiera volontaria CRI sia abilitata a svolgere solo i compiti propri di detto operatore socio-sanitario e nulla di più.*

*Rimane tuttavia da valutare se tale equiparazione sia corretta dal punto di vista dell'effettiva equivalenza dei due percorsi formativi ed anche dal punto di vista dell'invasione della sfera di competenza legislativa delle regioni (alle quali compete in base all'art. 1, comma 2, della Legge n. 43/2006, la disciplina dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie).*

*Ciò per la necessaria e logica correlazione tra percorso formativo, qualifica ed ambito proprio di competenze, come da sempre identificato nel percorso della professione infermieristica.*

*Si rammenta a tal riguardo, che sul differente significato di prestazione sanitaria e socio-sanitaria si è pronunciato, a suo tempo, il giudice amministrativo (T.A.R. Milano, sez. III, 21 ottobre 1997, n. 1823), stabilendo che: " l'attività infermieristica non può essere fatta rientrare nella locuzione servizio socio-sanitario, chè quest'ultimo si differenzia dalla prima, spiccatamente sanitaria, proprio per quel "socio" che sta a dimostrare la non esclusiva finalità medica, associata invece a una pregnante finalità sociale (...). In definitiva **l'attività infermieristica, vale a dire sanitaria, può essere svolta unicamente da soggetto abilitato e iscritto al relativo albo (...)**".*

*Se quindi il legislatore riconosce che la formazione dell'infermiera volontaria CRI non può portare che all'acquisizione di una professionalità nell'ambito "socio-sanitario", lo stesso legislatore*



compie un salto logico nel consentire allo stesso soggetto di operare nel diverso e più complesso ambito delle professioni propriamente "sanitarie".

L'incongruenza appare ancora più netta se si considera che l'esercizio della professione infermieristica richiede oggi, dopo una riforma radicale della stessa cui si è pervenuti con una serie di disposizioni (art. 1 legge n. 42 del 1999; art. 1 legge n. 251 del 2000; art. 1 e 2 legge n. 43 del 2006) il possesso di due requisiti minimi inderogabili: un percorso formativo universitario (laurea) e l'iscrizione all'albo professionale.

Entrambi questi presupposti, come noto, non si riscontrano nell'infermiera volontaria CRI, la cui disciplina resta ancorata a disposizioni che risultano datate e di dubbia compatibilità con il nuovo quadro di riferimento normativo.

Con l'articolo in oggetto, viene quindi ufficializzata ed autorizzata una deroga a tali requisiti minimi per personale destinato per di più ad operare in contesti di emergenza, **ove maggiori e non minori** sono le esigenze di alta professionalità e competenza.

Quanto riportato, viene a ledere, non soltanto le prerogative di una categoria professionale che ha meritato sul campo il riconoscimento di una crescita di responsabilità e di autonomia (al punto che con l'art. 1 della già citata legge n. 42/99 è stata eliminata la qualificazione di professione "ausiliaria"), quanto piuttosto gli interessi e le esigenze dei destinatari delle prestazioni di assistenza e cura, titolari di un diritto alla salute (art. 32 Cost.), che viene messo in questo modo a repentaglio.

Da ultimo si segnala che il Regolamento per il Corpo delle I.V. approvato con il R.D. 12 maggio 1942 n. 918, cui la disposizione in commento fa rinvio, non è stato aggiornato dopo l'approvazione del nuovo statuto della CRI in vigore dal 2005 e mantiene una discriminazione di genere sessuale per l'accesso al lavoro, certamente in contrasto con l'attuale disciplina del lavoro di cui all'art. 1 della L. 903/1977, nonché con l'art. 3 della Costituzione.

Vista la realtà qui descritta, si propongono le seguenti azioni.

1) Essendosi evidenziati alcuni **profili di incostituzionalità**, anche per violazione dell'ambito di competenza legislativa delle Regioni, un primo rimedio potrebbe essere quello di segnalare la questione a tutte le Presidenze regionali e ad ai relativi uffici legislativi per proporre/ sollecitare un ricorso alla Corte Costituzionale.

In alternativa, tale ricorso, non previsto come azionabile direttamente dai cittadini o anche da altri soggetti collettivi, in astratto sarebbe attivabile nell'ambito di un giudizio ordinario, civile o amministrativo, da avviare contro un **atto applicativo** posto in essere o dalla stessa CRI o dal Ministero della Salute.

2) In alternativa a quanto definito al punto 1), si potrebbe individuare un profilo di **incompatibilità comunitaria** della norma (ad esempio) in quanto lesiva dei principi comunitari in materia di professioni e di libera concorrenza.

In questo caso si potrebbe intimare alla stessa CRI di **disapplicare** direttamente la nuova disposizione nazionale, indi, in caso di diniego o silenzio, avviare un giudizio per accertare la sussistenza di tale obbligo e per i profili risarcitori.

3) Resta infine, e sarebbe la "strada maestra", la soluzione di un **nuovo URGENTE intervento normativo** che risolva innanzitutto l'annosa questione solo italiana del nome "infermiere" volontarie della CRI e che la stessa, per le attività proprie riservate alla professione infermieristica (così come avviene per la professione medica), riconosca l'unico titolo abilitante di infermiere con iscrizione all'albo, conseguito nei Corsi di Laurea in Infermieristica dalle Università italiane.

Concordando che le azioni fin qui descritte, risulterebbero eventualmente attuabili a lungo termine, si propone, un'azione di breve medio termine che possa coinvolgere più livelli, istituzionali e non.

Tali decisioni, si potrebbero concordare in seguito a discussione attraverso la **convocazione di un Consiglio Nazionale Straordinario**, che risulterebbe utile al fine di procedere alla stesura di un programma contenente azioni dirette e rapide quali:

- 1) Sollecitazione e coinvolgimento delle Direzioni Regionali affinché collaborino nell'affrontare le criticità inerenti le infermiere volontarie CRI;
- 2) Condivisioni di azioni mediatiche rivolte alla cittadinanza sottolineando le competenze professionali, formative e normative degli infermieri;
- 3) Coinvolgere gli iscritti nel riconoscere atteggiamenti di abuso di professione attuati dagli operatori della CRI, con invito alla denuncia all'Ordine, sostenendo un supporto di assistenza legale.

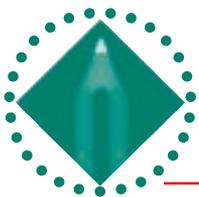
Nell'affrontare tale problematiche, un C.N. sarebbe anche opportunità di discussione, aggiornamento e definizione di decisioni condivise sulla situazione relativa all'inserimento degli infermieri nelle farmacie, MED 45, ecc.

Ribadendo il sostegno nell'affrontare la problematica e rimanendo disponibili per un costruttivo confronto porgo cordiali saluti.

Cordiali saluti

La coordinatrice  
Collegi IPASVI Regione Lombardia  
Beatrice Mazzoleni



## È evidente che...

*Le revisioni sistematiche*

25

A cura di Caldera Luigia e Lazzari Franca

**È evidente che...** i problemi di informazione scientifica si sono notevolmente modificati negli ultimi decenni: se prima degli anni ottanta si erano riscontrati ostacoli soprattutto al loro accesso, da quel periodo, con la disponibilità via internet di vaste banche dati di letteratura scientifica, il problema è diventato il loro eccesso. Un'ulteriore difficoltà era inoltre il reperimento di ricerche che fornivano risultati contrastanti e che non garantivano ai medici la certezza di una pratica clinica basata su fonti affidabili. Il volume e la complessità delle informazioni disponibili, insieme alla limitatezza del tempo degli operatori dei servizi sanitari, resero necessario lo sviluppo di un processo che fornisse, in modo conciso, i risultati della ricerca. Le revisioni sistematiche (RS) sono una risposta a queste esigenze, in quanto sono studi scientifici che localizzano, valutano e sintetizzano i dati di più studi scientifici allo scopo di offrire risposte esaurienti, basate su dati empirici, a quesiti della ricerca scientifica. Il presente articolo si propone di fornire informazioni relative alle revisioni sistematiche, a chiarire che cosa sono e quali sono le loro parti fondamentali. L'articolo ha anche lo scopo di stimolare i colleghi infermieri ad avvicinarsi a questi documenti scientifici (forse inconsapevolmente già noti, es. il materiale sul quale prepararsi nei corsi FAD), che permettono di avere a disposizione risposte a quesiti semplici o complessi della quotidiana pratica assistenziale possibile di grazie anche alle RS, miglioramento.

### **CHE COSA SONO LE REVISIONI SISTEMATICHE?**

Si può definire da subito che cosa non sono le RS: esse non sono revisioni narrative della letteratura scientifica, in cui l'autore sceglie gli studi da includere e ne fornisce una descrizione riassuntiva, con il rischio di produrre errori e distorsioni. Le RS si avvalgono invece di una metodologia rigorosa che permette di elaborare in un unico documento un ampio numero di singoli studi (prevalentemente studi randomizzati e controllati<sup>1</sup>). Il vantaggio consiste nel fatto che, poiché la maggior parte degli studi sperimentali condotti include pochi pazienti (per ragioni di costo e organizzazione), il numero dei pazienti inclusi in una singola ricerca è spesso insufficiente a porre in



luce differenze significative tra il gruppo trattato ed il gruppo di controllo. L'analisi combinata di studi differenti ma con il medesimo scopo, con la stessa tipologia di pazienti, svolta dagli autori delle RS, consente invece di aumentare la precisione delle stime e quindi di evidenziare meglio gli effetti di un trattamento/intervento. Qualora l'effetto di un intervento rimanga inalterato negli studi considerati, anche se condotto in contesti e periodi diversi, consente di migliorare la generalizzabilità dei risultati, che risultano potenziati. Nel caso in cui la comparazione di studi diversi produca invece esiti incoerenti, vengono suggerite dagli autori ulteriori approfondimenti con nuove ricerche.

<sup>1</sup> Gli studi randomizzati e controllati (RCT) vengono spesso indicati come l'optimum ai fini dei risultati di una ricerca poiché rappresentano il modo migliore per valutare un intervento, per esaminare una possibile relazione causa-effetto fra variabili o per confrontare differenti interventi (Hamer, Collinson, pag. 25, 2002).



## COME SONO CONDOTTE LE REVISIONI SISTEMATICHE?

È probabile che molti colleghi infermieri non effettueranno mai una revisione sistematica, ma è importante essere in grado di valutarne la qualità per poterla utilizzare nella propria pratica professionale. A tal proposito verranno brevemente descritte le componenti essenziali del processo di RS, che permetteranno di comprendere più chiaramente anche il loro significato e valore scientifico.

### - **DEFINIZIONE DEL QUESITO DI RICERCA**

L'attività più importante è la definizione del quesito: se ben impostato permetterà di orientare le altre attività della revisione. Il quesito deve comprendere una definizione della popolazione, l'intervento o gli interventi da valutare e l'esito da misurare. Per fare un esempio, una domanda come: "che cosa si può fare per ridurre le lesioni da pressione nelle persone anziane?" Una domanda più orientata potrebbe essere: "il cambio di postura ogni 2 ore nelle persone anziane allettate, riduce la formazione di lesioni da pressione?". Questa domanda contiene gli elementi previsti: la popolazione (gli anziani allettati), l'intervento (il cambio di postura ogni...), un esito da verificare (riduzione della formazione di lesioni da pressione).

### - **METODI PER IDENTIFICARE I LAVORI DI RICERCA**

Per definire il quesito di ricerca è opportuno conoscere l'argomento e consultare preliminarmente la bibliografia disponibile, ma la RS richiede una ricerca globale della letteratura. In questa fase è necessario identificare sia i documenti pubblicati, sia quelli non pubblicati (atti di convegni...), anche in lingua diversa dalla propria: tutto ciò ha lo scopo di limitare il più possibile errori e distorsioni della RS.

La ricerca viene effettuata in diverse forme, di seguito presentate.

I database sono strumenti importanti perché consentono di accedere ad una grande disponibilità di letteratura e permettono di stimare quanta informazione è disponibile. Va evidenziato che i database sono oltre 200, ciascuno dei quali ha differenti riviste indicizzate e proprie strategie di ricerca; da ciò. Si evince che una ricerca è alquanto impegnativa. La ricerca manuale permette di identificare studi non censiti nei database; occorre quindi conoscere le riviste che possono contenere articoli interenti la domanda di ricerca e definire quante annate delle pubblicazioni considera-

re. Identificate le riviste, è necessario reperirle nelle biblioteche scientifiche ed anche questo è un aspetto non sempre facile da gestire.

Anche il controllo delle bibliografie degli studi recuperati può permettere di identificare studi interessanti da prendere in considerazione.

I contatti con i ricercatori del settore può essere un passaggio piuttosto complesso, in quanto lungo e costoso, ma è uno dei modi migliori per identificare studi in corso o non pubblicati.

Un'altra parte importante per identificare i lavori di ricerca è il reperimento della letteratura non pubblicata, cioè tesi e studi compresi in atti di convegni. Anche per questa ricerca occorre avere i giusti contatti, ad esempio con organizzazioni professionali o persone che operano nel campo. Questi lavori sono di grande importanza perché permettono di diminuire le distorsioni che potrebbero essere introdotte includendo solo materiale pubblicato.

### - **ATTENZIONE AI BIAS<sup>2</sup>**

La RS deve essere condotta con metodo rigoroso per ridurre il rischio di viziare i risultati, pertanto è necessario tenerli in considerazione nel progettare la strategia di ricerca dei documenti.

Gli studi che generalmente vengono pubblicati sulle riviste scientifiche presentano prevalentemente reperti con risultati significativi, sia positivi, sia negativi: poiché recensire una ricerca richiede tempo e fatica, molti ricercatori sono meno motivati a pubblicare esiti di ricerche che hanno prodotto risultati non significativi, ed ancor meno lo sono i curatori delle riviste. Se nella revisione vengono però inclusi solo studi pubblicati, questo genere di bias potrebbe avere un effetto grave sui risultati finali della RS. Per ovviare a ciò, numerose riviste nel mondo incoraggiano i ricercatori a fornire informazioni e dettagli sulle loro ricerche non pubblicate, così da rendere disponibili i loro lavori (in forma di abstract) in internet, perché possano essere incluse nelle RS.

Si può determinare un bias di natura linguistica, ciò si verifica quando i ricercatori, che conoscono e utilizzano la lingua inglese, sono facilitati nella ricerca e nell'utilizzo degli studi scritti in tale lingua, pubblicheranno più facilmente reperti significativi in riviste scritte in inglese; questo comporta la difficoltà di trasferire i concetti da una lingua all'altra, soprattutto quando il traduttore non è disciplinare, come può essere un infermiere.

<sup>2</sup> Viene definito bias o vizio o causa di errore nascosta, qualsiasi effetto che può alterare la rappresentatività dei risultati, rendendo erronea la conclusione logica (Hamer, Collinson, pag. 58, 2002).



### - SCELTA DEGLI STUDI PER L'INCLUSIONE

Anche questa fase è molto importante per la buona riuscita del lavoro. I lavori di ricerca da includere nella RS devono riflettere il quesito iniziale in relazione alla popolazione, all'intervento, agli esiti; inoltre, occorre definire quali tipi di studi devono essere considerati (es. RCT, studi di coorte...). Tutti i criteri di inclusione e di esclusione vanno definiti prima di dare inizio alla revisione della letteratura, per evitare pregiudizi personali o conflitti di interesse e garantire trasparenza nella conduzione della RS.

### - VALUTAZIONE QUALITATIVA DEGLI STUDI INCLUSI

Una parte importante nei processi della RS è la valutazione della validità di tutti gli studi inclusi. Ciò ha lo scopo di escludere gli studi di bassa qualità per ridurre il rischio di errori e bias. Valutare la validità di uno studio significa verificare se i metodi usati durante lo studio stesso possono essere affidabili per fornire un autentico ed accurato resoconto degli interventi trattati. In particolare ci si deve soffermare sui dettagli del disegno di ricerca; per gli RCT ad esempio ci si deve focalizzare sui potenziali bias. La selezione dei soggetti e la loro assegnazione al gruppo di studio o di controllo, per fare un esempio, deve avvenire all'insaputa degli operatori, per evitare che questi siano condizionati durante la conduzione della ricerca. Negli studi considerati per la RS, questo ed altri elementi di distorsione devono essere dichiarati.

### - SINTESI DEI DATI

L'obiettivo di una RS è quello di riassumere i risultati di diversi studi per ottenere una valutazione complessiva di un intervento assistenziale o di un trattamento. Qualora gli studi reperiti avessero caratteristiche

sufficientemente simili, sarebbe possibile effettuare una meta-analisi di tali dati. La meta-analisi, utilizzando metodologie statistiche complesse, è in grado di sintetizzare e confrontare risultati numerici di più studi che abbiano valutato le stesse variabili, come se fosse stato effettuato uno studio con un campione più grande, pari alla combinazione (immaginabile come una somma) dei campioni dei singoli studi inclusi e quindi con una potenza maggiore. La fase finale di questo processo permette di giungere a delle conclusioni rispetto al quesito posto inizialmente. In conclusione, va detto che le RS non danno risposte a tutti i quesiti clinici e non sono linee guida per la pratica professionale. Sono infatti progettate per presentare i migliori dati disponibili su una specifica area di assistenza o trattamento: saranno medici, infermieri e personale sanitario che dovranno avvalersi di questi dati utilizzando il giudizio clinico e le informazioni relative alle singole persone assistite, per fornire la migliore assistenza possibile. Difficilmente capiterà l'occasione di essere coinvolti in un progetto di RS, ma prendere confidenza e saper utilizzare la migliore letteratura scientifica disponibile è il primo passo che devono compiere gli infermieri per fornire un'assistenza evidence based. Fondamentale è, infatti, andare oltre ovvero "passando da una tradizione di trasmissione orale a una produzione scientifica scritta, che riprenda e discuta quanto prodotto nella pratica. ... Se gli infermieri sono professionisti detentori di una scienza e di una specificità disciplinare, devono anche dimostrarlo attraverso la letteratura, la ricerca, l'elaborazione, la produzione di conoscenza e attraverso l'utilizzo di tutto questo nel loro lavoro, nell'assistenza (Sansoni, 2009).

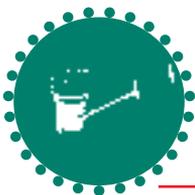
### BIBLIOGRAFIA

- Fain J.A. (2004) La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla. Seconda edizione. Milano: McGraw-Hill.
- Hamer S., Collison G. (2002) Evidence based practice. Assistenza basata su prove di efficacia. Milano: McGraw-Hill.
- Sansone J. (2009) Importanza della produzione scientifica e della ricerca bibliografica per l'infermieristica. In Vellone E., Piredda M. (2009) La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria. Seconda Edizione. Milano: McGraw-Hill, 1-20.
- Sironi C., Baccin G. (2006) Procedure per l'assistenza infermieristica. Milano: Masson.
- The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery (2000) Appraising Systematic Reviews, Changing Practice Sup. 1, [on line]. Disponibile da: <http://joannabriggs.edu.au/CPI.pdf>. [consultato il 5 ottobre 2009].
- Vellone E., Piredda M. (2009) La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria. Seconda Edizione. Milano: McGraw-Hill.

\* Tutor Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria - Sede di Como - A.O. Sant'Anna Como

\*\* Tutor Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria - Sede di Como - A.O. Sant'Anna Como





# Infermieristica e Cure complementari

*L'arte del massaggio (seconda parte)*

28

A cura di *Iacchia Quentina\**

Tornare ad essere consapevoli di questo potenziale umano, presente nelle nostre mani, è una grande possibilità di soddisfazione nel settore dell'assistenza oltre ad essere una fonte per una migliore qualità di vita per pazienti e residenti. Sentire l'energia con la mano (ricevere informazioni) e con la stessa mano ridarla alla persona che ne ha bisogno (dare informazioni): non si tratta solo di una tecnica del contatto imparata, ma di un'arte, che si sviluppa con anni e anni di esperienza e con l'aumento della sensibilità. Utilizzare questo metodo è oltremodo appagante. Chiunque può impararla con apposita formazione. Il metodo standardizzato del tocco terapeutico prevede delle fasi ben determinate. A seconda delle necessità e del tempo, la flessibilità non solo è possibile ma anche assolutamente importante.

**Massaggio metamorfico:** La Tecnica Metamorfica deriva originalmente dalla Reflexologia Plantare e fu scoperta attorno agli anni '50 dal naturopata inglese Robert St. John. La pratica del Massaggio Metamorfico mette in atto un processo di trasformazione del tutto naturale e spontaneo in cui il praticante ricopre il semplice ruolo di catalizzatore mentre il resto viene fatto dal soggetto con l'aiuto dell'intelligenza della sua forza vitale. Fa parte delle medicine complementari ed olistiche. È una tecnica molto dolce e facile da praticare, che permette di ritrovare forza e motivazioni e di attuare appunto una 'metamorfosi' all'interno della propria vita. Si agisce su piedi, testa e mani con un leggero massaggio circolare assolutamente non invasivo. I piedi sono infatti la sede del movimento, le mani dell'azione, la testa del pensiero, le tre funzioni che caratterizzano l'essere umano. Il massaggio ha un

tocco lieve che va praticato per circa un'ora. In generale il massaggio metamorfico non ha controindicazioni ed è facile da apprendere e da eseguire. Un tocco leggero a piedi, mani e testa per ottenere il rilassamento totale, il riequilibrio energetico e la rielaborazione di vissuti ed emozioni. Il massaggio metamorfico lavora sullo schema prenatale, l'area che rappresenta l'epoca in cui le nostre forze e le nostre debolezze si sono inizialmente stabilite. Questa pratica nasce dalla recente evoluzione della riflessologia plantare ed è utile a tutte le età, soprattutto nella risoluzione delle problematiche dei bambini e nelle donne prima della gravidanza. Per questi motivi è un efficace complemento per i riflessologi e può supportare gli infermieri che operano nel settore della prenatalità e le ostetriche. Trattando la linea della colonna si può intervenire direttamente sul periodo prenatale sciogliendo le tensioni che si sono formate allora. Attraverso un dolce massaggio dei riflessi prenatali nei piedi, nelle mani e nella testa l'energia e la forza vitale della persona si risvegliano. La tecnica metamorfica si basa su un principio che individua nella parte dei piedi la corrispondenza alla spina dorsale legata al periodo prenatale. Durante la gestazione, il nascituro forma non solo il corpo fisico, ma prepara anche ogni sua funzione, abilità, caratteristiche e atteggiamenti post-natali. È un massaggio che va provato in prima persona, prima ancora di poterlo effettuare sugli altri.



**Il Massaggio del bambino:** I neonati smettono di crescere se non vengono toccati. I ratti di laboratorio preferiscono le carezze all'alimentazione. I bambini con la sindrome da deficit di concentrazione e disturbo di iperattività (ADHS) e gli adulti con disturbi alimentari presentano una carenza nella percezione propria e dell'altro e difficoltà ad elaborare impressioni sensoriali. Il tatto è uno dei più importanti organi di senso e compare già nella vita embrionale. Già dalla sesta settimana di gestazione iniziano a formarsi le vie nervose necessarie a trasmettere le sensazioni tattili dalla periferia al centro. Alcuni importanti meccano-



recettori tattili sono presenti dalla settima settimana di gestazione nella regione peribucale, successivamente fanno la loro comparsa verso l'undicesima settimana sull'epidermide del viso, sul palmo delle mani, sulla pianta del piede; ma solo a partire dalla quindicesima settimana di gestazione si estendono al resto del corpo. Ricordiamo anche che nello sviluppo embrionale c'è un'origine comune tra pelle e cervello dato dall'ectoderma è quindi evidente il ruolo che può avere la pelle nella vita psichica di un bambino. In utero i movimenti materni stimolano gli spostamenti e gli scuotimenti del liquido amniotico i quali hanno effetto dondolante e massaggiante sul bambino. Non va dimenticato che la pelle rappresenta il nostro contenitore e il primo strumento di comunicazione a carattere globale. La capacità della **pelle di un neonato** di percepire tutte le sfumature, gli stimoli e tutti i significati emotivi è davvero formidabile. L'amore che lega un figlio alla propria madre, per quel contatto di pelli, è una vera e propria estasi simbiotica. Ogni carezza non è fatta solo di contatto, ma anche di tempo, di tempestività, è fatta del momento giusto, della durata opportuna, di quel tanto che basta a far capire al piccolo più cose di quelle che potrebbero far capire parole o altro. Il contatto cutaneo, le carezze sono in questo periodo tanto necessarie quanto il cibo. La pelle ha "fame" di carezze, di affettuosità e di sicurezza. In realtà di "contatto cutaneo" abbiamo bisogno tutti anche noi adulti, soprattutto in questa società dove le relazioni e i contatti tra i propri simili sono sempre così "veloci e superficiali". Tante sono le espressioni che indicano il riferimento tra uno stato emotivo e la pelle (es: mi fa venire i nervi a fior di pelle, quella persona mi piace a pelle). Nel 1989 è stata fondata, per opera di Benedetta Costa, l'Associazione Italiana Massaggio Infantile (A.I.M.I.) che collegata con quella internazionale, si

propone la diffusione del massaggio anche in Italia. La sequenza dei massaggi che ancora oggi viene insegnata è quella proposta da VIAMALA SCHNEIDER McCCLURE, la quale imparò questa pratica in India, dove lavorava come volontaria in un orfanotrofo.

**Massaggio di Govinda:** Govinda deve la sua fama internazionale sicuramente al fatto di essere stato il massaggiatore personale del Matma Gandhi. La sua, è una rivisitazione del massaggio ayurvedico classico (abyanga) così come praticato nel Kerala, con integrazioni del massaggio occidentale e fisioterapico. Il volto dell'India è per molti il volto del Mahatma Gandhi, il maestro Govinda ha avuto la fortuna di condividere con il Mahatma parte del suo percorso di vita, e di essere il suo massaggiatore. Gandhi si curava ovviamente secondo i canoni tradizionali del suo paese, con l'ayurveda, ed era ben consapevole di quanto i testi classici ritenessero importante il massaggio. Govinda ha seguito Gandhi nel mondo, ed in questo suo itinerario ha appreso nuove tecniche, avuto nuove intuizioni, ha così integrato ed in parte modificato il suo massaggio tradizionale. Ne è nato un massaggio di rara efficacia.

Considerando il mio percorso professionale da infermiera, ostetrica e naturopata mi rendo sempre di più conto che l'aver approfondito alcune degli approcci legati al tatto e alla tattilità mi ha permesso di entrare più facilmente in empatia con le persone con cui avevo contatto ed ha permesso di attivare, con questo canale, delle strategie di auto-guarigione. "Un buon contatto è cibo per ogni essere", è il motto del dott. Martin Grunwald, del laboratorio dell'Università di Lipsia che afferma che "se finora il contatto non è stato introdotto in modo generale come sistema clinico di cura è dovuto alla mancanza di disponibilità".

#### BIBLIOGRAFIA

- Organizzazione Mondiale della Sanità: Il ruolo delle medicine tradizionali nel sistema sanitario. Valutazioni scientifiche e antropologiche. Red. Como 1984
- Bellavite P. e vari: "Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili". UTET 2000
- Chopra D.: "Benessere totale". Sperling & Kupfer
- Leboyer: Shantala ed. Bompiani
- Autton: "Parlare non basta" ed. EDT
- Aukett: "Il massaggio del bambino" ed. Red
- Relier: "Amarlo prima che nasca" ed. Le lettere Firenze
- Relier: "Adrien, la collera del neonato" ed. Le lettere Firenze
- Anzieu: "L'io pelle" ed. Borla
- Barth: "Il libro delle coccole" ed. Red
- Negri: "Il bambino in terapia intensiva neonatale" ed. Cortina
- Vimala McClure: "Massaggio al bambino, messaggio d'amore" ed. Bonomi
- Klaus e Klaus: "venire al mondo" ed. Il pensiero scientifico
- Klaus e Klaus: "dove comincia l'amore" ed. Boringhieri

\* Ostetrica e Infermiera





## Ri... visti

30

*La professione infermieristica, finora esclusivamente femminile, diventa accessibile anche agli uomini con la legge n 124 del 25 febbraio del 1971, pubblicata sul Notiziario n 2 marzo-aprile 1971 di cui si riporta di seguito l'articolo n 1. In occasione del Terzo Congresso Nazionale IPASVI l'allora presidente della Federazione Nazionale Sigra Luciana Pallocchia Demanega dedica un commento nella comunicazione introduttiva.*

### LEGGE 25 FEBBRAIO 1971, N. 124

A cura di Xxxxxx

Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta.

La Camera dei Deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

#### Art. 1

*(Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione sanitaria ausiliaria di infermiere professionale. Abolizione dell'internato obbligatorio).*

L'esercizio della professione sanitaria ausiliaria di infermiere professionale è esteso ai cittadini di sesso maschile che siano scritto diploma.

Gli enti indicati nell'articolo 130 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, debitamente autorizzati ad istituire scuole-convitto professionale per infermiere possono ammettere allievi di ambo i sessi senza obbligo di internato; sono altresì esonerati dall'obbligo dell'internato gli allievi delle scuole per vigilatrici d'infanzia e assistenti sanitarie visitatrici.

Le scuole-convitto professionali per infermiere, ordinate secondo il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, assumono la denominazione di scuole per infermieri professionali.

Su domanda degli allievi e tenuto conto delle esigenze di carattere sociale e logistico, il consiglio di

amministrazione delle scuole decide sull'ammissione degli aspiranti all'internato in convitto.

Il numero massimo degli allievi da ammettere nelle scuole viene determinato dalle singole regioni, tenendo presenti, di norma, la capacità dei locali, la disponibilità dei servizi e le attrezzature didattiche della scuola (...omissis...).

#### RELAZIONE INTRODUTTIVA DELLA PRESIDENTE DELLA FEDERAZIONE IPASVI

Nel dichiarare aperto il Terzo Congresso delle IPASV.VI., indetto dalla Federazione Nazionale dei Collegi professionali, desidero rivolgere un vivo saluto ed un particolare ringraziamento a tutte le Autorità Civili e religiose che hanno gentilmente accettato di presenziare a questa cerimonia inaugurale, alle presidenti ed ai Consigli Direttivi dei Collegi, alle numerose iscritte provenienti da tutta Italia.

Sono accanto ad esse consistenti gruppi di allieve e allievi delle Scuole Professionali che rafforzeranno presto le nostre file ed ai quali dò con piacere il più cordiale benvenuto.

Sono trascorsi tre anni dall'ultimo Congresso ed è naturale fare il bilancio, positivo e negativo della situazione che s'è venuta determinando in quest'arco di tempo.

È comprensibile come immediatamente e con una certa amarezza si sia portate a sottolineare gli aspetti negativi che, nel nostro settore, sono purtroppo molti ed anche gravi. Basti pensare alla mancata riforma delle Scuole Professionali, alla carenza di strutturazione autonoma negli schemi





**Stetoscopi monoaurali usati per lungo tempo in campo ostetrico per rilevare il battito cardiaco fetale, poi soppiantati dai Doppler.**

di riforma sanitaria, alla persistente, inadeguata utilizzazione del personale infermieristico da parte delle varie Istituzioni Sanitarie, alla cristallizzazione dei rapporti di trattamento parametrico ospedaliero ed extra ospedaliero a svantaggio delle categorie professionali.

Tuttavia, da un punto di vista generale, ritengo non si debba essere troppo pessimisti e questo mi sembra doveroso affermare non certo per sminuire la portata dei problemi prima citati che insieme ad altri stanno tuttora impegnando la Federazione e le altre forze professionali, ma per invitare le Colleghe a guardare innanzi con maggior fiducia, tenendo soprattutto conto della responsabile presa di coscienza e del crescente grado di maturità che le nostre categorie stanno dimostrando.

Sarebbe sufficiente dare uno sguardo al programma di questo nostro Congresso per accorgersi come la Federazione abbia ormai adottato un suo metodo organizzativo che punta sulla partecipazione attiva al dibattito di tutte le congressiste e sulla presentazione di elaborati che sono frutto di un intenso lavoro di gruppo. Non più relazioni di illustri docenti, ma approfondimento comune di argomenti la cui stessa scelta è frutto di un continuo colloquio fra centro e periferia, fra dirigenti di scuole e presidenti di Collegi.

Nella trattazione dei problemi urgenti relativi all'esercizio professionale ed alle caratteristiche di attività dei Collegi si è cercato di fare una sintesi degli orientamenti e delle esperienze più recenti che ci consentono, care colleghe, di affermare

con forza che la nostra Federazione si è già posta in una diversa posizione rispetto alla limitatezza originaria e tradizionale dei compiti di tutela del decoro professionale e di vigilanza sull'esercizio della libera professione, per delineare concretamente una propria competenza sostanziale nella promozione di un aggiornamento professionale continuo, finalizzato alla realizzazione di un diverso ruolo infermieristico nella società moderna.

La professione si trova di fronte ad un insieme di problemi che richiedono un intervento diretto ai vari livelli, per il quale la Federazione ha veste ufficiale di rappresentanza.

Ed è su questo argomento che intendo brevemente riferire, passando quindi a considerare le prospettive immediate di azione anche in rapporto alla avvenuta istituzione delle Regioni.

#### *Applicazione legge 124/1971*

Altra azione svolta dalla Federazione è stata la raccolta di notizie e di richiami nei confronti delle autorità competenti affinché venisse applicata in modo esatto ed integrale la Legge n. 124/1971 – quel provvedimento legislativo cioè che in questa stessa sede, tre anni or sono, era stato contestato dalla categoria.

Siamo rimaste della stessa opinione: le norme transitorie non possono risolvere il problema quantitativo e qualificativo del personale infermieristico e, sotto questo ultimo aspetto, contribuiscono al peggioramento della situazione!

La soluzione più funzionale sarebbe stata quella, più volte suggerita dalla O.M.S.: puntare anzitutto



sulla formazione di personale infermieristico dirigente, risolvere i problemi istituzionali e finanziari delle scuole, promuovendo, nel contempo, il concentramento delle risorse didattiche esistenti. Si è voluto invece seguire la via "quantitativa", senza contemporaneamente svolgere una efficace azione, che favorisse la formazione di elementi, per cui

il consistente, rapido aumento di scuole, ci ha trovato più volte perplessi circa la possibilità di svilupparsi un insegnamento di adeguato livello.

Criticare ulteriormente la Legge 124/1971 sarebbe comunque inutile, mentre conviene riconoscere taluni aspetti positivi che essa indubbiamente presenta quali la estensione della professione infermieristica al personale maschile, la possibilità di frequentare le scuole in esternato, la riduzione del limite minimo di età per accedervi, e soprattutto la elevazione della base culturale ai cinque anni post elementari – il che dovrebbe creare il presupposto più saldo per il riconoscimento scolastico dei titoli professionali – obiettivo questo che la Federazione ha costantemente sostenuto e per il quale si considera impegnata a fondo.

Non si può dire comunque che l'applicazione di tale legge abbia avuto luogo in modo uniforme nel senso che, a Regioni o zone nelle quali la selezione è stata effettiva, hanno fatto riscontro altre località, dove inutili sono stati gli

sforzi per assicurare l'adozione di criteri selettivi validi, quali il provvedimento avrebbe richiesto,

nell'interesse delle categorie infermieristiche e soprattutto dell'assistenza. In totale risultano ammessi al II anno delle Scuole Professionali circa 5500 generici e va subito detto che in molte scuole l'incontro fra l'esperienza didattica, lo stile professionale delle nostre direttrici e delle capo sala didattiche ed il sincero desiderio di qualificazione

da parte della maggioranza dei generici ha portato a primi risultati veramente confortanti.

Sono gli stessi generici a riconoscere l'esigenza di una loro effettiva qualificazione e ad accettare non lievi sacrifici per superare le barriere della consuetudine e talvolta l'insufficienza delle basi culturali in materia sanitaria. Penso che da parte nostra si debba accogliere questi colleghi con la massima simpatia, incoraggiandoli nel loro desiderio di migliorare la propria preparazione, facendo in modo che quando entreranno nei nostri Collegi si possano sentire perfettamente integrati nella categoria e non esponenti di un gruppo diverso e ostile.

Sempre nel campo della Legge 124/1971 l'azione della Federazione si è sviluppata soprattutto al fine di assicurare l'osservanza di quanto stabilito dall'art. 8 della legge stessa e dalle circolari ministeriali circa la scelta dei rappresentanti delle commissioni interne, cercando di evitare interpretazioni distorte in talune sedi portate avanti sulla base del concetto di una gerarchia di qualifiche non previste dalla legge ospedaliera. L'affermare che un otti-

## 1971

*Da Wikipedia, l'enciclopedia libera.*

### Eventi

- Il programmatore statunitense Ray Tomlinson inventa l'e-mail

### 25 Gennaio

- Lainate: sulla pista della Pirelli, bombe incendiare distruggono otto autotreni: è la prima azione eclatante firmata dalle Brigate Rosse

### 7 Febbraio

- Svizzera: un Referendum popolare approva la concessione del diritto di voto alle Donne

### 31 Marzo

- Italia: la pillola anticoncezionale non è più clandestina: è abrogato l'articolo 553 del codice penale che vietava la propaganda, la produzione e il commercio degli anticoncezionali

### 19 Giugno

- Italia: viene consegnata alla Corte di Cassazione la richiesta, oltre 1.300.000 firme, di abrogazione della legge sul divorzio

### 30 giugno

- L'equipaggio della navicella Soyuz 11 muore a causa di una fuga d'aria causata da una valvola difettosa.

### 3 Luglio

- Parigi: Jim Morrison viene trovato morto nella vasca da bagno della sua abitazione.

### PREMI NOBEL

- per la Letteratura: Pablo Neruda



## 1971 negli altri calendari

Calendario gregoriano 1971  
 Ab urbe condita 2724  
 Calendario berbero 2921  
 Calendario etiopico 1963 — 1964  
 Calendario islamico 1390 — 1391  
 Calendario persiano 1349 — 1350



Stetoscopi di inizio '900

mo ragioniere abbia una qualifica superiore a quella di capo sala solo perché gode di un trattamento parametrico migliore significa sostituire alla gerarchia dei valori quella dei ... favori. Errato anche affermare che un sanitario, in quanto tale, è in grado di sostituire una capo sala, una direttrice oppure una dirigente dei servizi infermieristici nella valutazione del grado di preparazione infermieristica degli aspiranti. Non si dimentichi che i medici sono già ampia-

mente inseriti nella Commissione in parola, per cui determinate tesi, imprevedibilmente sostenute, tornano a disconoscimento del carattere peculiare della professione infermieristica e della sua autonomia rispetto a quella medica. Anche in questi casi Federazione e Collegi hanno svolto una attenta opera di vigilanza, per segnalare e contestare gli abusi verificatisi, intervenendo direttamente ed interessando nello stesso tempo le autorità competenti.

## È morto Carlo Calamandrei

Condividendo il dolore dei famigliari e di tutta la professione infermieristica partecipiamo al cordoglio per la scomparsa di Carlo Calamandrei, infermiere tra i più famosi d'Italia, noto per le sue numerose pubblicazioni che hanno letteralmente "formato" ciascuno di noi.

Alcune delle sue pubblicazioni:

**La dirigenza infermieristica** - McGraw-Hill Companies - Data di pubblicazione: 2008

**La leadership in campo infermieristico** - McGraw-Hill Companies

Data di pubblicazione: 2006

**Diagnosi infermieristiche. Definizioni e classificazione 2005-2006.** Nanda International - CEA - Data di pubblicazione: 2006

**La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere dirigente e del caposala** - (Quaderni dell'operatore socio sanitario) - McGraw-Hill Companies - Data di pubblicazione: 2002

**Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere** - McGraw-Hill Companies - Data di pubblicazione: 1999

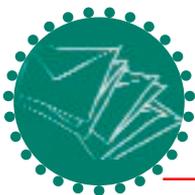
**L'assistenza infermieristica. Storia, teoria, metodi** - Carocci - Data di pubblicazione: 1993

**L'infermiere professionale abilitato a funzioni direttive. Manuale per la formazione del caposala** - Carocci - Data di pubblicazione: 1990

**Guida all'assistenza domiciliare (I tascabili)** - Carocci - Data di pubblicazione: 1981

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





## Posta e risposta

34

a cura di Stefano Citterio

### ABUSO DI PROFESSIONE O OMISSIONE DI SOCCORSO?

**D.:** Sono un infermiere che esercita in Svizzera, regolarmente iscritto all'Albo del Collegio di Como, con specializzazione scuola superiore Anestesia Canton Ticino che mi abilita anche all'intubazione oro tracheale. Vorrei porre tre quesiti.

1) Come mi devo comportare quando agisco come Volontario del Soccorso in Italia? Posso intubare? Quali rischi corro?

2) L'assicurazione del Collegio IPASVI di Como che ho sottoscritto è valida anche in Svizzera?

3) Per chiedere il riconoscimento del titolo di specializzazione in Italia come mi devo comportare?

Grazie

**R.:** Caro Collega,

1) Il quesito è particolarmente interessante e propone in modo esemplare il conflitto tra l'abuso di professione e l'omissione di soccorso.

L'abuso di professione si può configurare in quanto l'intubazione orotracheale, in Italia, non rientra tra le competenze infermieristiche definite dal Profilo professionale, dagli ordinamenti didattici e dal Codice deontologico. Di fatto è intesa come atto terapeutico di esclusiva competenza del Medico (Specializzato). Ciò va confermato nonostante nei corsi di BLS avanzati (ACLS) venga insegnata (anche agli infermieri) l'intubazione orotracheale. Ad oggi nei protocolli operativi dei 118, l'infermiere può effettuare, al massimo, l'intubazione laringea utilizzando gli appositi presidi, secondo algoritmi decisionali prestabiliti.

L'omissione di soccorso si verrebbe a configurare, invece, quale mancata esecuzione di una azione doverosa e utile al bene dell'assistito.

In questo caso è opportuno considerare anche che il soggetto agisce quale volontario del soccorso,

senza un ben definito ruolo sanitario, di conseguenza si consiglia di attenersi scrupolosamente ai protocolli e alle procedure definite per i volontari favorendo, in prima istanza, l'intervento di personale sanitario abilitato alla intubazione orotracheale.

In seconda istanza, in caso di impossibilità all'intervento di altro personale specializzato, ritenendo di avere le conoscenze, la competenza e l'esperienza necessarie per agire (non giustificabili dal solo possesso di un titolo di studio) si ritiene possibile anche una azione in prima persona assumendosi conseguentemente tutte le responsabilità in caso di manovra errata o di complicanze ulteriori derivanti dal proprio intervento.

Infatti, l'intubazione in situazioni critiche (es. politraumatizzato, emergenza extra-ospedaliera) richiede la presenza di personale altamente qualificato/riaddestrato per ridurre i possibili rischi.

2) la nostra assicurazione è valida anche in Svizzera; può visionare il testo della polizza sul nostro sito <http://www.ipasvicomo.it/bacheca.do?methodcall=visualizza&id=19>

3) per l'equipollenza dei titoli post base può collegarsi al sito: <http://www.ministerosalute.it/professionisanitarie/paginaMenu.jsp?menu=riconoscimento&lingua=italiano> oppure può provare a telefonare al Ministero al n° 06 59941 (centralino).

Cordiali saluti

### PUBBLICITÀ SANITARIA

**D.:** Egregi colleghi, Sono un libero professionista lavoro a Milano e utilizzo molto auto e moto. Vorrei pubblicizzare la mia attività con targhe autoadesive da apporre sui 2 veicoli. La Federazione in merito a questo come si esprime? Ci sono regolamenti sulla pubblicità in questione?



**Nell' attesa di una Vostra risposta colgo l'occasione per ringraziarvi.**

**R.:** Caro Collega

In relazione alla sua gentile domanda circa la modalità di effettuare pubblicità sanitaria su moto e/o auto, si informa che questo Collegio Provinciale si attiene a Linee Guida elaborate e deliberate dalla Federazione Nazionale Collegi Ipasvi il 14/06/2008 e trasmesse con circolare n 7/2008 del 25/06/2008.

Esse consentono al Collegio Provinciale l'esercizio dell'azione di vigilanza, affinché la pubblicità venga realizzata secondo criteri di trasparenza e di veridicità delle qualifiche professionali e delle prestazioni effettuate, nell'interesse del cittadino e a tutela della professionalità della classe infermieristica.

Pertanto gli infermieri liberi professionisti iscritti al Collegio Provinciale sono tenuti al rispetto delle suddette linee guida (Art.8. Verifica e valutazione deontologica da parte del Collegio Provinciale).

Nel caso specifico, al fine di rispettare il decoro della professione che gli iscritti svolgono, si fa presente art.5 punto 4 (Forme di Pubblicità Consentita) che cita: "Resta in ogni caso vietata la pubblicità....., nonché i messaggi ed informazioni pubblicitarie manifestamente di fantasia o di natura meramente reclamistica, ....".

Per concludere, è ragionevole affermare che è da escludere l'affissione di targhe e/o messaggi pubblicitari su moto e/o auto diversi dall'autoadesivo del logo professionale reperibile, senza alcun costo, presso la segreteria del Collegio.

Restando a disposizione per qualunque ulteriore informazione, si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

## PUBBLICITÀ SANITARIA 2

**D.:** Sono un'infermiere libero professionista e, per lo svolgimento della mia professione, vorrei utilizzare carta intestata e biglietto da visita. A tale proposito chiedo se esistono vincoli rispetto a contenuti e immagini.

**R.:** In relazione alla gentile richiesta, si informa che questo Collegio si attiene alle linee guida approvate dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI il 14/06/2008 e trasmesse con circolare n.7/2008 del 25/06/2008.

Nel caso specifico, **la carta intestata** del singolo libero professionista dovrà contenere una serie di elementi informativi che, sinteticamente, possono essere così descritti:

1. identità (nome e cognome)  
qualifica (infermiere)  
numero iscrizione Albo Professionale (infermieri)
2. specializzazioni (master o laurea specialistica)
3. indirizzo personale (via, numero civico, comune, telefono...)
4. codice fiscale
5. partita IVA
6. logo professionale
7. assenza di grafici o simboli

Per **il biglietto da visita:**

1. identità
2. numero iscrizione Albo Professionale
3. sede di intervento (struttura pubblica, privata, a domicilio, ambulatorio)
4. tipologia di intervento (assistenza inf.ca, coordinamento gestione assistenza inf.ca, docenza, coordinamento corsi formativi, tutoraggio, direzione)
5. ambito territoriale(città, provincia di, altre province, fuori regione)
6. indirizzo personale
7. codice fiscale
8. partita IVA
9. logo professionale

Si suggerisce di inserire sia nella carta intestata che nel biglietto da visita il logo professionale che, di fatto, sostituisce qualsiasi altro simbolo utilizzato.

Infine, nel biglietto da visita occorre riportare, schematicamente ma in modo completo, le informazioni relative alla sede di intervento, la tipologia dell'intervento e l'ambito territoriale, diversamente dalla carta intestata.

Distinti saluti.

## LIBERO PROFESSIONISTA E COORDINATORE QUALE RELAZIONE?

**D.:** Sono un coord. Infermieristico in una RSA, vorrei sapere notizie in merito al riposo delle 11 ore tra un turno e l'altro nei confronti un infermiere Libero Professionista. Vorrei sapere inoltre, come comportarmi visto che questo infermiere sostiene di non dipendere gerarchicamente da me e quindi di



non dover rispondere a nessuno in quanto Libero Professionista. Ma un LP non deve seguire le regole della struttura (rispetto all'orario di lavoro, relativamente alle prestazioni infermieristiche)? Io su cosa posso intervenire?

**R.:** Gentile Collega,  
il Decreto Legislativo 66/2003 che ha introdotto l'obbligo delle 11 ore tra la fine e l'inizio di un turno si riferisce esclusivamente ai lavoratori dipendenti. Rispetto invece al rapporto tra coordinatore e LP va precisato che il rapporto non può essere di tipo gerarchico bensì ha natura funzionale, essendo finalizzato al buon funzionamento del servizio. Allo stesso modo il LP non può pretendere di "non dover rispondere a nessuno".

Egli, in quanto LP è tenuto a rispondere del proprio operato al "committente" relativamente al servizio reso secondo i dettagli del contratto stipulato (che consiglio di leggere e approfondire). In questo caso il committente può indirettamente (o anche direttamente attraverso specifiche presenti nel contratto)

essere rappresentato dal Coordinatore Inf.co che per sua specifica funzione è tenuto a controllare e coordinare le attività (anche infermieristiche) erogate nella propria UO.

Di conseguenza le disposizioni della struttura (e del coordinatore) in merito, se non sono contrarie a logiche professionali o contro i bisogni delle persone assistite (da evidenziare formalmente da parte del LP che volesse non rispettarle), risultano vincolanti anche per il LP che presumibilmente è stato contrattualizzato proprio per effettuare un determinato servizio in un determinato arco di tempo.

Come Coordinatore sei, quindi, certamente tenuto ad intervenire su eventuali discordanze tra il servizio atteso dal professionista e quello effettivamente realizzato non solo in termini di risultato ottenuto ma anche relativamente al processo di assistenza messo in atto (es EBN, protocolli o procedure interne, orari di copertura del servizio ...) e anche alle eventuali interferenze dell'operato del LP sulle altre attività della struttura.

A disposizione per chiarimenti Cordiali saluti.

### ***Forte incremento delle prestazioni odontoiatriche al Sant'Anna di Como***

Nei primi mesi del 2009 è stato registrato un incremento del 7% per quanto riguarda le attività odontoiatriche nell'azienda ospedaliera Sant'Anna di Como. Nelle 16 postazioni territoriali dell'azienda, 25 odontoiatri assicurano oltre 400 ore settimanali, con una media di 35/40 mila prestazioni l'anno certificate, che corrispondono ad almeno 75 mila sedute. "Un dato - spiegano Giuseppe Cappello, responsabile del reparto, e Laura Chiappa, direttrice sanitaria - riconducibile a due grandi fattori: le condizioni generali di crisi che hanno spostato pazienti sulla sanità pubblica, dove le tariffe sono concorrenziali, e la costante e crescente qualità del servizio".

L'attenzione alla dotazione tecnologica, l'organizzazione del lavoro e la puntuale formazione hanno infatti confermato nel tempo l'eccellenza del servizio che si fa carico anche di molti pazienti con particolari criticità inviati dal privato. Nel comasco esiste una solida e sinergica rete fra i diversi attori (dentro e fuori l'azienda ospedaliera) che garantisce un alto livello complessivo del servizio, a vantaggio delle popolazioni locali. Un altro indicatore della qualità dell'odontoiatria del Sant'Anna è il fatto che sia stata individuata quale provider di formazione nazionale.

<http://www.hsacomo.org>

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





## News from the web

Siti di interesse sanitario

37

di IPAFD Paola Pozzi\*

### Speciale per promuovere l'immagine dell'infermiere

<http://nottidiguardia.it/>

Chi siamo

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

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

Collabora con noi

Per diventare un autore di **nottidiguardia** puoi inviare un tuo scritto a [info@nottidiguardia.it](mailto:info@nottidiguardia.it)

Il testo **non** deve superare, preferibilmente, le 3 cartelle di lunghezza (5400 battute), deve avere un **titolo** e deve essere firmato con uno **pseudonimo**.

I tempi di pubblicazione sono di circa un mese, ma sono molto variabili, in relazione alla quantità del materiale inviato. Non vi è selezione o censura ma verranno esclusi i testi che non sono ritenuti in linea con la filosofia del sito.

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

<http://www.cnai.info/>

Chi Siamo

La Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere/i (fino al XV congresso del 1996 era denominata CNAIOSS) è un organismo indipendente e non governativo sorto nel 1946 ed è membro del Consiglio Internazionale delle Infermiere (CCI o ICN) quale unico rappresentante degli Infermieri del nostro Paese.

Sede: Via Trebbia, 9 - 20135 Milano

Tel. 39.0258325428

Email [sede@cnai.info](mailto:sede@cnai.info)

**PER TUTTI GLI INFERMIERI ITALIANI INTERESSATI A FAR CONOSCERE ALCUNE DELLE LORO ESPERIENZE LAVORATIVE PIÙ SIGNIFICATIVE LANCIAMO OGGI QUESTA INIZIATIVA.**

*A cura di Cecilia Sironi*

Ho chiesto alla Presidente e al Consiglio CNAI di avere uno spazio sul sito per raccogliere storie di infermieri impiegati in tutti gli ambiti lavorativi possibili nel nostro Paese. Lo scopo è testimoniare con la nostra viva voce in che cosa consiste la nostra meravigliosa professione, ma anche descrivere in modo realistico i contesti e situazioni nei quali gli infermieri operano ogni giorno per assistere, con le risorse a loro disposizione, i cittadini.

**Perché un libro che racconti le storie di infermieri?**

Secondo voi la gente comune sa in che cosa consiste il nostro lavoro? La popolazione è consapevole del



nostro iter formativo, delle materie che studiamo, delle esperienze che dobbiamo acquisire per ottenere il titolo di studio di cui ci fregiamo? La gente coglie la differenza tra un infermiere (ora "infermiere generale", una volta "infermiere professionale") e un operatore socio-sanitario o altro personale addetto all'assistenza che lavora in ospedale o in altri servizi e strutture? Gli altri professionisti sanitari conoscono il nostro ruolo e responsabilità, i nostri ambiti di autonomia? La gente sa che l'infermiere non lavora solo in ospedale e neppure solo al domicilio? È al corrente che gli infermieri insegnano nei corsi in università e in altre istituzioni e agenzie formative, sono formati per fare ricerca, per gestire dipartimenti e servizi a tutti i livelli e che ora possiedono anche i titoli per farlo?

Mi fermo qui, ma non posso dimenticare di aggiungere altre domande rivolte più precisamente al nostro gruppo professionale.

Noi infermieri spieghiamo alle persone che assistiamo come e perché svolgiamo la miriade di attività che ogni giorno riempiono le nostre ore di lavoro? Forniamo motivazioni esaustive e chiare a chi assistiamo rispetto a ciò che attuiamo o alle informazioni che offriamo? Motiviamo il ritardo con il quale rispondiamo a volte a domande, chiamate e richieste dei nostri assistiti? Spendiamo del tempo per comunicare agli altri professionisti le nostre opinioni e suggerimenti relativi al nostro e loro lavoro di assistenza?

Il desiderio è che chi leggerà questa raccolta di storie si faccia un'idea realistica di chi è e che cosa fa l'infermiere in Italia. Non ci interessano le polemiche, né i racconti di un mondo visto attraverso lenti rosa, ma fatti ed esperienze vere.

### Da quando e come mai questo desiderio?

Da anni ho questo desiderio ma la vera svolta, la spinta verso la concretizzazione dell'idea risale al 2006, quando ho "incontrato", leggendo il suo libro appena uscito *Nursing against the odds*, Suzanne Gordon. Suzanne è una giornalista che vive e lavora a Boston e che, per esperienze personali, si è accostata al mondo infermieristico e da allora si occupa di infermieri, della loro immagine, delle problematiche che affliggono la professione e l'assistenza sanitaria. Gira tutto il mondo partecipando a conferenze ed incontri ed insegna in diverse Faculty of Nursing Nord americane.

La lettura del testo citato è stata così significativa che da allora mi sono procurata altri suoi libri americani che svolgono tematiche simili e ho fatto di tutto per sentirla (mail, telefono, Skype). L'ho finalmente incontrata in Italia lo scorso settembre 2008 perché era stata invitata dal Collegio IPASVI di Bolzano. Ho concordato con lei che, tra un impegno e l'altro, tornerà in Italia per due Conferenze a fine agosto e primi di settembre del 2009.

Sono rimasta in contatto con Suzanne, che nel frattempo desidera coinvolgere infermieri italiani in un suo progetto editoriale. Fra le storie che raccoglieremo tramite il sito ne proporrò alcune a Suzanne Gordon per inserirle in un testo di racconti scritti da infermieri di tutto il mondo!

### Come devono essere le storie?

Riporto alcuni stralci della presentazione della proposta editoriale che Suzanne Gordon mi ha inviato:

"Il libro vuole illustrare – attraverso i racconti in prima persona di infermieri – come la propria difesa, il prendersi dei rischi e l'azione (sia individuale che collettiva) possa proteggere i pazienti e rendere la professione infermieristica una carriera molto considerata dall'opinione pubblica. I racconti raccolti nel libro illustreranno come gli infermieri – con piccoli o grandi interventi – hanno lavorato per trasformare sia la loro professione che l'assistenza sanitaria. (...) Cerco racconti scritti in uno stile accessibile e familiare, lunghi dalle 350 alle 1800 parole. Dovrebbero descrivere incontri significativi con pazienti, famiglie, medici, amministratori, politici o giornalisti. I racconti non devono per forza essere a lieto fine in quanto le battaglie quotidiane non sono tutte così. (...) Il libro conterrà resoconti di piccole vittorie e miglioramenti – ottenuti a livello di singola unità operativa ospedaliera, casa di riposo o programma di assistenza infermieristica domiciliare. Contribuiranno infermieri che si occupano di ricerca, di formazione, che stanno cercando di influenzare sia l'assistenza infermieristica che la pratica medica. Cerco anche esempi di infermieri dirigenti che hanno tentato di proteggere gli standard assistenziali in un'epoca di taglio dei costi negli ospedali e di pressioni dai livelli superiori del management o che hanno portato innovazioni in qualche altro modo.

In breve, compariranno nel libro tutti i tipi di infermieri e le loro storie. Le loro esperienze, i contesti istituzionali e le loro modalità di operare varieranno notevolmente. Tutti però hanno preso iniziativa in nome dei



loro pazienti o della professione e – attraverso il potere del loro esempio – hanno incoraggiato altri infermieri a fare lo stesso”.

*La sottolineatura è mia.*

*Alcune storie verranno inviate a Suzanne Gordon per il suo libro “internazionale”, ma spero di curare con una giornalista un testo in italiano che finalmente faccia una “fotografia” realistica della nostra professione. Per qualsiasi domanda o dubbio, scrivetemi a: lenostrestorie@cnaei.info*

*Prego tutti di specificare, inviando la storia, se preferite firmarla con un nome fittizio o lasciare il vostro nome e cognome. Non dimenticate l'indirizzo postale ed elettronico!*

### Speciale corsi FAD

Report dati FAD:

- PROGETTO ECCE-IN FAD di Zadig  
Iscritti in Italia: 111.471  
Iscritti in Lombardia: 23.578  
Iscritti del Collegio IPASVI Como: 1297 di cui 176 residenti in Como e 1121 nel territorio della provincia
- ISCRITTI CORSO SICURE Federazione Nazionale del Collegio IPASVI Como: 240

Visto l'elevato numero di partecipanti, per l'anno 2010 il Collegio do Como ha intenzione di proporre una convenzione per la fruizione di corsi FAD ai suoi iscritti.

Nel frattempo proponiamo alcuni siti che offrono corsi FAD a pagamento.

<http://www.niformo.com>

Formex® Società specializzata nella Progettazione e Realizzazione Informatica di Attività Formative a distanza.

Formex® garantisce agli utenti non solo la massima fruibilità e facilità di accesso ma anche e soprattutto corsi interattivi che coinvolgono l'utente quale protagonista attivo della propria formazione.

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

## Agorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

**Direttore Responsabile:** Stefano Citterio

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

**Segreteria di Redazione:** Daniela Sereni, Daniela Zanini

**Sede, Redazione, Amministrazione:** Collegio IPASVI - Viale C. Battisti, 8 - 22100 Como

**Proprietario:** Collegio IPASVI - Como

**Impaginazione e stampa:** Elpo Edizioni - Como  
[www.elpoedizioni.com](http://www.elpoedizioni.com)

**Foto di copertina:**

"La Torretta del Baradello" 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](mailto:info@ipasvicomo.it)**

**Numero chiuso il 26 ottobre 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'/degli autore/i. Le note bibliografiche devono essere essenziali e limitate agli autori citati nel testo. Ogni articolo è sotto la diretta responsabilità dell'autore/i ed è sottoposto all'insindacabile giudizio del Comitato di Redazione.

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

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

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

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



# L'evoluzione normativa, l'unica progressione infermieristica

A cura di *Monica Annese\**, *Alessandro Menni\*\**

40

La professione infermieristica, negli anni, si è resa partecipe di profondi cambiamenti. La svolta reale si ebbe con l'approvazione della Legge n° 42 del 1999 che abolì il D.P.R. n°225 del 1974 (il cosiddetto Mansionario), tale legge determinò l'abbandono della metodologia di lavoro per compiti/mansioni, per abbracciare quella per obiettivi dell'assistenza.

Inoltre stabilì il passaggio da "arte ausiliaria delle professioni sanitarie" a "professione sanitaria", conferendo, così, autonomia e responsabilità. Infatti oggi l'infermiere è colui che governa l'assistenza infermieristica, la pianifica e ne raccoglie i risultati. Il tema dell'autonomia lo si ritrova anche in un'altra legge, il comma 1 della Legge n°251 del 2000 recita testualmente: "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici e utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza". Il termine responsabile indica colui che deve rispondere, rendere ragione o garantire delle proprie azioni o altrui (Dizionario Zingarelli), tale concetto ci ricorda che l'infermiere rappresenta anche il principale responsabile delle figure di supporto che con egli operano, cooperano e collaborano. Nel significato che lo Zingarelli attribuisce al termine responsabile, troviamo

"rispondere" e "rendere ragione". Il professionista infermiere, qualora dovesse commettere errori nel proprio operato o nelle proprie decisioni, è chiamato a rispondere secondo l'aspetto:

- civile;
- penale;
- disciplinare/amministrativo.



L'agire professionale dell'infermiere si riconduce negli ambiti specifici identificati dal D.M. n°739 del 1994 (Profilo professionale), dal Codice Deontologico (1999) e dalla Legge n°42 del 1999 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie), quali ad esempio la corretta pianificazione ed attuazione di un piano assistenziale personalizzato, l'informazione alla persona assistita ed

ai familiari, la garanzia della giusta applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche, la documentazione dell'assistenza infermieristica e la certezza di un'assistenza sempre aggiornata. Tuttavia, nonostante la profonda evoluzione normativa e culturale, la carriera dell'infermiere è garantita esclusivamente dalla progressione cosiddetta orizzontale; ciò significa che i responsabili dell'assistenza infermieristica, i sanitari a tutti gli effetti, a meno che non riprendano gli studi acquisendo nuovi titoli, ed anche in questo caso con molte limitazioni (valutare ad esempio il numero di dirigenti medici contro il numero di dirigenti infermieristici), mantengono le medesime funzioni, responsabilità ed emolumenti per tutta la durata della loro vita professionale fatta eccezio-



ne, appunto, per il passaggio da una fascia retributiva inferiore ad una superiore. All'acquisizione delle fasce successive alla prima partecipa il personale in servizio che alla data del 31 dicembre di ogni anno vanta un'anzianità di servizio di due anni di permanenza nella medesima fascia e qualifica di appartenenza. Da ciò si evince come, in realtà, tale diritto appartenga, giustamente, a tutti i lavoratori e che il concetto di "progressione interna di carriera" sia di fatto improprio, poiché sovrapponibile a quello di anzianità di servizio. Le risorse da impiegare nella progressione di carriera (di fascia) sono definite a priori dal contratto collettivo nazionale di lavoro e non possono in nessun caso, in base alla legge, essere incrementate dal singolo ente; pertanto la situazione di fatto è che, in linea di principio, tutti dovrebbero avere la possibilità di progredire sulla base delle proprie capacità professionali; invece tale beneficio è oggi vincolato dalle risorse economiche previste dal contratto. Il 14 luglio ultimo scorso viene sottoscritto un accordo integrativo del contratto collettivo integrativo aziendale che si applica all'art. 22 nel capo I, recante "Progressione economica orizzontale". Vengono ridefinite le modalità di finanziamento:

- dal 01/01/07 all'interno del "fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, ..." Previsto dall'art. 31 del CCNL 19.04.01, è disponibile un importo per la progressione economica orizzontale;
- dal 01/01/08 l'importo del fondo verrà incrementato di una somma pari al 49% delle risorse destinate alla contrattazione integrativa;
- una somma pari al 5% del fondo di produttività collettiva;



- dal fondo per i compensi di lavoro straordinario un'ulteriore somma per la progressione economica orizzontale.

Si riconosce la posizione economica superiore con decorrenza 1° gennaio 2007 a tutti coloro che, alla data del 31.12.06 si trovano in possesso dei seguenti requisiti:

- conseguimento nella scheda di valutazione di un punteggio sufficiente negli indicatori qualità della prestazione, ottenuto nel biennio precedente l'applicazione del beneficio, orientamento verso l'utente, integrazione nel gruppo di lavoro;
- anzianità di almeno due anni di servizio continuativo, almeno un anno di servizio continuativo se assunti per mobilità, comunque almeno due anni nella categoria;
- permanenza da almeno due anni nella posizione economica in godimento. Ferma restando la necessità di maturare i requisiti di accesso, tra tutto il personale in possesso dei requisiti generali di ammissione, viene redatta una graduatoria sulla base dei seguenti criteri:
  - il 30% del punteggio viene assegnato in base alla sommatoria della valutazione individuale conseguita nel biennio precedente l'applicazione del beneficio;
  - il 70% del punteggio viene assegnato in base all'anzianità di servizio.

La graduatoria ha validità annuale con decorrenza 1° gennaio 2007; lo scorrimento della graduatoria avverrà sino a concorrenza dell'effettiva disponibilità del fondo per l'anno di riferimento. Di fatto l'evoluzione normativa rimane, ad ora, l'unico gioiello del panorama giuridico contrattuale, ma, com'è noto, dai diamanti non nasce niente...



# Coronarografia con approccio radiale

A cura di Raffaele Mautone

42

La Coronarografia è un'indagine diagnostica di tipo invasivo che consente di visualizzare direttamente le arterie coronarie che distribuiscono sangue al muscolo cardiaco. La metodica,

che fa parte del cateterismo cardiaco, oltre ad avere finalità diagnostiche, può anche avere risvolti interventistici e curativi. Le immagini fornite dalla coronarografia vengono registrate e archiviate, per poterle eventualmente utilizzare anche in tempi successivi.

La coronarografia nel laboratorio di emodinamica dell'Ospedale Sant'Anna di Como viene eseguita per l'80% delle procedure totali (urgenze comprese) con approccio trasradiale rispetto all'accesso tradizionale femorale. Si tratta di un accesso ormai consolidato e sicuro, grazie ai continui e progressivi miglioramenti dei materiali, sempre più sottili (diametri inf

2mm) e lunghi (circa 100 cm). Siamo di fronte quindi a strumenti meno invasivi e traumatici (introduttori, cateteri, fili guida ecc). L'utilizzo di tale metodica ha reso l'assistenza infermieristica meno complessa. Per di più la presenza e l'utilizzo in emodinamica di sistemi di chiusura sicuri permettono all'infermiere la rimozione dell'introduttore in totale autonomia, senza bisogno del supporto di altro operatore, garantendo inoltre la



sicurezza della compressiva (Vedi il TR Band).

Le fasi della coronarografia trans radiale sono molto semplici: si effettua un'anestesia in sede di puntura radiale (lidocaina), dopodiché attraverso la manovra di Seldinger si posiziona l'introduttore, la cui peculiarità è quella di essere idrofilico, l'inserimento dell'introduttore è paragonabile alla manovra di prelievo di sangue venoso.

Successivamente il catetere viene fatto avanzare attraverso l'arteria ascellare/succlavia/anomima sino a raggiungere il piano valvolare, dove hanno origine le arterie coronariche; a questo punto, mediante iniezione di mezzo di contrasto e monitoraggio radiografico, si visualizzano le arterie sul

monitor del laboratorio. Dopo l'esecuzione della coronarografia la rimozione dell'introduttore viene eseguita dal solo infermiere, come evidenziato in precedenza, attraverso il posizionamento del TRband.

Il Trband è un dispositivo per la compressiva selettiva dell'arteria

radiale al fine di garantire il ritorno venoso alla mano.

Grazie alla trasparenza del Trband si ha costante controllo visivo del punto di puntura che consente il monitoraggio di eventuali complicanze come il sanguinamento. Il sistema è come un braccialetto, costituito da un palloncino che riempito d'aria (13/15 cc) comprime l'arteria. Dopo circa 4 ore dalla sua applicazione può essere completamente rimosso.



Il vantaggio principale di questo approccio è la possibilità di mobilitazione precoce, mentre la coronarografia per via femorale prevede più di 15 ore di allettamento del paziente. L'allettamento prolungato comporta un forte disagio per l'utente che si traduce in un aumentato impegno lavorativo per il personale infermieristico.

Essendo il vaso radiale di calibro inferiore, rispetto a quello femorale, è evidente che le eventuali complicanze di questo approccio possono essere: spasmo, trombosi e dissezione dell'arteria.

Il gruppo dell'emodinamica dell'AO Sant'Anna di Como ha sviluppato le competenze necessarie per l'attuazione di questa pratica, attualmente in uso solo in poche aziende ospedaliere (Cuneo/Pescara).

Va posto in evidenza che l'effettuazione della coronarografia tramite accesso radiale consente di sottoporre il paziente all'indagine

### Tabella 1. Criteri di inclusione

- Età inferiore 60 anni
- Cardiomiopatie dilatative
- No angina
- Scintigrafie dubbie
- No comorbidità

diagnostico/terapeutica in regime di Day Hospital e non più in regime di ricovero: tale cambiamento ha reso necessario formare gli infermieri di DH, tramite un evento formativo ad hoc.

L'accesso arterioso transradiale risulta essere sicuro ed efficace nella soluzione gestionale del ricovero ed assistenziale.

La coronarografia transradiale può essere praticata solo su determinate categorie di pazienti (vedi tab. 1).

#### BIBLIOGRAFIA

- T. Gandini, Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità, Una proposta metodologica per definire le competenze dell'infermiere con funzioni di coordinamento, Franco Angeli, Milano 2005
- G. Pontello, Il management infermieristico, organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000, Masson, Milano, ristampa aggiornata 2004
- R. Mautone, La competenza educativa del coordinatore infermieristico: un progetto formativo finalizzato allo sviluppo professionale dei collaboratori dell'unità operativa di Day Hospital (estratto della tesi 2009 "Tor vergata Roma")
- [www.radiale.it](http://www.radiale.it)
- [medline/pubmed](http://medline/pubmed) coronary transradial

### **CUN (Revisione SSD) e difficoltà sui concorsi MED 45-50**

Dovrebbe essere imminente la conclusione dei lavori del CUN per la definizione dei nuovi settori. In merito ai sei SSD (MED/45-50) delle 22 professioni sanitarie si starebbe ipotizzando la ripartizione in due settori, uno per la classe Infermieristica e un altro per le altre restanti 3 classi: tecnico-sanitaria, della riabilitazione e della prevenzione. Un particolare impegno a favore di tale ipotesi è stato dedicato dal Vice Ministro alla Salute, Ferruccio Fazio. Intanto, con circolare del 14 settembre il MIUR ha bloccato l'espletamento di alcuni concorsi di reclutamento docenti, fra cui quelli dei SSD MED/45, 47, 48. La motivazione sta nella decisione dell'Avvocatura Generale dello Stato, n. 221256 del 16 luglio 2009, secondo cui: "la procedura elettorale, per sua intrinseca natura, richiede una pluralità di soggetti titolari di elettorato attivo da un lato e passivo dall'altro" e che, in assenza delle indicate condizioni, essa non può essere distinta "sotto il profilo anche solo puramente procedurale dalla semplice nomina". In pratica, per i SSD con bassa numerosità di ruoli è difficile effettuare i sorteggi dei componenti delle commissioni esaminatrici. Come è noto, la relativa "giovane" storia dei ruoli MED-45-50, che è partita dal 2001, non ha visto quell'incremento che era atteso, determinando una sproporzione fra la crescita dei docenti, appena 273, pari al 21 %, rispetto a quella esponenziale degli studenti, pari al 129%. Italia Oggi del 15 settembre 2009.

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



Ad agosto è deceduto un infermiere che lavorava presso l'azienda ospedaliera di Desio; si chiamava Antonello Crippa ed è stato, oltre che mio compagno di classe al corso per infermieri, un mio caro amico. Ho scritto questa lettera e avrei piacere che la pubblicaste sulla vostra rivista in modo che tutte le persone che lo conoscevano possano leggerla e riconoscersi nelle mie parole. Grazie anticipatamente

Alfonso Sironi

*Caro Antonello,*

*ti scrivo queste parole anche se tu non potrai leggerle: è il mio umile modo di salutarti e di ringraziarti, e di dirti che tutto ciò che ti è successo è maledettamente ingiusto; ingiusto come il gioco del destino che ti ha portato a finire i tuoi giorni in una terapia intensiva dopo quell'assurdo incendio a cui hai tentato invano di sottrarti. Ingiusto come il tuo passato, che ti ha portato via i tuoi cari, uno ad uno, quando invece avevi bisogno di loro, della loro presenza e del loro conforto.*

*Presenza che tu, invece, non hai mai mancato nei miei confronti: ho avuto il privilegio e l'onore di condividere con te dei momenti importanti della mia esistenza: ricordo con quanto impegno preparasti il coro del mio matrimonio; ricordo le tue parole di conforto quando sono mancati i miei genitori; ricordo una tua frase che dicesti alla nascita della mia piccola Giorgia: "i figli sono una benedizione del Signore".*

*Sì, voglio ricordarti così, con la tua presenza discreta, con il tuo pensiero rivolto verso gli altri anche in mezzo ai tuoi problemi quotidiani. Lo voglio fare con qualsiasi persona che ha avuto la fortuna di conoscerti e che, leggendo queste quattro righe, riviva e non dimentichi il segno che hai lasciato in tutti noi.*

*Sono sicuro che ora hai trovato la serenità che ti è mancata in tutti questi anni: è l'unica consolazione al lacerante vuoto che ora c'è al tuo posto.*

*Un abbraccio*

*Alfonso*



# COMMISSIONE FORMAZIONE

## Modifica sede evento:

sul n. 42 della rivista, è stato segnalato l'evento formativo dal titolo:

"Il tocco e il massaggio: dalla nascita alla morte" in programma per il 19 novembre 2009.

Per esigenze organizzative la sede dell'evento, di cui è consultabile il programma nelle pagine che seguono, è a **Como** e non a Cantù come segnalato precedentemente.

45

## Evento: "Risk management e professione infermieristica: valutazione, controllo, responsabilità. Corso base"

Cantù – 9/10/110 dicembre 2009

Ricordiamo che le iscrizioni alla seconda edizione dell'evento, il cui programma è stato pubblicato sul numero 42 di Agorà ed è consultabile sul nostro sito [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it), si apriranno mercoledì 11 novembre 2009.

Convenzioni:

<http://www.focusg.it/>

**FOCUS Group** nasce dall'incontro di professionisti che da anni si occupano di formazione, consulenza aziendale, organizzazione di eventi e editoria. La sede dell'attività si trova a Bergamo.

**A chi ci rivolgiamo** I nostri interlocutori sono le aziende, gli enti, le aziende ospedaliere e il singolo utente che può partecipare direttamente ai corsi organizzati direttamente da Focus group.

Per l'anno 2010 è prevista una convenzione con questa agenzia formativa che apre ad un maggior numero di professionisti le loro proposte formative.

## SBBL – Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo

[www.sbbl.it](http://www.sbbl.it)

Ricordiamo che 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.

## 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](http://www.sbbl.it/export/sites/sbbl/Allegati/7_1a.pdf). L'utente dovrà poi inviare il modulo compilato al Collegio (fax 031/262538 - mail [info@ipasvicomo.it](mailto: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.



## Il tocco e il massaggio dalla nascita alla morte

19 novembre 2009 - **Como**, Centro Pastorale C. Ferrari

Docente: *Ernestina Campana - IID/naturopata*

*Barbara Sironi - Infermiera/naturopata*

*Valentina Iacchia - Ostetrica/naturopata*

### Programma

#### 9.00/9.15

- ▷ Registrazione partecipanti
- ▷ Saluto del Presidente del Collegio IPASVI di Como – Dott. Stefano Citterio e della Presidente del Collegio Interprovinciale Ostetriche di Como/Lecco – Ostetrica Flavia De Pietro

#### 9.15/11.15

- ▷ La tecnica metamorfica "Il movimento è il risveglio che permette il cambiamento: il cambiamento può diventare trasformazione e metamorfosi" – Esperienza pratica

#### 11.15/11.30

- ▷ Coffee break

#### 11.30/12.30

- ▷ AIMI (Associazione Italiana Massaggio Infantile)  
Il Massaggio del Bambino: dalla nascita a...

#### 12.30/13.30

- ▷ Pausa Pranzo

#### 13.30/13.45

- ▷ Visione filmato: Il massaggio AIMI in famiglia

#### 13.45/17.00

- ▷ "CON-TATTO" Il tocco che nutre - -Visione filmato

#### 17.00/17.30

- ▷ La riflessologia energetica mette in relazione il corpo fisico con il corpo sottile, energetico, il cui buon funzionamento è fonte della nostra vitalità.

#### 17.30/18.00

- ▷ Discussione/Conclusioni.
- ▷ Compilazione questionari ECM

### Nuova locomotiva Ecm

Presentate a Cemobio le nuove regole per la gestione del pianeta Ecm. Principali novità in pista, il passaggio dall'accreditamento degli eventi all'accreditamento dei provider e la maggior partecipazione delle Regioni in qualità di end accreditanti. Affidato a un Comitato di garanzia il compito di verificare periodicamente requisiti dei provider e qualità del servizio fornito. E per i liberi professionisti si pensa a sgravi e agevolazioni. Senza banalizzare, ma per semplificare un po', potrebbe bastare questo proverbio rivisitato a riassumere le nuove regole che dovrebbero a breve governare il pianeta complesso dell'Educazione continua in medicina. Frutto di una gestazione durata oltre un anno il nuovo modello dell'Ecm è andato ufficialmente in scena nei due giorni di lavori della I Conferenza nazionale dedicata, celebrata la settimana scorsa a Cernobbio per una affollata platea che ha avuto come protagonisti le future "primedonne" del nuovo sistema: enti, società e imprese che aspirano a conquistare il patentino di "provider". Sta soprattutto qui il «cambio di marcia» annunciato dal vice-ministro alla Salute, Ferruccio Fazio, che ha fatto in tempo a legare il proprio nome alle nuove regole, al ten-nine di un percorso tracciato con l'Intesa Stato-Regioni del 2007: si manda in pensione il macchinoso sistema di accreditamento degli eventi e si passa ad accreditare i provider. E la responsabilità dell'accreditamento è ben spartita tra Commissione nazionale e singole Regioni, abilitate tutte a operare a pari merito nel settore, verificando la persistenza dei requisiti richiesti e la qualità della formazione erogata. «Il nuovo meccanismo contribuirà a elevare la qualità del sistema Ecm e della formazione a distanza», ha assicurato Fazio. «I provider saranno infatti responsabili del prodotto formativo, attribuiranno direttamente i crediti e saranno garanti della qualità dei prodotti erogati». Potranno togliersi la voglia di fare i provider chiedendo di accedere all'accreditamento tutti i soggetti pubblici e priva ti erogatori di prestazioni sanitarie od operanti nel campo della formazione, nonché Ordini, Collegi, Università, Irccs e così via. Così, per sgombrare il campo da ogni equivoco, nel nuovo sistema ci sarà anche un Comitato di garanzia incaricato di assicurare l'indipendenza del sistema di formazione continua da interessi commerciali: «È un nuovo organismo che sarà costituito all'interno della Commissione Ecm per controllare i provider che godono di una sponsorizzazione. Perché si tratta di controllare, non di demonizzare», puntualizza Maria Linetti, segretario della Commissione

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



**GRUPPO DI LAVORO INFERMIERI AREA SALUTE MENTALE REGIONE LOMBARDIA**

Il coordinamento dei Collegi IPASVI della Regione Lombardia ha costituito una commissione infermieristica per l'area psichiatrica (Gruppo di lavoro Infermieri area Salute Mentale) operativa dal novembre 2006. Obiettivi del gruppo di lavoro: favorire la crescita professionale e culturale degli infermieri e promuovere iniziative d'informazione/aggiornamento con specifica attenzione alla modalità d'erogazione e qualità dell'assistenza fornita alle persone con disagio psichico nei vari contesti operativi.

In tale direzione s'inserisce il convegno del 4 dicembre p. v. in cui, oltre ad illustrare i dati di un'indagine svolta nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia nel 2007, si affronteranno temi "caldi e cari" agli operatori della psichiatria.

Per informazioni sul coordinamento regionale contattare Sandro Tangredi (componente del direttivo provinciale e nominato quale rappresentante per Como dal gennaio 2009).

47

Bergamo  
Brescia  
Como  
Cremona  
Lecco  
Mantova  
Milano  
Lodi  
Pavia  
Sondrio  
Varese

# Infermieri di Salute Mentale: prove di volo

PROMOTORE E ORGANIZZATORE COORDINAMENTO  
COLLEGI IPASVI DELLA LOMBARDIA

Auditorium  
Cassa Rurale di Treviglio - Via Carcano, 6 – Treviglio (BG)

**4** Venerdì  
dicembre  
20**09**

PATROCINI:

FEDERAZIONE  
NAZIONALE COLLEGI  
INFERMIERI



CONVEGNO REGIONALE



**PRIMA SESSIONE**

**UNA META IDEALE:  
gli Infermieri della mente**

Moderatore: *Ercole Piani*  
Presidente Collegio IPASVI Sondrio

**9.00 - 9.15**

**Apertura dei lavori**

Infermiera *Beatrice Mazzoleni*  
Presidente Collegio IPASVI Bergamo,  
Coordinatrice Regionale Collegi IPASVI  
Lombardia

**9.15 - 9.45**

**Linee di sviluppo del Piano Regionale  
Salute Mentale 2009-2010: quale contributo  
degli infermieri per una assistenza di qualità**  
RAPPRESENTANTE REGIONE LOMBARDIA

**9.45 - 10.15**

**Gli infermieri della Lombardia tra criticità  
e prospettive: analisi di un'indagine svolta  
nei D.S.M. della Regione Lombardia**

I.P. AFD *Anna Maria Bergonzi*  
S.P.D.C. Pavia  
Infermiera *Annamaria Tanzi*  
C.R.A. Pavia

**10.30 - 11.30**

**Luci ed ombre della psichiatria  
in area metropolitana**  
Don *Virginio Colmegna*

**11.30 - 12.30**

**Una tappa inevitabile: la contenzione fisica.  
Aspetti etici e giuridici alla luce del nuovo  
Codice Deontologico**  
Dott.ssa Inf. *Gianna Mezzadrelli*  
A.O. "Carlo Poma" Mantova

**12.30 - 13.00**

**Dibattito**

**SECONDA SESSIONE**

**LA CONTENZIONE FISICA:  
uso e disuso Parliamone ...**

Moderatore: *Cesare Moro*

**14.00 - 14.30**

**L'infermiere, ieri guardiano oggi terapeuta:  
uno sguardo antropologico dal XVII secolo  
in poi**

Infermiere *Cristina Finardi, Roberta Pagni*  
(C.P.S. A.O. Fatebenefratellieoftalmico)  
Coordinatrice: *Loredana Scognamiglio*  
(C.P.S. A.O. Fatebenefratellieoftalmico)

**14.30 - 15.30**

**La valutazione dell'emergenza nel C.P.S.  
(Triage) Esperienza di Cuggiono**  
Infermiere *Maria Grazia Castoldi*  
*Sandra Tomanin*  
C.P.S. Cuggiono (MI)

**15.30 - 16.15**

**Il metodo no restraint in Psichiatria:  
l'esperienza dell'S.P.D.C. di Mantova**  
I.P. AFD *Antonella Anselmi*  
SPDC Mantova

**16.30 - 17.30**

**Nuovi e possibili orizzonti nelle strategie  
assistenziali alternative alla contenzione**  
Dott. Inf. *Dulio Lo*  
*Libero Professionista*

**17.30- 18.00**

**Conclusioni: la rotta per il volo**  
Infermiera *Beatrice Mazzoleni*  
Coordinatore: *Cesare Moro*  
UOP 17 - Psichiatria Treviglio

**18.00**

**Compilazione test apprendimento  
e gradimento**

**Partecipazione:** Il convegno è riservato ed accreditato per gli infermieri che si saranno iscritti entro il 30.11.2009 e comunque sino ad esaurimento posti disponibili. (Numero massimo partecipanti 120). Le iscrizioni dovranno pervenire via fax compilando il modulo prestampato sul depliant inoltrato via mail a tutti i D.S.M. Lombardi o da richiedere alla Segreteria Organizzativa.

**È stata inoltrata richiesta per accreditamento ECM**

**Segreteria organizzativa:** Associazione "Il Girasole ONLUS" - Via B. Rozzone - 24047 Treviglio (BG) - tel. 0363419490 - 3347621880 - fax 0363305192

L'iscrizione è possibile previo contatto telefonico la segreteria dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 12.00 ai numeri sopraindicati. L'iscrizione sarà ritenuta confermata al ricevimento del fax del versamento di € 30,00 sul: c/c n°22044, Cassa Rurale Banca di Credito Cooperativo di Treviglio, IBAN IT 44 F 08899 5364 000000022044 specificando nella causale iscrizione: "Convegno del 4/12 con i relativi nomi".

**Comitato Scientifico:** Anna Maria Bergonzi, Maria Grazia Castoldi, Cristina Finardi, Beatrice Mazzoleni, Cesare Moro, Ercole Piani, Annamaria Tanzi.



# POSTAZIONE INTERNET COLLEGIO IPASVI COMO

## POSTAZIONE INTERNET

Il Collegio di Como mette a disposizione di tutti i suoi iscritti l'accesso gratuito ad Internet e ai principali programmi di Windows, per scopi educativi, informativi e culturali, come strumento di studio e ricerca che integra le tradizionali fonti cartacee.

Per l'utilizzo delle postazioni Internet è obbligatoria l'iscrizione al Collegio IPASVI di Como ed è necessaria la compilazione e la sottoscrizione di un apposito modulo in cui si accetta in toto il regolamento che segue.

Il Collegio non dà nessuna garanzia rispetto alla qualità o al contenuto dell'informazione disponibile su Internet e avverte gli utenti che le idee, opinioni e immagini rinvenibili in rete possono essere discutibili o controverse, ciò non implica che il Collegio di Como stesso le approvi.

Gli utenti sono tenuti ad un uso corretto e responsabile della rete, in accordo con gli scopi educativi, informativi e culturali per i quali è fornito l'accesso. Devono quindi rispettare le regole di decoro e morale, evitare atti e comportamenti che possono recare offesa a cose e persone o istituzioni, non violare la privacy o i diritti di proprietà, anche attraverso l'esecuzione di applicazioni scaricate da Internet.

Il Collegio declina comunque ogni responsabilità per l'uso improprio di Internet da parte degli utenti.

49

**IL SERVIZIO SARÀ ATTIVO A PARTIRE DAL 7 GENNAIO 2010**

## Regolamento

**MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO:** Il collegio IPASVI di Como garantisce il pubblico accesso a Internet a tutti gli iscritti che abbiano preso visione del presente regolamento e compilato l'apposito modulo allegato. Le prenotazioni potranno essere effettuate telefonicamente negli orari di segreteria, da lunedì a venerdì, 8.30- 12.00/14.00- 16.30. Ciascun utente può prenotare un massimo di 2 ore, prolungabile solo in assenza di altre prenotazioni. Se l'utente non si presenta entro 30 minuti dall'orario stabilito all'atto della prenotazione, la postazione viene considerata libera. È inoltre necessario disdire la prenotazione in caso di impossibilità a presentarsi negli orari prenotati.

### **SERVIZI DISPONIBILI:**

Consultazione WWW, Http, Ftp  
Scarico dati (download) solo su chiavetta USB  
Posta elettronica presso fornitori di free e-mail

### **NORME DI COMPORTAMENTO E RESPONSABILITÀ DEGLI UTENTI**

Ad ogni singolo utente de servizio viene richiesto

un comportamento rispettoso dell'etica e delle norme di buon uso dei servizi di rete.

Internet non può essere utilizzato per gli scopi vietati dalla legislazione vigente. L'utente è direttamente responsabile, civilmente e penalmente a norma delle vigenti leggi, dell'uso fatto del servizio Internet. La responsabilità si estende anche alla violazione degli accessi protetti, del copyright e delle licenze d'uso.

È vietato svolgere operazioni che compromettano la regolare operatività della rete.

È altresì vietato alterare, rimuovere o danneggiare le configurazioni del software e dell'hardware del computer in uso.

**SANZIONI:** L'uso improprio del servizio e la violazione delle norme incluse nel Regolamento autorizzano il personale a interrompere la sessione prenotata e a sospendere l'utente dall'accesso al servizio. Il personale è autorizzato, a norma di legge, ad analizzare in qualsiasi momento - tramite funzionalità Proxi - i documenti virtuali visitati dall'utente. Per eventuali danni alle attrezzature, verranno applicate le sanzioni previste dalle leggi vigenti.



# AGGIORNAMENTO ALBO PROFESSIONALE DEGLI INFERMIERI

**DAL 22/07/2009 AL 16/09/2009**

50

## NUOVE ISCRIZIONI

BIBA ROVENA  
DINU CRISTINA MARIA  
IENNA MARIA  
INVERNIZZI PAOLA  
POPA LENUTA  
TERZOLI CECILIA

## NUOVE ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO DA ALTRI COLLEGI

GRECO ANGELA  
HOSHE MEHMET  
IONITA GABRIELA MADALINA  
MUJA ALBANA  
QOSE ORGEST  
URSACHI GEORGETA ELISABETA

## CANCELLAZIONI PER CESSATA ATTIVITÀ LAVORATIVA

CIPELLETTI MARIA LUISA  
VITTADELLO ANTONIETTA SUOR MATILDE

## CANCELLAZIONI PER DECESSO

DASSÉ MAURIZIO  
LESIOLI GIULIANA  
LONGHI KATIA  
SAROTTI SANDRA

## CANCELLAZIONI PER TRASFERIMENTO AL ALTRI COLLEGI

CARDILLO YURI  
PIGNATELLI MARGHERITA

### **Approvazione alla Camera DDL sulle cure palliative e le terapie del dolore**

Il Sottosegretario Eugenia Roccella nel commentare l'approvazione del testo di legge ha commentato: "La Camera oggi ha approvato il ddl sulle cure palliative e le terapie del dolore a cui con la Commissione affari sociali della Camera abbiamo intensamente lavorato per quasi un anno. Aver mantenuto percorsi parlamentari separati per il testamento biologico e le cure palliative si è dimostrata una buona scelta che ha consentito una maggiore collaborazione tra maggioranza e opposizione, sfociata nell'approvazione del testo all'unanimità. Il fatto che, anche in tempi di crisi, si sia fatto di tutto per recuperare risorse da destinare alla rete delle cure palliative conferma la sensibilità del governo su questi temi. Il voto di oggi dimostra che la politica può e deve fornire risposte ai bisogni di coloro che nella società sono più fragili e indifesi, affermando la centralità della persona e la tutela della dignità umana, in qualunque condizione e in qualunque fase della vita. Mi auguro che si rispettino questi stessi principi anche per la legge sulle dichiarazioni anticipate di trattamento, in particolare applicando di fronte alle incertezze della scienza il principio di precauzione".

(fonte Ministero della Salute)

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



# Comunicazione agli iscritti sulla "PEC" posta elettronica certificata

A cura di Inf. Marino Ciro\*

51

Rispetto alla comunicazione fatta su Agorà N. 42 del Luglio 2009 aggiorno lo stato dell'arte su questo dibattuto problema:

- La posta elettronica certificata (PEC) prende il via con il D.P.R. 68/2005, a sua volta "attuativo" di una disposizione del 2000 del Testo unico del Documento Amministrativo dove si leggeva che *"la trasmissione del documento informatico per via telematica, con modalità che assicurino l'avvenuta consegna, equivale alla notificazione per mezzo della posta nei casi consentiti dalla legge"*.
- Con il Decreto Legge 185/2008 (convertito in legge 2/2009) il Governo prevede che le imprese e i professionisti debbano necessariamente dotarsi di una casella di PEC e di concedere una casella di PEC ai cittadini che ne facciano richiesta. L'articolo 16-bis infatti recita: *"per favorire la realizzazione degli obiettivi di massima diffusione delle tecnologie telematiche nelle comunicazioni ai cittadini che ne fanno richiesta è attribuita una casella di posta elettronica certificata il cui utilizzo abbia effetto equivalente, ove necessario, alla notificazione per mezzo della posta"*.
- Nella stessa disposizione si rimanda ad un D.P.C.M. per la definizione delle modalità di rilascio e di uso della casella di posta elettronica certificata assegnata ai cittadini. Il Decreto in questione viene adottato il 6 maggio 2009 e, ancora una volta, specifica che (art. 3).
- *"Al cittadino che ne fa richiesta la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie, direttamente o tramite l'affidatario del servizio, assegna un indirizzo di PEC"*. Lo stesso decreto specifica che l'affidatario del servizio sarà scelto con gara.
- Riassumendo: il cittadino ha diritto ad una casella PEC.

**Attenzione: nel Disciplinare di gara per la concessione del servizio di comunicazione elettronica certificata della Presidenza del consiglio dei Ministri "Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica" CIG 431328.**

- Non si parla più di PEC, che seppure a diffusione limitata è già presente sul mercato, ma di CEC-PAC (un acronimo che sta per Comunicazione elettronica certificata tra Pubblica Amministrazione e cittadini). Questa comunicazione è esclusiva, nel senso che non ci sarà nessun altro mezzo di comunicazione elettronico certificato tra PA e cittadini. Non è quindi assolutamente chiaro se con la mia casella PEC potrò lavorare ancora verso la PA o dovrò averne due.
- Infatti questa casella per la CEC-PAC sarà ad uso esclusivo della comunicazione tra PA e cittadini, ciò vuol dire che non potrò usarla ad esempio per trasmettere con maggiori certezze documenti per comprare casa o per una qualsiasi transazione privata.

Legge 28 gennaio 2009, n. 2

**"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale"** pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 22 del 28 gennaio 2009 - Supplemento Ordinario n. 14.



**Art. 16**  
**Riduzione dei costi amministrativi**  
**a carico delle imprese**

6. Le imprese costituite in forma societaria sono tenute a indicare il proprio indirizzo di posta elettronica certificata nella domanda di iscrizione al registro delle imprese o *analogo indirizzo di posta elettronica basato su tecnologie che certifichino data e ora dell'invio e della ricezione delle comunicazioni e l'integrità del contenuto delle stesse, garantendo l'interoperabilità con analoghi sistemi internazionali.*

Entro tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto tutte le imprese, già costituite in forma societaria alla medesima data di entrata in vigore, comunicano al regi-

stro delle imprese l'indirizzo di posta elettronica certificata. L'iscrizione dell'indirizzo di posta elettronica certificata nel registro delle imprese e le sue successive eventuali variazioni sono esenti dall'imposta di bollo e dai diritti di segreteria.

7. I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o *analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 **entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto.** Gli ordini e i collegi pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata.*

52

Tesoriere Collegio IPASVI Como



**AZIENDA OSPEDALIERA S. ANNA**

- Il monitoraggio elettrocardiografico del paziente critico - mercoledì 11 novembre 2009.  
*Info: [franca@stefanoni@hsacomito.org](mailto:franca@stefanoni@hsacomito.org) - [formazione@hsacomito.org](mailto:formazione@hsacomito.org)  
 tel. 031/5854169 - fax. 031/5854163*
- La gestione del rischio biologico: aspetti epidemiologici ed organizzativi  
 Como 2° ed. 12 novembre 2009; 3° ed. 26 novembre 2009  
*Info: [formazione@hsacomito.org](mailto:formazione@hsacomito.org) - tel. 031/5854166 - fax. 031/5854163*
- Le cure neonatali a sostegno dello sviluppo - Corso introduttivo alla "developmental care"  
 Como 3° ed. 19 novembre 2009  
*Info: [formazione@hsacomito.org](mailto:formazione@hsacomito.org) - tel. 031/5854166 - fax. 031/5854163*

**ANIN**

- L'assistenza infermieristica e le cure di medio e lungo termine in urologia - corso congiunto ANIN - Sin - Padova 23 novembre 2009.  
*Info: [info@mymeetingsrl.com](mailto:info@mymeetingsrl.com) - [www.mymeetingsrl.com](http://www.mymeetingsrl.com) - tel. 051/796971 - fax. 051/795270*

**AZIENDA U.S.L. ROMA B**

- Il case management Infermieristico e Ostetrico: la presa in carico e la continuità dell'assistenza ai cittadini - Roma 5/6 novembre 2009  
*Info: [luisa.marano@aslromab.it](mailto:luisa.marano@aslromab.it) - tel. e fax. 06/41433903*

**COLLEGIO IPASVI VITERBO**

- Malattie infettive emergenti: le pandemie influenzali - 1° ed. 13 novembre 2° ed. 4 dicembre 2009  
*Info: [ecm@ipasviviterbo.com](mailto:ecm@ipasviviterbo.com) - tel. 0761/1702390 - fax. 0761/1702379*

**CNSAS**

- Gestione delle vie aeree in emergenza. Materiali, metodi e strategie... con l'occhio del Soccorso Alpino - Varese 21/22 novembre 2009  
*Info: [nadia.tansini@centrovolta.it](mailto:nadia.tansini@centrovolta.it) - tel. 031/579812 - fax. 031/573395*





### ANIARTI

- Infermieri e la questione del limite: osservazioni su: l'assistenza infermieristica, la persona in situazione critica, il sistema per la salute - 25-26-27 novembre 2009 Bologna  
*Info: [aniarti@aniarti.it](mailto:aniarti@aniarti.it) - [aniarticoop@aniarti.it](mailto:aniarticoop@aniarti.it) - [www.aniarti.it](http://www.aniarti.it)  
 tel. 055/434677 - fax. 055/435700*

### FORMAZIONE IN AGORÀ

- Diagnosi infermieristiche con tassonomia NANDA-I 2009/2011 e applicazioni con modello Gordon - Padova 5/6 novembre 2009
- Sviluppo ed espressione dei potenziali umani per professionisti sanitari e sociali - terza parte - Padova 9 novembre 2009
- Management sanitario: la turnistica. Modelli classici e a complessità variabile - Padova 12/13 novembre 2009
- Management sanitario: analisi organizzativa - Arcugnano VI 26/27 novembre 2009
- L'organizzazione sanitaria che apprende: percorsi clinici assistenziali integrati. Teoria, metodo ed esperienze cliniche - Padova 30 novembre 1 dicembre 2009
- Motivazione e consapevolezza professionale: per essere per fare corso base 1 - Padova 10/11 dicembre 2009
- Sviluppo ed espressione dei potenziali umani per professionisti sanitari e sociali - quarta parte - Padova 14 dicembre 2009
- Pianificazione assistenziale infermieristica con modello Gordon e tassonomia NANDA - I NOC e NIC.

*Info: [formazioneinagora@virgilio.it](mailto:formazioneinagora@virgilio.it) - tel. e fax. 049/8703457 - cell. 346/2152759*

### CESPI

- La fisioterapia nelle cure palliative - Torino 4/5 novembre 2009
- Il controllo del dolore nella pratica inf.ca - Torino 4/5 novembre 2009
- La sfida della comunicazione con i malati intubati, sedati e/o in coma - Torino 9/10 novembre 2009
- La continuità assistenziale tra ospedale e territorio - Torino 11/12/13 novembre 2009
- Competenze formative per le professioni sanitarie - Torino 16/17/18 novembre 2009
- Impacchi che fanno star bene - Torino 16/17 novembre 2009
- Lutti e separazioni: viverli ed elaborarli - Torino 18/19 novembre 2009
- La documentazione inf.ca - Torino 23 novembre 2009
- Il massaggio connettivale e miofasciale - Torino 24/25 novembre 2009
- Il tocco-massaggio - Torino 26/27/28 novembre 2009
- Imparare la relazione attraverso il corpo - Torino 1/2/3 dicembre 2009
- Relazioni difficili col malato e la famiglia: una metodologia di analisi - Torino 1/2 dicembre 2009
- L'annuncio di una cattiva notizia: gestire la comunicazione e sostenere il malato e la famiglia - Torino 3/4 dicembre 2009
- In piedi senza dolore: benessere posturale dei malati e dei curanti - Torino 4/5 dicembre 2009
- Strumenti di valutazione della qualità della vita in ambito oncologico e cure palliative - Torino 10/11 dicembre 2009
- L'assessment inf.co: l'utilizzo di strumenti validati - Torino 14/15 dicembre 2009
- Assistenza inf.ca e qualità della vita della persona in dialisi - Torino 17 dicembre 2009

*Info: [segreteria@cespi-centrostudi.it](mailto:segreteria@cespi-centrostudi.it) - [www.cespi-centrostudi.it](http://www.cespi-centrostudi.it)  
 tel. 011/5604219 - fax 011/5113545*



## **È nata l'Associazione Infermieri Legali e Forensi**

In data 19/05/09, è nata l'AILF, Associazione Infermieri Legali e Forensi, con comunicazione ufficiale al Collegio Nazionale IPASVI, all'Agenzia delle Entrate, al Ministero della Giustizia, al Ministero dell'Interno ed a quello della Salute. Gli infermieri forensi sono una figura relativamente nuova, con una preparazione specialistica ancora non spendibile in ambito lavorativo, soprattutto per le resistenze da parte di professionalità quali i medici legali o coloro che, pur non essendo infermieri si occupano di rischio clinico, i quali non gradiscono molto questa professionalità dalla peculiare formazione, per questo sarebbe opportuno lavorare insieme per fare fronte comune ed ottenere dei risultati... L'AILF è membro della IAFN (International Association of Forensic Nurses), collabora attivamente con l'AMRN-AFN (American Forensic Nurses Association), il King's College Britannico (prima associazione di Infermieri Forensi Europea) e partecipa al Progetto SANE (Sexual Assault Nurse Examiners), collabora con il Forum delle Università con Master in Infermieristica Forense ed è stata riconosciuta dal Collegio IPASVI Nazionale che l'ha inserita nell'elenco delle associazioni riconosciute. Collaboriamo anche con una Agenzia formativa ECM per l'organizzazione di corsi di aggiornamento in ambito forense con docenti dell'Associazione. Siamo inoltre in trattativa con una Università telematica per offrire, sotto la nostra supervisione, un Master in Infermieristica forense. L'AILF intende essere il punto di riferimento per tutti quei Colleghi che hanno intrapreso il percorso formativo specialistico in questo nuovo ramo professionale, per promuovere iniziative e progetti volti allo sviluppo ed al riconoscimento di questa nuova figura a livello nazionale. Chiediamo a tutti colleghi infermieri, in possesso del Master e non, di collaborare alla crescita di questa Associazione che è nata dall'entusiasmo di alcuni infermieri forensi, senza l'appoggio, palese o celato, economico, logistico o di altro tipo, di Istituzioni, sindacati, partiti. Siamo più che lieti di accogliere proposte, idee e collaborazioni di ogni tipo. Siamo un'Associazione "giovane" ed aperta e tutti coloro che vorranno collaborare attivamente saranno i benvenuti! Stiamo lavorando alla preparazione del Primo Congresso dell'Associazione che si terrà nella primavera del 2010. In questa sede Vi chiediamo di divulgare presso i colleghi, iscritti nel Vostro collegio, la nascita dell'associazione al fine di permettere la collaborazione ed evitare la dispersione delle risorse. L'AILF è reperibile in rete all'indirizzo [www.aifl.eu](http://www.aifl.eu), dove è presente anche lo Statuto, e ai seguenti indirizzi: [presidente@aifl.eu](mailto:presidente@aifl.eu) Dott. Inf. Eugenio Cortigiano [vicepresidente@aifl.eu](mailto:vicepresidente@aifl.eu)

CHIEDIAMO A TUTTI GLI ISCRITTI DI COMO IN POSSESSO DEL MASTER IN INFERMIERISTICA FORENSE DI SEGNALARLO IN SEGRETERIA DEL COLLEGIO IN MODO DA POTER INFORMARE LA NEONATA ASSOCIAZIONE.

## **Malattie infettive: prevenire le infezioni e il contagio tra i bambini**

Il mezzo di prevenzione sicuramente più efficace è costituito dalle vaccinazioni; altrettanto importante è l'adozione di misure igieniche di routine che, divenute parte del comportamento abituale, ci evitano di essere raggiunti dai microbi. Il primo passo da compiere in questa direzione è l'informazione: la collaborazione tra gli operatori della prevenzione e le diverse componenti che operano nelle comunità infantili e scolastiche (insegnanti, educatori, genitori e alunni) nasce anche dalla condivisione delle conoscenze che sottendono le indicazioni operative per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive. Da qui queste "schede", perché le azioni di prevenzione non possono essere bagaglio solo degli "addetti ai lavori". Attualmente sono disponibili e scaricabili le seguenti pubblicazioni: Brochure "Malattie infettive e comunità infantili" (697 KB) Schede Malattie infettive (799 KB). Il vaccino: dieci domande per conoscere meglio l'alleato della nostra salute (230 KB) Perché vaccinarsi contro morbillo, rosolia e parotite? (461 KB)

(fonte <http://www.sanita.regione.lombardia.it>)



# 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 \_\_\_\_\_



# Convalescente/Convalescenza



1888 olio su tela,  
92x107 cm,  
Museo d'arte  
dell'Ateneo  
di Helsinki  
Helene Schjerfbeck  
(1862-1946)

arte e assistenza

Helene Schjerfbeck dipinge *Convalescenten* a ventisei anni, ma l'ambientazione che pone la figura della malata in un angolo tranquillo della casa, forse uno studio, e alcuni dettagli quale ad esempio il cuscino con l'impronta del corpo e i capelli scompigliati raccontano di ricordi privati della pittrice. La sua infanzia è segnata dalla morte in giovane età di tre dei cinque fratelli e da una sua lunga immobilizzazione invalidante per lussazione dell'anca destra. Eppure la quieta serenità che traspare dall'opera è carica di positiva speranza. Il contatto con la vita, segnato dal fiore che viene amorevolmente accarezzato e dalla luce che sembra scaldare il viso ancora segnato dalla malattia, sostiene e rigenera la piccola (o il piccolo) convalescente.

Il messaggio della Schjerfbeck si pone dunque ad un livello di universale condivisione; va sottolineato inoltre che il titolo finlandese dell'opera non ha articolo né genere, essendo traducibile sia come "convalescenza" che come "convalescente"; non è possibile identificare con sicurezza si tratti di un bambino o una bambina e il carattere androgino del personaggio accentua tale indeterminatezza.

La Schjerfbeck, poco nota nei circuiti commerciali, è invece ben conosciuta ai suoi concittadini, che hanno dedicato anche un francobollo alla sua *konvalescenten*.

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

