



Gennaio - Marzo 2010 - N. 44

Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

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

La rivista è consultabile sul sito www.ipasvicomo.it



| | |
|---|----|
| Editoriale - Pronunciamento dei Collegi sulla persona nel fine vita | 2 |
| Pronunciamento Ipasvi su fine vita | 6 |
| Assistenza Infermieristica alla persona nel fine vita: un'esperienza c/o l'Hospice | 7 |
| Haiti. Regione Lombardia in prima linea | 9 |
| Ospedale di Como, conclusi i lavori di costruzione | 11 |
| "Intensità di cure e complessità dell'assistenza: i due nuovi paradigmi dell'organizzazione ospedaliera" | 13 |
| Intervista ad Anna Michetti Direttore del S.I.T.R.A. AO S. Anna di Como | 16 |
| La sfida dei nuovi cinque ospedali in Lombardia. Realismo o velleità? | 17 |
| The gold project Ospedale Valduce premiato per la continuità assistenziale | 21 |
| <i>Dalla parte del bambino</i> Un'esperienza di esercitazione degli studenti del corso di laurea infermieristica: acquisire la competenza per assicurare l'igiene | 22 |
| <i>È evidente che...</i> L'igiene delle mani nei contesti di assistenza sanitaria: le Linee Guida dell'OMS 2009 | 25 |
| <i>Infermieristica e Cure complementari</i> Afferriamo l'energia di primavera | 31 |
| <i>Posta e risposta</i> | 33 |
| News from the web | 36 |
| <i>Articoli originali</i> "Il ruolo del coordinatore nel riconoscimento e prevenzione del <i>burnout</i> negli operatori di tre U.O. di chirurgia cervico-facciale" | 37 |
| Variazione Consiglio Direttivo triennio 2009/2011 | 43 |
| Commissione formazione | 44 |
| 12 maggio 2010 Giornata internazionale dell'Infermiere | 50 |
| Commissioni libera professione | 53 |
| Nuove iscrizioni e cancellazioni | 54 |
| Segreteria informa | 55 |
| Convenzioni | 56 |
| PEC | 57 |
| Bacheca | 58 |

PRONUNCIAMENTO DEI COLLEGI SULLA PERSONA NEL FINE VITA. ALCUNI CRITERI DI ANALISI E RIFLESSIONE

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

Lo scorso 16 dicembre la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha reso noto il pronunciamento sul "La persona nel fine vita". Tale documento è il risultato del coinvolgimento dei Presidenti dei Collegi e delle Associazioni infermieristiche che sono state invitate a dare il loro contributo l'8 novembre scorso. Da questo dibattito il Comitato Centrale e gli esperti coinvolti hanno costruito la versione definitiva che è stata successivamente resa nota.

Per quali motivi scrivere un "pronunciamento" su di un tema come quello del fine vita?

Personalmente ritengo che le ragioni debbano essere ricercate nella volontà della professione di esporre in modo più chiaro ed esaustivo possibile una posizione su di un tema complesso e spinoso come quello del fine vita che può essere fonte di dilemmi etici, difficoltà relazionali e criticità professionali. Tale espressione degli organi di rappresentanza dovrebbe essere finalizzata a:

- dare voce pubblica agli infermieri quali responsabili dell'assistenza infermieristica, essenziale quando non si può guarire e nell'evoluzione terminale della malattia;
- alimentare un dibattito culturale sul tema, specie all'interno alla professione, evidenziando le diverse sfaccettature e posizioni possibili sull'argomento;
- fornire una serie di riflessioni utili a sollecitare la responsabilità individuale di coloro che si trovano, potrebbero trovarsi, coinvolti in problematiche legate la fine vita.

Mi pare opportuno misurare il pronunciamento sulla base di questi criteri.

Una prima osservazione, condivisa da molti infermieri con cui ho avuto modo di discutere è che, a conti fatti, il pronunciamento non aggiunge nulla di più di quanto già afferma il nostro codice deontologico. La scelta è stata quella di far parlare gli articoli del Codice Deontologico, scelta sicuramente pregevole e coerente con la necessità di intervenire, con urgenza, nel dibattito pubblico, con l'obiettivo di dare un forte segnale politico riferito al DDL Calabrò in discussione, ma che in questo modo risulta poco utile per coloro che si confrontano ogni giorno con questi temi.

Certamente la posizione degli infermieri sui temi che coinvolgono l'assistenza nel fine vita è ben più articolata e differenziata rispetto a quanto il documento propone all'attenzione di tutti. Un pronunciamento, se vuole essere di aiuto al professionista, partendo dai valori condivisi dal gruppo professionale, potrebbe esporre diverse opzioni di condotta evidenziandone le criticità per favorire la crescita e la riflessione sui comportamenti deontologici possibili.

Per esempio, non viene toccato il tema della nutrizione artificiale nei pz. in stato vegetativo, che invece rappresenta un tema aperto e rilevante, anche per quanto attiene al dibattito parlamentare in corso sul DDL "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato, e di dichiarazioni anticipate di trattamento", noto come DDL Calabrò. Varrebbe la pena di evidenziare come la nutrizione artificiale, in determinate circostanze, è certamente atto terapeutico e quando invece si caratterizza come atto assistenziale. Allo stesso modo non vi è nessun cenno al contributo che gli infermieri potrebbero dare per aiutare la persona nella stesura delle disposizioni anticipate di trattamento. E l'elenco potrebbe continuare.

Una seconda osservazione invece riguarda il fatto che viene data rilevanza ad alcuni valori condivisi e non ad altri. Nell'impegno della professione, non viene

menzionato il rifiuto di qualsiasi forma di eutanasia presente anch'essa nel nostro codice (art. 38, tra l'altro citato all'inizio del pronunciamento) contrariamente a quanto avviene per il rispetto della volontà dell'assistito, per l'opposizione all'accanimento terapeutico e per il sostegno della palliazione e la lotta al dolore.

Una terza osservazione riguarda l'improprio e ambiguo utilizzo della clausola di coscienza ipotizzata nel punto finale del documento. Anziché chiederne l'inserimento nella legge oppure affermarne il valore in sé per garantire a ciascun infermiere il rispetto dei propri principi e valori a garanzia della libertà di coscienza dell'infermiere e a tutela del Cittadino, si afferma che *"qualora non vi fossero modifiche al testo della proposta di legge ... sia data agli infermieri la possibilità di potersi richiamare a quanto previsto nell'art. 8 del loro Codice ..."*. Praticamente la clausola di coscienza viene strumentalizzata quale forma di protesta e opposizione ad un DDL. Forse dobbiamo intenderci su cosa sia e a cosa serve la clausola di coscienza.

Questo pronunciamento assomiglia molto più ad una mozione di fine congresso e appare sbilanciato verso un obiettivo politico centrato sul DDL Calabrò in discussione in parlamento, citato sia all'inizio che alla conclusione del documento. Non che ciò non sia lecito od opportuno ma forse un pronunciamento dovrebbe avere un respiro più ampio e aprire un dibattito dentro la professione.

Il pronunciamento, così come è costruito, non risulta rivolto agli infermieri, riducendone in questo modo la potenzialità di stimolo e di sollecitazione ad una responsabilità individuale che la deontologia, per definizione, non può mai escludere, soprattutto su tematiche così delicate.

Confido che questo mio intervento sia considerato come uno stimolo ad una crescita dell'intero gruppo professionale e al proseguimento di una dibattito interno alla professione che renda evidente la complessità e pluralità di opinioni del mondo infermieristico.



INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



Protocollo P-5245/I.01

Data 22 OTT 2009

Fax del 14/10/09

Rif.

Proposte di legge recanti "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento - Memoria

Oggetto

On.le Giuseppe Palumbo
Presidente della XII Commissione
Camera dei Deputati
Fax 06/67602546

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

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Egr.Sig. Presidente

La *Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI* ringrazia Lei e la XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati per la richiesta di una "memoria" sulle proposte di legge recanti "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento" ma vuole, contemporaneamente, manifestare il profondo disagio per una richiesta giunta dopo che la Commissione da Lei presieduta ha concluso gli incontri nei quali sono state audite, oltre alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, numerose Associazioni e Società mediche e molteplici Associazioni di cittadini coinvolti a vario titolo in questa delicata tematica.

Gli infermieri da sempre e quotidianamente accompagnano le persone nella fase e nel momento di fine vita, non solo attraverso le competenze tecnico scientifiche di cui sono portatori e che rendono concrete le prescrizioni e le indicazioni mediche, ma anche e soprattutto con le loro capacità di accogliere, assistere, lenire, ascoltare e comunicare.

Là dove più nulla o poco può la medicina, tanto ancora può l'assistenza infermieristica sia nei confronti del morente o di chi non sa più sperare, sia nei confronti dei familiari e delle persone di riferimento dell'assistito che vengono sostenuti "in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto". (art.39 del Codice deontologico dell'Infermiere)

Mal potranno comprendere, pertanto, questa scelta gli Infermieri che mi onoro di rappresentare.

Per quanto attiene le proposte di legge recanti "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento", si evidenzia in premessa che gli Infermieri italiani hanno approvato nel febbraio del corrente anno il loro novellato Codice deontologico che, per quanto inerente i contenuti delle proposte di legge succitate, fornisce chiare indicazioni comportamentali:

a) Per quanto attiene la relazione con la persona assistita

art. 3 "La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.";

art. 35 "L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.";

art. 36 "L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita";

art. 38 "L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito."

b) Per quanto attiene l'informazione alla persona assistita

art. 20 "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarli nell'esprimere le proprie scelte.";

art. 24 "L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.";





art. 37 "L'infermiere quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui espresso in precedenza e documentato".

c) Per quanto attiene la modalità di assistenza

art. 14 "L'infermiere riconosce che l'integrazione tra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.";

art. 27 "L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.";

art. 39 "L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nelle evoluzioni terminali della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto"

Ciò stante, richiamato il proprio Codice deontologico e rilevati i contenuti del Codice di Deontologia medica, gli infermieri italiani per quanto attiene alle proposte di legge recanti "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento",

ritengono:

- che i rapporti tra persona assistita (e sue persone di riferimento), medico, infermiere ed equipe assistenziale non debbano essere rigidamente definiti da una legge dello stato, potenzialmente fonte di dilemmi etici, difficoltà relazionali e criticità professionali e giuridiche ma normati dai dettati dei relativi Codici deontologici a cui dare - come è già per il Codice deontologico dell'Infermiere - valenza giuridica;
- che sia di documento per l'assistito, il completo misconoscimento del rilevante rapporto che intercorre non solo tra lui ed il medico ma anche tra lui e gli altri professionisti sanitari a garanzia del mantenimento della presa in carico e della continuità dell'assistenza;
- che l'alleanza tra l'assistito, il medico e gli altri professionisti sanitari (equipe assistenziale) acquisti peculiare valore proprio nella fase di fine vita, fase in cui è di fondamentale valore il rapporto che si crea proprio tra l'assistito, l'infermiere e l'intera equipe assistenziale.

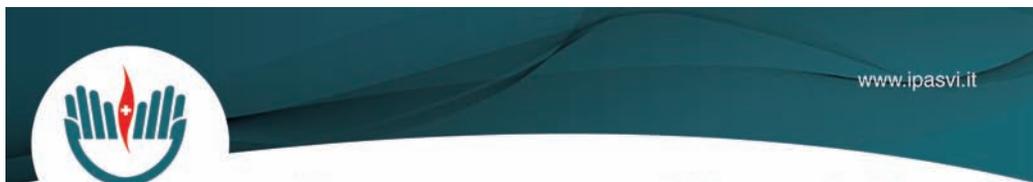
Chiedono:

- che, qualora l'iter legislativo prosegua, sia data la possibilità agli infermieri e ai componenti l'equipe di assistenza, di avvalersi di quanto previsto nell'art. 8 del Codice deontologico dell'Infermiere che recita: "L'infermiere nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito".

Cordiali saluti.

La presidente
Annalisa Ilvestro





“La persona nel fine vita”

PRONUNCIAMENTO della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri

Gli infermieri da sempre e quotidianamente accompagnano l'assistito "nell'evoluzione terminale della malattia" e le persone a lui vicine "nel momento della perdita e della elaborazione del lutto" attraverso modalità relazionali, atteggiamenti e gesti che vogliono accogliere, ascoltare, assistere, comunicare, lenire. L'8 novembre 2009, il Consiglio nazionale della **Federazione dei Collegi Infermieri**, riunitosi in una seduta aperta anche ai rappresentanti delle Associazioni infermieristiche italiane, dopo avere analizzato il testo della proposta di legge sulle "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento", anche in ragione del patrimonio esperienziale costruito accompagnando i propri assistiti nell'evoluzione terminale della malattia e nel fine vita, fasi che sono per tutti, assistiti e professionisti, ad alta intensità relazionale, emozionale e spirituale.

ESPRIME IL SEGUENTE PRONUNCIAMENTO

Durante l'evoluzione terminale della malattia e nel fine vita i rapporti tra l'assistito, le sue persone di riferimento, il medico, l'infermiere e l'équipe assistenziale non possono essere rigidamente definiti da una legge potenzialmente fonte di dilemmi etici, difficoltà relazionali e criticità professionali, ma devono essere vissuti e sviluppati secondo le norme dei Codici di deontologia professionale. **Il Codice di deontologia professionale degli Infermieri italiani,**

PER QUANTO ATIENE LA RELAZIONE CON LA PERSONA, RECITA:

- art. 3 La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.
- art. 35 L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.
- art. 36 L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.
- art. 38 L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

PER QUANTO ATIENE L'INFORMAZIONE ALLA PERSONA, RECITA:

- art. 20 L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarli nell'esprimere le proprie scelte.
- art. 24 L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.
- art. 37 L'infermiere quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

PER QUANTO ATIENE LA MODALITÀ DI ASSISTENZA ALLA PERSONA, RECITA:

- art. 14 L'infermiere riconosce che l'interazione tra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.
- art. 27 L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.
- art. 39 L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nelle evoluzioni terminali della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

I Presidenti dei Collegi provinciali IPASVI, riuniti in Consiglio nazionale e a nome degli oltre **377mila infermieri italiani** che rappresentano, in ottemperanza al proprio **Codice di deontologia professionale**.

SI IMPEGNANO

- a rispettare le scelte dell'assistito anche quando non vi fosse la capacità di manifestarle, tenendo in conto quanto espresso in precedenza e documentato;
- a sostenere la palliazione e la lotta al dolore;
- a respingere l'accanimento terapeutico.

AFFERMANO

- che l'alleanza tra l'assistito e l'intera équipe assistenziale acquista ancor più peculiare valore nell'evoluzione terminale della malattia e nella fase del fine vita.

RIBADISCONO

- che l'integrazione multi professionale è la modalità fondamentale per un'empatica risposta ai bisogni dell'assistito.

CHIEDONO

- che, qualora non vi fossero modifiche al testo della proposta di legge sulle "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento", sia data agli infermieri la possibilità di potersi richiamare a quanto previsto nell'art. 8 del loro Codice di deontologia professionale che recita: "L'infermiere nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della **clausola di coscienza**, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito".

Annalisa Silvestro

Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale Ipsasvi e i Collegi Provinciali Ipsasvi di: Agrigento, Alessandria, Ancona, Aosta, Arezzo, Ascoli Piceno, Asti, Avellino, Bari, Barletta-Andria-Trani, Belluno, Benevento, Bergamo, Biella, Bologna, Bolzano, Brescia, Brindisi, Cagliari, Caltanissetta, Campobasso-Isernia, Caserta, Catania, Catanzaro, Chieti, Como, Cosenza, Cremona, Crotona, Cuneo, Enna, Ferrara, Firenze, Foggia, Forlì-Cesena, Frosinone, Genova, Gorizia, Grosseto, Imperia, L'Aquila, La Spezia, Latina, Lecce, Lecco, Livorno, Lucca, Macerata, Mantova, Massa Carrara, Matera, Messina, Milano-Lodi, Modena, Napoli, Novara-Verbania, Nuoro, Oristano, Padova, Palermo, Parma, Pavia, Perugia, Pesaro-Urbino, Pescara, Piacenza, Pisa, Pistoia, Pordenone, Potenza, Prato, Ragusa, Ravenna, Reggio Calabria, Reggio Emilia, Rieti, Rimini, Roma, Rovigo, Salerno, Sassari, Savona, Siena, Siracusa, Sondrio, Taranto, Teramo, Terni, Torino, Trapani, Trento, Treviso, Trieste, Udine, Varese, Venezia, Vercelli, Verona, Vibo Valentia, Vicenza, Viterbo



"Assistenza Infermieristica alla persona nel fine vita: un'esperienza c/o l'Hospice"

A cura di *Marco Ferrari* *

7

Essere infermieri di cure palliative vuol dire vivere a fondo l'essenza di questa professione. Da quasi sei anni mi trovo infatti ad accompagnare i malati nella fase terminale della malattia e in questo periodo ho potuto realizzare l'importanza del prendersi cura non solo della persona affetta da male inguaribile, ma anche dei familiari che si trovano a vivere un momento tanto difficile e delicato. A mio avviso l'Assistenza Infermieristica in questo ambito inizia cercando di trasmettere a chi ci sta di fronte un profondo senso di accoglienza, un ascolto che valorizzi soprattutto quell'insieme di emozioni paure e stati d'animo che spesso le persone coinvolte in queste situazioni non hanno avuto l'opportunità o forse il coraggio di esprimere. Nel momento in cui vengono sospese le cure volte alla guarigione emerge molto spesso un senso di abbandono, di isolamento, come se non si potesse più fare nulla che giovi alla persona malata. Nella mia esperienza presso l'Hospice dell'Azienda Ospedaliera S. Anna ho potuto invece notare come sia fondamentale un'adeguata informazione che passi attraverso una rassicurazione, un dire "noi siamo qui, siamo al vostro fianco e insieme possiamo fare qualcosa per alleviare le vostre sofferenze". Il primo bisogno che spesso si rileva, infatti, è quello, da parte del malato e dei propri cari, di sentirsi ancora oggetto di cura, non abbandonati. E l'Infermiere è la figura professionale che più a lungo si trova a contatto con la persona in fase terminale e i suoi familiari. Dal risveglio del mattino, lungo tutto l'arco della giornata e fino a notte fonda osserva, ascolta, cerca di rilevare interpretare e rispondere ai bisogni dell'assistito e dei suoi cari nel momento in cui si manifesta, cercando di non rimandare il proprio intervento a un momento in cui potrebbe non essere più possibile. Ecco che allora la spesso rigida organizzazione ospedaliera cede il proprio spazio alla

globalità della persona e a chi con lei ha vissuto tutta una vita. Raccogliere lo sfogo di un familiare è un momento "sacro" che non deve essere rimandato; i dubbi, le paure, le emozioni non hanno orari. Ricordo casi di ore trascorse a parlare di notte o in momenti imprevedibili. La malattia oncologica investe nuclei familiari interi e l'intervento di un infermiere in Hospice deve necessariamente passare da un ascolto attivo, empatico, che dica "non posso vivere ora ciò che stai provando ma cerco comunque di mettermi nei tuoi panni per capire la tua sofferenza". Questa dimensione in particolare riporta l'infermiere all'essenza della propria professione: etimologicamente assistere vuol dire "stare accanto", vuol dire esserci, si pongono in secondo piano gli aspetti tecnici della professione per favorire gli aspetti relazionali. Penso che sia fondamentale per ognuno di noi poter condividere i momenti importanti con le persone significative, dare quindi la possibilità ai familiari di rimanere accanto al malato anche di notte e dormire con lui nella stessa camera, pranzare o cenare con lui è un modo di rispettare la dimensione sociale dei bisogni dello stesso. L'Assistenza in Hospice è quindi personalizzata, è incentrata sui bisogni della persona e su ciò che la rende in qualche modo unica; l'attenzione è così rivolta non solo ai bisogni fisici della persona, ma anche psicologici e spirituali. Questa visione globale della persona consente di offrire risposte migliori ai suoi bisogni, grazie a un intervento di équipe in cui medici infermieri oss psicologi volontari e assistente spirituale si riuniscono con il comune obiettivo di rendere la vita del malato più dignitosa possibile. È per me un privilegio poter lavorare in Hospice, il continuo confronto con i colleghi più esperti e con altre professionalità (in altri reparti sarebbe forse impossibile) su temi così importanti porta inevitabilmente a



considerare la vita altrui e la propria con maggior rispetto, e offre l'occasione di imparare molto, soprattutto da chi si appresta a vivere un'esperienza così drammatica. Ciò che in questi anni mi ha molto colpito è la profondità dei rapporti che si instaurano. Capita spesso di ricevere la visita di persone conosciute per pochi giorni che ci ringraziano per aver cercato di alleviare le loro so-

fferenze... magari per un caffè bevuto insieme alle tre di notte o la condivisione dell'amore per la musica... A volte può sembrare poco quello che si fa e forse lo è, ma sono profondamente convinto che la differenza non stia nel tempo che si trascorre con una persona ma nel modo con cui ci si avvicina e ci si affianca per accompagnarla dolcemente.

* Infermiere – Hospice Az.Ospedaliera S. Anna Como

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

Nel 2010, un francobollo per gli Infermieri

Al nostro gruppo professionale è stato attribuito un prestigioso riconoscimento. Il Ministro dello Sviluppo economico, On. Claudio Scajola, ha infatti deliberato di emettere nel 2010 un francobollo dedicato agli infermieri. L'iniziativa attesta la crescente affermazione della figura e dell'immagine dell'infermiere nel Paese: si tratta, infatti, della prima emissione di un francobollo dedicato ad una professione nell'ambito della serie filatelica "Istituzioni". Il 9 dicembre u.s. durante un incontro con il Capo della Segreteria dell'On. Scajola, è stato fissato uno schema di calendario delle manifestazioni propedeutiche all'uscita del francobollo:

1. il 12 maggio 2010, in occasione della Giornata Internazionale dell'infermiere, dovrebbe avere luogo la presentazione del francobollo;
2. il 16 maggio 2010 dovrebbe aver luogo una presentazione istituzionale del francobollo alla presenza delle autorità, delle istituzioni, delle associazioni e delle aziende coinvolte nell'iniziativa;
3. il 23 maggio dovrebbe aver luogo l'emissione del francobollo in occasione della "Race for the Cure" la maratona che si svolge a Roma per sostenere la lotta contro i tumori al seno. Il riconoscimento ottenuto costituisce una grande opportunità per evidenziare il rapporto "privilegiato" degli infermieri con i cittadini. Seguiranno informazioni di dettaglio sulla campagna informativa a sostegno dell'iniziativa e su quanto verrà messo in essere per garantirne il successo. Le iniziative su indicate, ritenute di particolare gioiosità e rilevanza e che verranno ulteriormente arricchite da questa Federazione anche nella predisposizione del tradizionale manifesto celebrativo del 12 maggio, inglobano l'ipotesi formulata all'inizio d'anno di predisporre una specifica manifestazione in Roma per la Giornata internazionale dell'Infermiere.



Haiti.

Regione Lombardia in prima linea

Gennaio 2010

9

“Regione Lombardia ha messo in atto un grande sforzo e una grande iniziativa di volontari e strutture ospedaliere per dare risposte immediate all'enorme bisogno, manifestato a Haiti con la tragedia del terremoto”.

FARMACI - Dalle 18 di oggi sono pronti per essere inviati ad Haiti, via Santo Domingo, sul primo cargo disponibile, 14 bancali di farmaci e materiale sanitario (antibiotici, disinfettanti, presidi medico-chirurgici), per un totale di circa 3 tonnellate e un ammontare di 2 milioni di euro predisposti dagli ospedali di Niguarda (Milano), San Gerardo di Monza e Bergamo.

Il primo stock, corrispondente a 500.000 euro di materiale, può partire da subito.

PERSONALE SANITARIO - Con solo 6-12 ore di preavviso, la direzione generale Sanità della Regione Lombardia è in grado di far

partire altro personale medico (dopo i primi 7 partiti ieri), sanitario e infermieristico specializzato e già resosi disponibile, supportato anche per la logistica e gli approvvigionamenti. Sono state programmate turnazioni di 15 giorni per équipes di 10 medici specialisti e 10 infermieri.

“Sono grato ai nostri medici e volontari - commenta Formigoni - che una volta di più dimostrano la loro generosità e la loro voglia di ben fare. Siamo in contatto con il Ministero degli Esteri e l'Unità di crisi e nel contempo ci basiamo sulle organizzazioni non governative lombarde che sono presenti ad Haiti da anni e da anni svolgono un lavoro”.

Si tratta in particolare di Avsi (che sta in particolare raccogliendo bambini dispersi per condurli in strut-

ture di cura o accoglienza e provvedendo agli aiuti alimentari) e della Fondazione Rava (che gestisce un ospedale danneggiato ma funzionante, un orfanotrofio distrutto e che aveva ambulatori nei diversi quartieri, anch'essi distrutti). Gli ospedali mobili di Regione Lombardia potranno rimpiazzare l'opera di questi presidi medici. Entrambe le Ong sono destinatarie di un aiuto speciale di 100.000 euro ciascuna, deciso dal presidente Formigoni due giorni fa.

“Molti nostri ospedali - fa sapere il presidente Lombardo - sono pronti a ricevere feriti o persone bisognose di cure specialistiche. In questo proseguendo su una strada lodevole intrapresa con la cura dei feriti della guerra del Libano, oltre che di persone e bambini bisognosi di interventi di alto livello, provenienti da molti paesi di tutto il mondo”.

STRUTTURE MOBILI - A

disposizione per l'invio ci sono tre PMA (Posti Medici Avanzati) di primo livello per prestare immediatamente cure di pronto soccorso con farmaci ed attrezzature adeguate. Sono stati attivati dall'Agenzia Regione per l'Emergenza Urgenza (AREU).

Si prevede anche l'invio di un Posto Medico Avanzato di secondo livello (in grado di ricoverare fino a 30 malati), dell'ospedale da campo finanziato da Regione Lombardia e in gestione all'Ana (Associazione nazionale Alpini) di Bergamo (dotato di 30 posti letto, sala operatoria e collegamento telematico con l'ospedale di Bergamo), di soccorsi alimentari (a cura della direzione generale Agricoltura di Regione Lombardia) a sostegno

**ANCHE IL COLLEGIO DI COMO
NELL'AMBITO DEL FONDO
DI SOLIDARIETÀ ISTITUITO
NEL PROPRIO BILANCIO,
HA DECISO DI STANZIARE
UN CONTRIBUTO DI 2.000 EURO
A FAVORE DELLA CARITAS
DIOCESANA DI COMO A NOME
E PER CONTO DI TUTTI GLI
INFERMIERI DELLA PROVINCIA**



delle iniziative in corso da parte del Programma Alimentare Mondiale.

COMUNICAZIONI - È stato anche disposto l'acquisto di 100 telefoni satellitari da assegnare alle Ong lombarde e a tecnici, specialisti e volontari che si recheranno ad Haiti per offrire assistenza. Gran parte del paese è rimasto senza energia elettrica e quindi ha gravi difficoltà di comunicazione.

COLONNA MOBILE CON TECNICI - La Protezione Civile della Regione Lombardia sta attivandosi per l'invio della colonna mobile regionale con specialisti nei settori telecomunicazioni, reti idriche e d energia.

Sono in corso contatti con le ambasciate e le Ong presenti ad Haiti, Fondazione Francesca Rava Onlus e Avsi (Associazione Volontari per il Servizio

Internazionale) per definire le modalità e la gestione del trasporto medicinali da Santo Domingo, dove è necessario fare scalo, ad Haiti (essendo l'aeroporto di Port-au-Prince ancora inagibile).

In particolare Avsi ha chiesto di inviare i farmaci alla Fondazione Rava (che gestisce un ospedale danneggiato ma ancora funzionante) e a Medici Senza Frontiere che sta operando con un campo allestito nelle vicinanze della loro sede.

CONTO CORRENTE - Regione Lombardia ha anche aperto il conto corrente "La Lombardia per il popolo di Haiti - Regione Lombardia", il cui codice IBAN è IT18 J030 6909 7901 0000 0000 001.

DIPENDENTI REGIONALI - Hanno la possibilità di farsi trattenere direttamente dallo stipendio la quota che liberamente ciascuno potrà decidere di devolvere alle azioni umanitarie per i terremotati.

(Lombardia Notizie)

La verità del terremoto

di Clementina Isimbaldi - Pediatra

(...) Il terremoto di Haiti è il grande richiamo per noi come per tutti. Richiamo perché in un fatto come questo la devastazione e la morte si impongono alla vita, in modo imprevedibile e in tutta la drammaticità delle immagini che arrivano a noi. E senza veli ogni uomo scopre la inesorabile fragilità della vita, del mondo, delle cose. Che senso ha la vita? Perché alzarsi la mattina, correre, lavorare, progettare, fare ogni cosa se poi si perde tutto, si muore? Quando siamo costretti a riconoscere la nostra natura, il nostro limite e a condividerlo, quando siamo coscienti di essere uomini bisognosi di tutto, siamo più veri. C'è dunque bisogno di un terremoto per farci tornare uomini? È questo il prezzo da pagare? Oggi anche un fatto così dirompente potrebbe non significare nulla, addirittura potrebbe farci odiare di più, invece quello che dà pace è riconoscere questa natura fragile nostra e di tutti gli altri uomini come noi. Questa coscienza abbiamo perso pensando di poter fare e disfare tutto. Questo è il disastro del nostro mondo oggi. Eppure c'è ancora tanto originario desiderio di bene, connaturale a noi, c'è.

L'atrocità di questa tragedia svela paradossalmente che l'uomo per poter continuare ad esistere, a vivere ha bisogno di Dio: cui ricorrere, da invocare, perché di Lui siamo fatti, Gli apparteniamo. Dove appare questo? Nel bene che pur si vede dentro ogni tragedia. Dentro ogni tragedia c'è sempre una via di fuga che può far riprendere. Qui è visibile dall'immediata solidarietà, non formale, un muoversi verso, un dare a chi è stato così duramente provato. Chi desidera e può andare va, chi desidera e può donare dona, chi può pregare prega. Un movimento di bene nonostante tutto ancor oggi possibile. Uomini pur diversi che si mettono insieme. Ma prima va riconosciuta l'evidenza della nostra struttura originaria.

"In quei giorni fatali posso dire di aver visto finalmente l'uomo. L'uomo nudo; completamente spogliato, per la violenza degli eventi troppo più grandi di lui, da ogni ritengo e convenzione [...]. Eppure, in tanta desertica nudità umana, ho raccolto anche qualche raro fiore di bontà, di gentilezza e di amore, soprattutto dagli umili, ed è il loro ricordo dolce e miracoloso che ha il potere di rendere meno ribelle e paurosa la memoria di quella vicenda disumana". (Don Carlo Gnocchi, "Cristo con gli alpini").

"Dio è tutto qui: nel fare del bene a quelli che soffrono e hanno bisogno di aiuto materiale e morale". (Don Carlo Gnocchi, "Lettera al cugino Mario Biassoni", 1942).

All'inizio di questo nuovo anno tanti uomini morti sono una domanda a noi, alla nostra vita, cioè sono morti per la nostra salvezza come ebbe a dire qualcuno alcuni anni orsono l'indomani dello tsunami. La morte di tanti uomini è vera immane tragedia quando non diventa domanda a noi e al nostro modo di essere uomini.

Tratto da Rassegna stampa Medicina e Persona



Ospedale di Como, conclusi i lavori di costruzione

11

Un nuovo ospedale con 589 posti letto, realizzato in meno di 3 anni, dotato delle migliori tecnologie, oltre che di strutture confortevoli e accoglienti, pienamente integrate con l'ambiente circostante.

Sono queste alcune delle principali caratteristiche del nuovo ospedale di Como, i cui lavori di costruzione si sono conclusi lo scorso 30 novembre. Per la realizzazione dell'opera Regione Lombardia ha mobilitato risorse pari a 260 milioni di euro (che comprendono anche l'acquisto dei macchinari e degli arredi).

"Si tratta - ha detto il **presidente della Regione Lombardia, Roberto Formigoni**, visitando il 18 dicembre il

nuovo S. Anna insieme all'**assessore alla Sanità, Luciano Bresciani** - di un ospedale moderno, aperto, luminoso e spazioso. Lo abbiamo voluto così per fare in modo che i malati non si sentano 'reclusi' ma si possano invece sentire il più possibile come a casa loro".

Alla visita di oggi hanno partecipato anche, tra gli altri, il sindaco di Como, **Stefano Bruni**, il presidente della Provincia, **Leonardo Carioni**, e l'assessore regionale **Raffaele Cattaneo**.

"Qui a Como - ha proseguito Formigoni - sperimentiamo un nuovo modello di sanità, che penso si potrà chiamare proprio 'modello S. Anna'. **Non sarà più il malato a dover girare per l'ospedale ma in qualche modo sarà l'ospedale a girare attorno al malato e alle sue esigenze di cura**". Il presidente ha anche sottolineato la rapidità

nella realizzazione della struttura, "meno di tre anni quando la media italiana è di dodici anni", e ha ricordato che, oltre agli importanti reperti archeologici rinvenuti negli scavi e che saranno esposti al pubblico, nell'ospedale ci saranno anche delle opere d'arte.



Parte dell'immenso patrimonio artistico degli ospedali (oltre 20.000 pezzi di cui 8.000 quadri) è esposto in questi giorni al Palazzo Pirelli, in occasione della mostra "**La Regione dà luce all'arte**", e rappresenta "una testimonianza del legame tra la gente e i propri ospedali, legame che spero possa tornare a essere forte come un tempo".

LE STRUTTURE - L'ospedale si sviluppa su cinque piani (due interrati e tre fuori terra).

I piani interrati costituiscono la piastra principale; i tre piani superiori si scompongono in cinque corpi di cui quattro disposti a ventaglio.

Al secondo piano interrato sono situate le aree di servizio (l'area logistica, la mensa, i guardaroba e gli spogliatoi), oltre alla morgue e alle sale dei dolenti.

Al primo piano interrato si trovano il servizio diagnostico, il blocco operatorio e il pronto soccorso. Il piano terra ospita l'accesso dei visitatori, l'accettazione, i negozi, la nursery, le aree di day hospital e le aree di consultazione.

Il primo piano è destinato, oltre che alle aree di degenza, al servizio dialisi e all'amministrazione. Il secondo piano ospita le aree di degenza, il reparto neonatale con le sale parto e l'amministrazione.



ORGANIZZAZIONE - Le attività saranno organizzate secondo il nuovo **modello dell'intensità di cura** e non più sulle funzioni specialistiche.

In questo senso sarà centrato sulla persona e sulle sue esigenze.

In più sarà finalizzato allo sviluppo della ricerca e della cultura sanitaria perché permetterà la realizzazione delle attività di ricerca clinica, epidemiologica e di base e svilupperà programmi di formazione e aggiornamento continui.

TECNOLOGIE - **L'ospedale avrà a disposizione tutte le più avanzate tecnologie biomediche e macchinari all'avanguardia** (l'80% sarà nuovo di zecca con un investimento di circa 60 milioni).

Il fiore all'occhiello sarà l'apparecchio "Vero", un acceleratore lineare per la cura dei tumori, costato 8 milioni e disponibile per la prima volta in Italia (è il secondo in Europa e il sesto al mondo).

"Il S. Anna è un ospedale proiettato verso il futuro. Grazie a questo strumento - ha sottolineato Bresciani - si potranno curare alcune patologie oncologiche che non è possibile trattare con altre apparecchiature. L'ospedale di Como diventerà dunque un punto di riferimento per le malattie

oncologiche per tutta la fascia alpina e prealpina". Il nosocomio è dotato anche di un impianto di cogenerazione alimentato a gas che garantisce la completa copertura dei fabbisogni di energia elettrica.

IL CANTIERE - All'inizio dei lavori sono state rinvenute alcune tombe di epoche differenti (dall'età del ferro all'epoca romana); è stata inoltre portata alla luce una struttura circolare di 70 metri di diametro, realizzata con due file di sassi paralleli, probabilmente con funzioni collegate a riti religiosi o astronomici, per la quale si ipotizza una datazione all'età del ferro.

Al termine dei lavori, la zona archeologica sarà visibile al pubblico.

Con il progetto del nuovo ospedale Sant'Anna di

Como, Infrastrutture Lombar-

de - che ha svolto la funzione di stazione appaltante - **ha ottenuto nel 2008 il Mattone d'Oro alla serata di gala dei Real Estate Award nella categoria "miglior progetto in project financing".**

I NUMERI - L'ospedale avrà a disposizione 589 posti letto, 46 ambulatori per le prestazioni specialistiche, 15 sale operatorie (13 per le branche specialistiche, 2 destinate alle emergenze ostetriche).



S. A. O. Sant'Anna - Como

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

Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità

Tutta la normativa del settore riunita in un testo unico di 134 articoli, suddivisi in 10 Titoli: 47 le leggi abrogate, insieme a molte disposizioni correlate che sono state anch'esse eliminate.

Il testo unico è stato pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia del 31/12/2009, con la legge regionale n. 33 del 30 dicembre 2009 è entrato in vigore il 15 gennaio.

Il Testo unico è scaricabile anche al seguente indirizzo: <http://www.sanita.regione.lombardia.it>, nella pagina della Direzione Generale Sanità.

Esenzioni spesa prestazioni specialistiche ambulatoriali e farmaceutiche

Per sostenere l'economia regionale ed i cittadini per cui sono insorte delle difficoltà economiche, a decorrere dal 1° gennaio 2010 fino ad almeno il 31 dicembre 2010:

- sono inseriti tra gli esenti per le prestazioni di specialistica ambulatoriale i cittadini in cassintegrazione straordinaria ed i familiari a carico;
- i cittadini in cassintegrazione straordinaria, i lavoratori in mobilità ed i disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego ed i familiari a loro carico possono godere del diritto all'esenzione a prescindere dal reddito.



"Intensità di cure e complessità dell'assistenza: i due nuovi paradigmi dell'organizzazione ospedaliera"

* A. Pignatto*, C. Regazzo**, P. Tiberi***

13

Il modello gestionale dell'intensità di cure mette a fuoco una serie di concetti chiave che vengono definiti dal management sanitario. Modello originario da cui risulta più opportuno a prendere le mosse è necessariamente il Toyota Production System (TPS), ovvero il sistema, progettato dall'ingegner Taiichi Onho, che ha permesso alla Toyota di costituirsi come azienda leader nella produzione di automobili e di abbracciare il modello "Lean Thinking". Principale punto di partenza del TPS consiste nell'idea di creare valore eliminando gli sprechi. Le modalità di attuazione di questo concetto costituiscono il sistema Toyota il quale applicato in sanità ha dato vita al modello per Intensità di cure. Nella realtà, tuttavia, il modello originario ha dovuto adattarsi alle realtà locali e appare dunque modificato rispetto alle basi dal quale ha preso le mosse. In Italia le esperienze concrete di ospedali gestiti per intensità di cura sono limitate e pur tuttavia è dallo studio di queste, e delle reali pratiche attuate, che otteniamo forse le spiegazioni più chiare sul modello.

Confrontandosi con l'applicazione data al modello ci si rende conto di come, per la definizione della stessa, sia necessario operare una prima distinzione tra severità clinica ed il concetto di complessità assistenziale. Ad indicare la configurazione dell'organizzazione ospedaliera è innanzitutto la componente clinica, che una volta stabilita attraverso scale visionate, orienterà il paziente ad un preciso livello nel quale esso riceverà le cure prescritte secondo uno specifico grado di intensità.

Tuttavia, dato il grado di intensità richiesto, a costituirsi come variabile del processo è la parte assistenziale la quale deve essere intesa come entità flessibile in grado di adattarsi alle specificità delle istanze.

Fare della codificazione dell'intensità clinica una componente stabile dell'organizzazione significa

implementare uno schema di ammissione del paziente profondamente diverso da quanto è oggi in uso negli ospedali. Normalmente il primo accesso alla struttura sanitaria da parte del paziente, eccettuati i ricoveri programmati, è il pronto soccorso ed è da qui che si deve partire per stabilirne l'invio. Ma, una volta effettuata questa operazione, una volta cioè precisato il grado di intensità clinica al quale esso verrà destinato, si dovrà fare i conti con il grado di complessità assistenziale richiesto dal caso. A determinare il livello di cura del paziente saranno dunque le alterazioni che lo stesso fa registrare in merito ai suoi parametri fisiologici che, una volta stabiliti necessiteranno di una particolare tecnologia, di competenze particolari e di un certo grado di quantità e qualità di personale assegnato. Nei differenti ospedali lombardi ove l'intensità di cura sta cominciando ad essere implementata, sono stati assegnati tre gradi di intensità distinguibili proprio sulla base di caratteristiche tecnologiche, quantità e qualità, e dunque competenze, del personale presente. È solitamente vigente un livello di alta intensità (high level) comprendente la terapia intensiva e sub intensiva, un livello per la media intensità, articolato almeno per area funzionale e comprendente il ricovero ordinario e il ricovero a ciclo breve, il quale a sua volta presuppone la permanenza di almeno una notte in ospedale (week surgery, oneday surgery), ed infine un livello per la bassa intensità dedicato invece alla cura delle post-acuzie o low care.

Come anticipato il modello, che prevede l'invio del paziente ad uno di questi tre gradi d'intensità, poggia sul nodo specifico costituito sul Pronto Soccorso, vero e proprio filtro di tutto il sistema. Proprio per questo le metodiche e le indicazioni dell'invio nell'area di degenza appropriata devono essere oggetto di discussione e portare alla stesura di protocolli condivisi.



Normalmente quando si parla di gestione ospedaliera secondo criteri legati all'intensità di cura si pone fortemente in rilievo la centralità del ruolo del paziente all'interno del suo processo di cura. Per comprendere questo aspetto bisogna considerare come la suddivisione dei reparti secondo le differenti specialità scientifica è percepito sì come la necessaria evoluzione della scienza medica che, definendosi in specialità sempre più perfezionate permette una conoscenza maggiore e dunque una maggiore capacità di far fronte ai problemi di salute, ma al contempo si rischia di eliminare quella visione olistica della persona a cui invece è opportuno fare riferimento.

La continuità della vita rimanda di pari passo ad uno stato di salute complessivo del paziente ulteriore all'analisi delle singole problematiche. Un andamento tipico della società moderna consiste però nella progressiva specializzazione sia scientifica che organizzativa delle scienze e tuttavia è proprio l'unitarietà della persona a cui dovrebbe rimandare la ricerca di procedure o metodiche assistenziali, di forme di consultazione ed organizzazione interdisciplinare dell'attività diagnostica, terapeutica e riabilitativa.

L'integrazione tra le professioni mediche e più in generali tra quelle sanitarie nell'ospedale gestito per intensità di cura consente invece il passaggio dalla cura della singola fase ad una vera e propria presa in carico del paziente. Lo strumento base affinché si possa realizzare ciò è il PDTRA (Percorso Diagnostico-Terapeutico Riabilitativo Assistenziale) il quale consente l'integrazione delle competenze professionali e l'uniformità dei processi di cura alle migliori evidenze cliniche, consentendo così una presa in carico unica del paziente. La variabilità dei trattamenti di cura e la complessità di questi ultimi rende infatti necessaria l'adozione di criteri di uniformità per lo sviluppo di una reale integrazione delle cure. È solo con la definizione di un percorso, inquadrato da una prospettiva tecnico-gestionale, che vengono condivisi tra gli operatori obiettivi, ruoli e ambiti di intervento, garantendo così anche una maggiore chiarezza nella comunicazione con il paziente.

L'importanza del PDTRA all'interno del modello dell'intensità di cura è capitale essendo questo lo strumento, utilizzabile in ambito ospedaliero, che al tempo stesso permette la standardizzazione del

processo ed un orientamento dello stesso verso il miglioramento continuo parallelamente a quanto accade in particolar modo nelle organizzazioni che adottano il Toyota Production System come modello di gestione. Al contrario di quanto si può pensare, la condivisione dei PDTRA è uno dei passi più importanti per sviluppare un orientamento al paziente. Essi infatti, garantendo un percorso stabilito, permettono ai differenti attori del processo di avere sempre un forte coordinamento tra loro.

A costituirsi come essenziali per tutto il processo saranno in particolar modo i momenti di snodo del percorso, in cui cioè il paziente deve passare dal pronto soccorso al reparto, da un livello ad un altro oppure la dimissione. La formalizzazione dei criteri, clinici e gestionali, e le metodologie per l'invio del paziente deve avvenire in primo luogo con l'ausilio dei professionisti coinvolti nel processo. Proprio a fronte di questa precisazione, per la quale la standardizzazione deve essere effettuata a partire dall'operato di coloro che quotidianamente sono impegnati nella risoluzione dei casi in oggetto, nelle differenti aziende o strutture sanitarie, i PDTRA non saranno mai completamente assimilabili gli uni agli altri. Essi non possono essere imposti a livello regionale, ma necessitano di una continua revisione nei differenti contesti sanitari nei quali vengono adottati. Normalmente, per questa ragione, parlando di intensità di cura se ne pone in risalto l'aspetto legato al suo sviluppo implementato dal basso e non dall'alto, caratteristica questa che, insieme alla centralità data alla figura del paziente, rende la sua implementazione solitamente ben accettata da parte dei soggetti coinvolti.

I nuovi ruoli professionali da realizzarsi, legati ad una presa in carico "globale" del paziente, portano a dover concettualizzare il principio del "case management". Centrali diventano le figure dell'infermiere e del medico tutor. Quest'ultimo è colui che prende in carico il paziente, entro le prime 24 ore, che ne stende il piano clinico e che si fa carico dell'intero suo percorso. Si interfaccia sia con il Medico di Medicina Generale, di cui è il principale interlocutore per il vissuto del paziente nell'ospedale, che con la sua famiglia. Da qui discendono anche competenze specifiche che il Medico Tutor deve possedere. Deve avere adeguata esperienza e competenza rispetto alla comunicazione con i



pazienti, essere in grado di gestire i percorsi degli stessi, da valutare e mantenere nel tempo, e sapersi supportare attraverso percorsi formativi adeguati. Parallelamente a questo, in un ospedale gestito secondo il modello dell'intensità di cura è molto importante saper coordinare, con i criteri clinici, anche quelli propri dell'assistenza infermieristica. Anche qui, come sul piano clinico, l'introduzione di un responsabile per la pianificazione dell'intero percorso del paziente permette al contempo il realizzarsi della metodologia del take care. Altra figura di rilevanza all'interno del modello è rappresentata proprio dal tutor infermieristico che garantisce l'assistenza personalizzata al paziente affidatogli e diviene così responsabile del risultato del progetto assistenziale.

Anche l'infermiere tutor deve possedere adeguata esperienza e competenza assistenziale associate ad elevate capacità di programmazione sulla base delle quali avverrà l'assegnazione dei casi. Accanto a lui dovrà agire un team di infermieri a suo supporto, veri e propri "associati", tale da garantire la continuità assistenziale anche senza la necessità di una sua presenza costante. L'importanza di queste figure, per essere correttamente valorizzata, ha bisogno dell'incremento e della rivalutazione degli operatori socio sanitari a cui trasferire attività alberghiere. Solo in questo modo l'infermiere tutor potrà concentrarsi nelle funzioni di coordinamento e di programmazione assistenziale. Il concetto da porre innanzi, per ciò che concerne l'attività infermieristica, dovrà essere quello di complemento, di sinergia, rispetto all'analisi clinica. Gli strumenti a disposizione nel tempo si sono evoluti dal processo assistenziale alla pianificazione dell'assistenza fino alla valutazione

della complessità assistenziale, strumenti in grado di concorrere, attraverso un approccio multidimensionale e multiprofessionale, al bene salute secondo un modello emergente di **governo clinico-assistenziale**. È importante prevedere, nel processo di organizzazione infermieristico basato sulla complessità assistenziale, l'adozione di un modello organizzativo professionale diverso rispetto all'attuale in uso nella quasi totalità delle Unità Operative di degenza (modello funzionale per compiti).

Il modello dell'intensità di cura prevede un ospedale che si configuri come il luogo di ricovero per le acuzie, richiedendo così un aumento qualitativo e quantitativo dell'offerta territoriale, così come delle prestazioni del Medico di Medicina Generale, affinché la presa in carico del paziente risponda contemporaneamente alle esigenze di appropriatezza delle prestazioni ed efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse. Il ruolo di quest'ultimo deve essere anche quello di fungere da integrazione territorio-ospedale, evitando così gli accessi impropri da una parte e il collegamento con il territorio per le dimissioni protette dall'altro.

In conclusione affermiamo che per riuscire ad affrontare un cambiamento importante come quello verso l'intensità di cura un ospedale dovrà primariamente riuscire a far fronte ad un cambio di prospettiva che, aderendo in modo sempre più compiuto alle linee date dalla pianificazione regionale, riesca a confrontarsi al contempo con la necessità di fare della persona il fulcro attorno a cui indirizzare gli sforzi organizzativi, gestionali, clinici ed assistenziali e, contemporaneamente, adeguarsi alla necessità del contenimento delle spese e di un utilizzo razionale delle risorse.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE INTENSITÀ DI CURE

- Baragatti L., Tonelli L., "Quanti degenti per infermiere", Il Sole 24 Ore, "Sanità", 26 febbraio-3 marzo, 2008, p. 29.
- Colombai R., "Nel segno dell'appropriatezza", Il Sole 24 Ore, "Sanità", 19-25 febbraio, 2008, p. 23.
- Donini C., Lean Manufacturing. Manuale per progettare e realizzare un'azienda snella, Franco Angeli, Milano, 2007.
- Galgano A., Galgano C., Il sistema Toyota per la sanità, Guerini e Associati, Milano, 2006.
- Negro G., L'organizzazione snella nella pubblica amministrazione, FrancoAngeli, Milano, 2005.
- Nicosia P. G., Nicosia F., Tecniche lean in sanità. Più valore, meno spreco, meno errori col sistema Toyota, FrancoAngeli, Milano, 2008.

* Direttore scientifico Antiforma s.r.l. Milano, esperto di metodologia cognitiva e comportamenti organizzativi

** Presidente di Antiforma s.r.l. Milano, Formatrice Senior Area Sanità

*** Ricercatore – direzione scientifica Antiforma s.r.l. Milano



Intervista ad Anna Michetti Direttore del S.I.T.R.A. - AO S. Anna di Como

1) Passando dall'attuale organizzazione alla nuova, che cosa cambia per il personale infermieristico?

La prima risposta che darei è "cambia tutto!", ma la più aderente alla realtà è "cambia molto!".

Il modello organizzativo che intendiamo adottare è definito "per intensità di cura e per complessità assistenziale" e prevede la presa in carico della persona, attraverso la messa in atto di percorsi diagnostici, terapeutici, riabilitativi ed assistenziali (PDTRA) dedicati ad ogni singolo utente in modo da "personalizzare" ed adattare ogni scelta di cura proprio a quella persona. Questo significa che ogni infermiere, insieme ad altri professionisti, attraverso le proprie competenze, sarà in grado di risolvere i bisogni clinici o assistenziali della persona che accede alla nostra struttura in modo organico, maggiormente strutturato, attraverso un utilizzo di spazi, tempi e risorse integrati. In pratica il personale infermieristico sarà responsabile di tutto il percorso assistenziale che accompagnerà e sarà il punto di riferimento per il paziente e la Sua famiglia durante la permanenza in ospedale. L'organizzazione sarà centrata su micro equipe che si occuperanno "in toto" dell'assistenza ad un numero limitato di persone in base a valutazioni legate alla complessità assistenziale.

2) Quali saranno i vantaggi e/o le opportunità per gli operatori ed in particolare per gli infermieri?

Più che vantaggi parlerei di opportunità che spero noi tutti infermieri sapremo e vorremo cogliere. Ma quali opportunità si presentano a chi lavora da anni, magari con buoni risultati, nel dover cambiare? Credo che l'opportunità sia quella di imparare, crescere e poter ottenere performance maggiormente adeguate e coerenti allo sviluppo culturale, alle evidenze scientifiche e alle risposte assistenziali che ogni infermiere deve saper dare alla persona. Sappiamo che non è più sufficiente saper svolgere adeguatamente una prestazione tecnica, il livello di risposta e di "compliance" al bisogno di cura è e deve essere più articolato. La richiesta è sicuramente sul livello di competenza e di responsabilità, sulla capacità di dare soluzioni su livelli più ampi, non ultimo quello economico (non per risparmiare, come molti pensano, ma per utilizzare bene le risorse pagate dai cittadini) e quelle relazionali e comunicative, sia con l'utente che con i colleghi. Praticamente i vantaggi nel nuovo ospedale saranno sicuramente in termini strutturali e di logistica: il modello organizzativo prevede che la persona ricoverata non si sposti, ma che siano i professionisti e la tecnologia a muoversi e che i servizi di supporto, siano di aiuto ai professionisti che lavorano nel cuore dell'ospedale, intendo con gli utenti e le loro famiglie.

3) Su quali competenze degli operatori e/o su quali punti dell'organizzazione state lavorando per favorire il cambiamento verso il nuovo modello?

Direi che la parola chiave è "formazione". Sono circa due anni che dedichiamo una forte attenzione ad informare gli operatori ed a formare i professionisti per acquisire competenze organizzative, tecniche, assistenziali e relazionali. Riteniamo gli aspetti informativi fondamentali per la riuscita del modello: aspetti informativi anche apparentemente banali, quali "dove è il luogo di lavoro, chi saranno i colleghi, quali percorsi fisici dovrò conoscere ed in quali ambienti strutturali lavorerò!". La formazione per l'acquisizione di nuove o più raffinate competenze sono scelte altrettanto fondamentali. Ricordo comunque che gli infermieri hanno comunque un bagaglio disciplinare ed esperienziale ricco: si tratta di completare, integrare e approfondire tematiche di base già acquisite nel corso di laurea o nel percorso lavorativo. Al termine del 2008 sono stati definiti degli stage formativi, dove gli infermieri e gli operatori di supporto hanno potuto lavorare sul campo con dei colleghi esperti nell'assistenza a persone con problematiche particolari al fine di capire, confrontarsi ed apprendere direttamente modalità, protocolli e soluzione di problemi assistenziali. Ritengo inoltre che il nodo o meglio uno dei punti chiave del modello siano le figure del coordinatore e del tutor. Il ruolo del coordinatore infermieristico ha assunto in questo ultimo periodo una valenza strategica per l'organizzazione in quanto è il professionista che per competenze è il fulcro, lo snodo di informazioni e di scelte che insieme alla componente medica, sono in grado di permettere ed attivare il cambiamento. La funzione del tutor assistenziale, insieme a quello clinico, è la figura che diventerà il punto di riferimento per il paziente e la famiglia, durante tutto il percorso di cura, attraverso il governo organizzativo e relazionale. Questa nuova funzione professionale dell'infermiere permetterà una più attenta valutazione dei tempi e di tutti gli aspetti legati ad ottenere un miglior risultato in termini di cura, anche sotto il profilo alberghiero oltre che strettamente sanitario. Ultimo punto, non in ordine di importanza, è il coinvolgimento integrato dei professionisti sulla micro-organizzazione e sulle interconnessioni e dipendenze dei vari processi organizzativi. Mi spiego: essendo un modello che prevede una forte integrazione e condivisione di processo è "in progress" un lavoro quotidiano sull'organizzazione della micro attività all'interno delle equipe multidisciplinari. Intorno al tavolo di discussione sono presenti gli infermieri e i medici che lavoreranno insieme per condividere e risolvere problemi concreti, anche apparentemente banali: es. non esistono posti letto dedicati alla specialità clinica, "come organizziamo il giro visita" oppure "in quale modo assegno il posto letto, in base alla complessità assistenziale al paziente?".

Vorrei terminare parlando ad ogni singolo infermiere, perché colga questa opportunità con entusiasmo e voglia di crescere, con passione e anche con la possibilità di rivolgere qualche critica efficace a chi deve fare delle scelte per farne di migliori e che al termine di questa avventura possa dire "io c'ero!".

Grazie.

anna.michetti@hsacomo.org



La sfida dei nuovi cinque ospedali in Lombardia. Realismo o velleità?

A cura di E. Goggi, L. Sormani*

L'attuale evoluzione delle strutture ospedaliere segue un modello che, sia pure mai definito in modo preciso a livello teorico, nasce dall'impostazione specialistica e per settori della cura e dell'assistenza. A partire dai primi decenni del secolo scorso infatti l'organizzazione delle strutture ospedaliere ha cominciato a modificarsi aggiungendo progressivamente ai due reparti originari, Medicina e Chirurgia, Unità Operative sempre più specialistiche. Tale tendenza ha portato a due fenomeni rilevanti: la parcellizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili in ogni singolo ospedale e la cura alla persona centrata sulla singola patologia. Se per alcune discipline (ad esempio Pediatria, Ostetricia, Psichiatria, Aree critiche) tale evoluzione ha portato ad un miglioramento della qualità della cura, nella maggior parte delle altre situazioni questo ha progressivamente esasperato i due aspetti citati, ulteriormente incrementati nel tempo da due fattori: la necessità di razionalizzare ed il progressivo aumento dei malati ricoverati affetti da polipatologia.

Da ciò lo studio di nuove modalità organizzative degli ospedali che permettessero di migliorare l'affronto di questi due fattori.

Una delle soluzioni proposte nella strutturazione e organizzazione dei reparti di degenza è quella che prende il nome di "intensità di cura" o "intensità assistenziale" che sono due facce diverse e complementari di uno stesso modello organizzativo. Il modello di ricoveri per intensità è una modalità di organizzazione clinica dell'ospedale che riconosce la diversità del paziente in termini di complessità del quadro clinico ed intensità di cura di cui necessita. In genere questo modello viene applicato al dipartimento internistico e a quello chirurgico. Non è identificabile un momento preciso per la nascita del modello secondo l'intensità di cure, o di assistenza, si può parlare piuttosto di una lenta evolu-

zione che ha inizialmente preso ispirazione dall'organizzazione di molti ospedali statunitensi dove i malati sono ricoverati in base alla complessità, la gestione del reparto è affidata all'infermiere e la presenza costante del medico è garantita dagli interni mentre gli specialisti non sono dipendenti e seguono i singoli ricoverati o vengono chiamati al bisogno. Da notare che tale organizzazione si è sviluppata in una situazione in cui la professione infermieristica ha un ruolo di maggiore responsabilità e negli ospedali è presente la figura del medico interno che opera nei reparti per tutta la giornata e copre le guardie. Risulterebbe comunque piuttosto complesso nello spazio qui disponibile spiegare nel dettaglio le varie possibilità di applicazione di questa tipologia organizzativa, anche perché

la stessa si è evoluta rispetto all'immagine iniziale cercando di individuare delle varianti che si adattassero alla realtà europea; sintetizzando si può dire che l'area di riferimento (dipartimento medico o chirurgico) in cui la persona viene ricoverata non è identificata in base alla patologia prevalente in quel momento, ma alla sua situazione clinica ed ai suoi bisogni assistenziali. Resta invece legato alla necessità patologica contingente lo specialista cui il paziente viene affidato dall'ingresso, e definito medico "tutor" che ha il compito della presa in carico, assumendosi la responsabilità del percorso ospedaliero e coordinando le varie attività cliniche di cui il suo paziente necessita. È importante sottolineare che nell'area di ricovero per intensità di cura operano insieme tutti gli specialisti che afferiscono ad uno specifico dipartimento (ad esempio nel dipartimento internistico sono coesistenti nella stessa area di ricovero il neurologo, l'internista, il nefrologo ecc., i medici cioè delle discipline che afferiscono al dipartimento). In Italia questo modello è stato studiato ed applicato inizialmente ed in modo



più sistematico dalla Regione Toscana, che lo ha inserito in una legge regionale, a cui hanno fatto seguito ospedali delle Marche, a Jesi, dell'Emilia a Forlì e più recentemente della Lombardia, che ha scelto di dare questa impostazione a cinque nuovi ospedali in costruzione (Bergamo, Como, Legnano, Vimercate e Milano Niguarda). Va comunque fatto notare che non esiste un modello rigido nella sua applicazione ma ogni realtà locale ha, giustamente, cercato di adattarlo alla propria situazione particolare.

In questo nuovo modello organizzativo coesistono sia aspetti positivi che problematicità. In primis l'attenzione al paziente: attorno a lui ruotano professionisti e servizi dell'ospedale, invertendo la logica tradizionale per cui era sinora il paziente ad essere riallocato secondo un'appartenenza disciplinare, inoltre l'assistenza e la cura sono commisurate ai suoi bisogni. Elemento di difficoltà invece è che per funzionare bene l'ospedale necessita di una gestione operativa forte, capace di organizzare procedure e processi quali quelli di programmazione delle sale operatorie e delle liste di attesa per rispondere alle variabili necessità dei dipartimenti. Ma la difficoltà maggiore è il cambiamento culturale richiesto agli operatori, in particolare i medici, che si trovano a lavorare in un ospedale non più organizzato per unità di discipline specifiche e indipendenti, gestite dai singoli specialisti, creando così una situazione di perdita di status con una possibile diminuzione della capacità organizzativa.

È ciò che segnala un documento prodotto quest'anno da una delle maggiori federazioni di Società Scientifiche che, in merito all'intensità di cure, afferma: "...con l'introduzione dei tre livelli di intensità di cure si corre il rischio di disperdere l'identità culturale della cardiologia, in nome di un'anacronistica concezione olistica della medicina" che denota un forte timore verso i nuovi modelli. (Giornale Italiano di Cardiologia Vol. 10, Suppl 3 al n° 6, Giugno 2009 pag 75) Al di là del giudizio che ciascuno può dare su questa specifica proposta organizzativa, è necessario rilevare come si renda comunque sempre più necessario un cambiamento delle modalità organizzative interne degli ospedali che, nella loro impostazione attuale, sono in tutto simili a quelli di ottanta anni fa. La vera sfida è infatti quella di individuare un modo di lavorare che permetta alle persone ricoverate di essere accolte e curate nella loro complessità, ai professionisti di esprimere al meglio le proprie competenze e capacità e, nello stesso tempo, di sfruttare nel modo più razionale possibile le risorse a disposizione. Naturalmente tutto questo non è semplice e, probabilmente non c'è un'unica soluzione; ma se è vero che l'attuale situazione risulta a detta di quasi tutti insoddisfacente, non si deve temere di intraprendere nuove strade lasciando da parte i pregiudizi e cercando quello che potrebbe rispondere per il meglio alle persone ricoverate e a quelle che intorno e per esse lavorano.

(Tratto da *Rassegna Stampa Medicina e Persona* del 6/11/2009)

* Staff Direzione Generale Azienda Ospedaliera Desio Vimercate

Agorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

Direttore Responsabile: Stefano Citterio

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

Segreteria di Redazione: Daniela Sereni, Daniela Zanini

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

Proprietario: Collegio IPASVI - Como

Impaginazione e stampa: Elpo Edizioni - Como
www.elpoedizioni.com

Foto di copertina: "Uno scorcio del lago di Como"
Trimestrale Informativo del Collegio IPASVI di Como -
Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como con
decreto 1/98 del 09/02/1998

Per contattarci: tel. 031/300218 - fax 031/262538
e-mail: info@ipasvicomo.it

Numero chiuso il 26 febbraio 2010

INFORMAZIONI SULLE NORME EDITORIALI

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

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

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

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

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

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



Inaugurati a Como due appartamenti hi-tech della cooperativa sociale "Sim-patia"

Rosanna Magnano

Disabili, una dolce casa demotica. Gli obiettivi: autonomia e qualità della vita. Costi di assistenza abbattuti di due terzi.

Due appartamenti "domotici", dotati di tutti gli ausili elettronici e informatici necessari a far sentire a "casa propria" e a vivere in autonomia persone gravemente disabili. È il progetto realizzato a Beregazzo con Figliaro (Como) dalla cooperativa sociale Sim-patia, già titolare da una decina d'anni di una Residenza sanitaria

per disabili (Rsd) accreditata a Valmorea (Como), che ospita 28 persone residenti e altre in orario diurno.

"Abbiamo in previsione a breve un terzo appartamento – spiega **Oreste Ronchetti**, coordinatore sanitario della cooperativa in frazione di Como. In questo caso, la presenza di barriere architettoniche, in particolare tre scalini, ci costringerà a riservare questa casa a persone emiplegiche, in grado quindi di raggiungere l'ingresso dell'abitazione al piano terra".

Le case appena inaugurate ospitano già 5 persone (3 in un appartamento e due

nell'altro). "Il progetto è nato dall'esigenza, manifestata da alcuni ospiti della Rsd – continua Ronchetti – di vivere in modo più indipendente.

Abbiamo avuto la fortuna di incontrare una persona che ci ha concesso l'utilizzo di due appartamenti legati a una residenza per anziani (Rsa San Giulio), rimasti inutilizzati. Abbiamo investito circa 80mila euro, 40mila per appartamento, per la ristrutturazione e le apparecchiature. Costruendo



da zero una casa demotica di solito si spende un po' meno, ma speriamo di ricevere qualche finanziamento che copra le spese da affrontare".

Il risultato ottenuto è che la qualità di vita delle persone disabili migliora nettamente e i costi – circa 1800 euro al mese a testa, tutto compreso – si abbattano di due terzi





rispetto all'assistenza in Rsd. "Nella nostra Rsd, essendo accreditata, la retta sanitaria è pagata dalla Regione – spiega Ronchetti – a seconda della classe di disabilità, e la parte restante è pagata dall'ospite. Se l'ospite non è in grado di pagare, subentra il Comune. Nel caso degli appartamenti invece non c'è nulla di codificato. E per il momento le rette vengono pagate dagli ospiti in base al reddito, e dai Comuni".

ripensare il tema della residenza per disabili gravi, nell'ottica di un miglioramento sensibile delle loro condizioni di vita, che si traduce in una maggiore autonomia in termini di gestione degli spazi e degli strumenti interni alla casa, ma anche di comunicazione.

Tratto da "Il Sole24ore sanità" 23 febb. 1 mar. 2010

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

Elezioni amministrative 2010 - vota un infermiere

Domenica 28 e lunedì 29 marzo i cittadini e le cittadine di tredici delle venti Regioni italiane sono chiamati al voto per il rinnovo delle Assemblee regionali.

Contestualmente, in molte realtà si svolgeranno anche le elezioni amministrative per i Comuni e le Province, e diversi colleghi sono presenti nelle liste di tutti gli schieramenti. La Federazione nazionale Collegi Ipasvi intende sostenere, al di là dell'appartenenza politica di ciascuno, le candidature di tutti gli infermieri, nella convinzione che sia importante che la professione sia rappresentata nelle istituzioni elettive del nostro Paese. A tal fine, ha messo a disposizione sul sito www.ipasvi.it un focus in cui sono riportati i nominativi ed i programmi forniti dai candidati infermieri che hanno compilato l'apposita scheda oppure inviato le informazioni in oggetto direttamente in Federazione o tramite il Collegio di appartenenza. Per visitare questa sezione,

<http://www.ipasvi.it/chiamo/archivioEventi/dettaglio.asp?IDFocus=48>

Per compilare il form della propria candidatura,

http://www.ipasvi.it/chiamo/Archivioeventi/Files/Elezioni_2010.pdf



Ospedale Valduce

Primo premio "The gold project" per il progetto "La continuità assistenziale"

21

Il Valduce di Como per "La continuità assistenziale", gli Istituti clinici di perfezionamento di Milano per "La sicurezza del paziente", l'Istituto dei Tumori di Milano per "L'integrazione interdisciplinare e interprofessionale", gli Istituti ospedalieri di Cremona per "La funzionalità e la sicurezza dei flussi documentali cartacei e non", il San Giuseppe di Milano per "L'innovazione gestionale".

Sono questi gli ospedali lombardi vincitori delle cinque categorie del concorso ("The gold project"), promosso da Regione Lombardia, per premiare i migliori progetti relativi alla gestione della documentazione sanitaria.

Il presidente della Regione Lombardia, Roberto Formigoni, ha consegnato il 3 febbraio 2010 i riconoscimenti, nel corso di un incontro all'Auditorium Gaber della Regione Lombardia, al quale è intervenuto anche l'assessore alla Sanità, Luciano Bresciani.

"Oggi premiamo - ha detto Formigoni - gli ospedali che gestiscono meglio la documentazione

sanitaria. Si tratta di un elemento molto importante perché una cartella clinica ben fatta e conservata rende più attenta la cura dei malati e permette di avere meglio sotto controllo le malattie".

"Oggi c'è un esempio - ha aggiunto Bresciani - di cosa significa miglioramento della qualità del sistema e sviluppo della sanità, il cui obiettivo fondamentale è la soddisfazione della domanda che viene dal territorio". Molto elevata la partecipazione all'iniziativa, nata con l'obiettivo di promuovere il miglioramento della documentazione sanitaria relativa al ricovero, con particolare riferimento alla cartella clinica, e quindi di migliorare i servizi per i cittadini.

Sono stati infatti presentati 84 progetti; 44 le strutture sanitarie che hanno partecipato: 3 ASL, 3 Ospedali Classificati, 11 IRCCS, 19 Aziende ospedaliere, 8 Case di Cura.

Al termine della selezione è stata creata una vetrina virtuale di tutti i progetti che hanno partecipato al bando.



Suor Bernardetta Lorenzon riceve a nome della Congregazione delle suore Infermiere dell'Addolorata dell'Ospedale Valduce di Como, dal Presidente della Regione Lombardia Roberto Formigoni il Primo premio "The gold project" per il progetto "La continuità assistenziale".



Con questo numero inauguriamo una nuova rubrica fissa "Dalla parte del bambino" che cercherà di raccontare il mondo degli Infermieri pediatrici. Intendiamo proporre articoli e contributi significativi che ci aprano una finestra sulle scienze infermieristiche pediatriche. Ringraziamo la collega Giovanna Colombo, esperta del settore, che ha accettato di gestire questa rubrica e che ci aiuterà numero dopo numero ad affrontare le diverse tematiche assistenziali che riguardano il bambino.



Dalla parte del bambino

Un'esperienza di esercitazione degli studenti del corso di laurea infermieristica: acquisire la competenza per assicurare l'igiene

A cura di Infermiera Giovanna Colombo*

L'esperienza di esercitazione che andrò a descrivere è inserita nel contesto formativo relativo alla disciplina infermieristica materno infantile degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica nell'anno accademico 2007-2008 dell'Università dell'Insubria presso la sede di Como. Ho collaborato con la titolare di cattedra svolgendo alcune ore di lezione agli studenti del II° anno di corso relative ai bisogni di assistenza infermieristica in ambito pediatrico e neonatale. Come premessa vorrei sottolineare che il modello concettuale teorico di riferimento scelto dalla Sede Formativa è quello del Modello delle Prestazioni Infermieristiche di Marisa Cantarelli (2003). L'obiettivo formativo specifico che mi ha guidato, durante l'attuazione, era di far acquisire agli studenti le competenze per poter assicurare l'igiene al neonato soprattutto pre-termine. Durante la lezione in aula relativa alla prestazione infermieristica di assicurare l'igiene al neonato, ho descritto l'attuazione della procedura inserita nelle fasi del processo di assistenza infermieristica. Ho altresì portato a conoscenza degli studenti

che la chiave di lettura, per giungere alla personalizzazione dell'assistenza infermieristica in ambito neonatale è la conoscenza dello sviluppo neuroevolutivo del neonato soprattutto pre-termine che presuppone, come condizione sine qua non il coinvolgimento dei genitori. Andando ad analizzare singolarmente le fasi del processo di assistenza infermieristica vorrei mettere in evidenza quali contenuti ho sottolineato.



Raccolta dati

Età post-concezionale raggiunta al momento dell'esecuzione della procedura
 Capacità di temoregolazione
 Integrità di cute e mucose
 Presenza di ferite chirurgiche con punti di sutura
 Disponibilità di presidi adeguati (fasciolo con piano riscaldato)
 Presenza dei genitori in reparto
 Avenuta dimostrazione della procedura ai genitori
 Grado di autonomia dei genitori nell'esecuzione della procedura
 Presenza di segnali comportamentali del neonato riferibili a stress o autoregolazione



Individuazione dei bisogni di assistenza infermieristica

- Bisogno di igiene
- Bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatoria
- Bisogno di alimentazione e idratazione
- Bisogno di interazione nella comunicazione

Formazione degli obiettivi

- Il neonato effettuerà il bagnetto per immersione senza segnali di stress
- Il neonato manterrà la temperatura corporea stabile
- Il neonato effettuerà la rilevazione del peso corporeo senza segnali di stress
- I genitori saranno in grado di effettuare il bagnetto
- I genitori saranno in grado di rilevare il peso al neonato senza evidenti segnali di stress

Scelta e attuazione delle azioni infermieristiche

- Spogliare o far il neonato tenendolo sul fianco
- Attuare o far attuare il contenimento tramite wrapping
- Eseguire o far eseguire il bagnetto per immersione
- Asciugare o far asciugare il neonato
- Rivestire o far rivestire il neonato
- Rilevare o far rilevare il peso corporeo con il contenimento

Valutazione degli obiettivi raggiunti

- Assenza di segnali di stress
 - Mantenimento della temperatura corporea
 - Autonomia dei genitori nell'esecuzione della procedura
- Al termine della lezione frontale molto partecipata, ho proiettato un filmato relativo all'esecuzione del bagnetto per immersione in un neonato pretermine. Le immagini hanno suscitato interesse all'interno della classe. Per questo motivo ho proposto agli studenti, che fossero stati interessati, di recarsi in Terapia Intensiva Neonatale(t.i.n.) per assistere direttamente all'esecuzione della procedura. Ho sottoposto l'iniziativa all'attenzione della titolare di cattedra del corso di laurea che, a sua volta, ha informato il coordinatore di sede: entrambi hanno espresso parere favorevole. Si è reso in comunque necessario che l'iniziativa formativa avesse, a tutti gli effetti, l'autorizzazione formale per cui, dalla sede del Corso di Laurea Infermieristica, è avvenuto il coinvolgimento attivo del Coordinatore Infermieristico dell'U.O. e del

R.A.D referente per l'area nonché del Direttore del S.I.T.R.A. È stato dato parere favorevole all'iniziativa, così, nel periodo dal 8/7/2008 al 25/9/2008 n° 35 studenti, durante le ore di tirocinio clinico, in piccoli gruppi di 4-5 si sono recati in t.i.n. per assistere alla procedura. Sono stati, inoltre, da me coinvolti nell'iniziativa, i genitori dei bimbi ricoverati presso l'U.O. in quel periodo. Tutti hanno accolto la proposta con entusiasmo, anche se, solo qualcuno ha voluto eseguire personalmente il bagnetto, mentre la maggior parte di loro ha preferito che fossi io ad eseguirlo. I genitori si sono dimostrati estremamente disponibili e collaboranti e hanno interagito attivamente con gli studenti anche raccontando il loro vissuto all'interno della t.i.n. In un momento successivo, ho mostrato agli studenti brevi filmati relativi a diverse modalità di esecuzione della procedura stimolandoli al confronto e alla riflessione tra l'evidenza dei segnali comportamentali dei bimbi dei filmati e quelli del bimbo che aveva effettuato il bagnetto in t.i.n. Gli studenti che successivamente hanno avuto l'opportunità di svolgere il tirocinio clinico hanno potuto sperimentare personalmente quanto appreso in aula e visto durante l'esercitazione eseguendo personalmente il bagnetto che è infatti uno degli obiettivi relativi alle procedure che sono invitati a raggiungere durante il tirocinio unitamente a quelli relativi al campo intellettuale riferibili all'individuazione di segni di stress e autoregolazione del neonato.

Gli studenti hanno così potuto verificare l'attinenza tra i contenuti teorici appresi e la reale opportunità di risposta ai bisogni di assistenza infermieristica a neonati e genitori che rivesta i canoni della personalizzazione.

Io, come assistente di tirocinio di U.O. (A.T.U.O.) ho avuto la gioia e l'opportunità di trasmettere agli studenti, futuri infermieri, forse futuri colleghi della t.i.n. che, garantire la personalizzazione dell'assistenza, in ambito neonatale significa riconoscere a ciascun neonato il suo percorso neuroevolutivo. Inoltre, non da meno mi sento di aver assolto, se pur in parte e, limitatamente alle mie capacità, il mandato deontologico che all'articolo n° 11 il "neonato" Codice Deontologico degli Infermieri invita ad adempiere ovvero: **"L'infermiere progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione"**. Sento il dovere di ringraziare prima di tutto i bimbi



e le loro famiglie, ma un sentito grazie va anche alla Sede del Corso di Laurea, al Coordinatore Infermieristico della T.I.N. ai miei colleghi nonché al S.I.T.R.A per avermi dato quest'opportunità e non da ultimo agli studenti... grazie anche a loro! A conclusione allego le osservazioni riportate da uno studente: *"È stato bello il fatto che la dimostrazione del bagnetto sia stata fatta direttamente dalla madre (con supervisione dell'infermiera), così, almeno dal mio punto di vista, non è stata solo una dimostrazione pratica, ma si sono viste anche le emozioni provate dai genitori stessi, ma anche la paura di poter far male ad una creatura così piccola, paura che sicuramente avrei io, vista*

la mia inesperienza con i bambini e in particolare con i neonati. Penso che sia una bella esperienza che ripeterei sicuramente".

Vivere la professione infermieristica nell'ottica della responsabilità in senso giuridico e deontologico significa anche questo, significa farsi carico in prima persona dei bisogni dell'assistito ma anche attivarsi per trasmettere contenuti e conoscenze e...imparare, perché no, dai futuri colleghi. Significa tessere una trama di scambio reciproco che porti alla realizzazione dell'identità infermieristica propria e altrui... perché secondo Edoardo Manzioni "L'infermiere è tessitore alla luce della luna".

BIBLIOGRAFIA

1. Marisa Cantarelli: Il modello delle prestazioni infermieristiche. Masson Milano 2003
2. Federazione Nazionale Collegi IPASVI (gennaio 2009). Il Codice deontologico degli Infermieri
3. Luca Benci: Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. Mc Graw-Hill Milano 2003

* U.O. di Terapia Intensiva Neonatale - Azienda Ospedaliera S. Anna Como

COMUNICAZIONE AGLI ISCRITTI

PROBLEMATICHE TELEFONICHE CONNESSE ALL'ISCRIZIONE AI CORSI

Negli ultimi mesi si è verificato un problema alle linee telefoniche connesso al sovraccarico delle chiamate per l'iscrizione ai corsi ECM.

È successo a molti Infermieri che sono riusciti a prendere la linea, che improvvisamente la stessa cadesse con l'impossibilità di poter comunicare il proprio nominativo per l'iscrizione ai corsi.

Ci scusiamo con tutti per il gravoso inconveniente verificatosi, dovuto principalmente al cattivo funzionamento dell'apparato Fastweb.

Abbiamo provveduto a segnalare diverse volte l'inconveniente che ha prodotto la sostituzione di alcune componenti telefoniche.

Confidiamo che non ci siano più problemi alle prossime iscrizioni.

Ci scusiamo ancora

*Il tesoriere
Inf. Marino Ciro*





È evidente che...

*L'igiene delle mani nei contesti di assistenza sanitaria:
le Linee Guida dell'OMS 2009*

25

A cura di Caldera Luigia

... prevenire è meglio che curare. Questo slogan pubblicitario, divenuto così popolare, sintetizza il ruolo chiave dell'igiene delle mani nella prevenzione delle infezioni. A causa (o grazie) alla recente nuova epidemia influenzale A H1N1, l'importanza dell'igiene delle mani è stata ulteriormente enfatizzata e si è diffusa capillarmente anche nella popolazione, che ha dimostrato di averne recepito il concetto saccheggiando le farmacie di soluzioni alcoliche da tenere in borsa, per usarle all'occorrenza, allo scopo di prevenire un facile contagio.

Anche il personale sanitario, da tempo, è consapevole che il lavaggio delle mani è la misura più efficace per ridurre le infezioni associate all'assistenza, eppure la sua adesione a questa pratica è scarsa, con una percentuale media del 40% (range 5-81%).

A ciò consegue che ogni anno milioni di pazienti nel mondo sono colpiti da infezioni correlate all'assistenza sanitaria; queste infezioni sono responsabili dell'aggravamento delle patologie di base, prolungano la degenza e le disabilità, incidono economicamente sui pazienti e le loro famiglie nonché sui costi sociali, fino a provocare morti che potrebbero essere evitate.

Questo articolo presenta alcuni stralci (il documento è costituito da 270 pagine) delle "Linee Guida sull'Igiene delle Mani nei Contesti Sanitari" elaborate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e pubblicate nell'aprile del 2009. Lo scopo è quello di diffondere tra i colleghi infermieri le più recenti e aggiornate Raccomandazioni disponibili ad oggi sulla tematica, affinché possano essere strumento di riferimento per

migliorare la propria attività professionale verso le persone assistite.

La prima parte dell'articolo descrive una prospettiva storica dell'argomento, da Sannelweis alle Linee Guida dei *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC) del 2002; illustra quindi le modalità di sviluppo delle Linee Guida OMS 2009 e ne riporta, nel dettaglio, i sette argomenti affrontati nel capitolo relativo alle "Raccomandazioni": le indicazioni per l'igiene delle mani, la tecnica dell'igiene delle mani, le raccomandazioni per la preparazione chirurgica delle mani, la selezione e gestione dei prodotti per le mani, la cura della cute, l'uso dei guanti e altri aspetti dell'igiene delle mani. In allegato sono presentate le illustrazioni di "come frizionare le mani con soluzione alcolica" e "come lavarsi le mani con acqua e sapone".

Il problema del lavaggio delle mani era già rilevante nella prima metà del diciannovesimo secolo, quando Ignac Semmelweis, medico ungherese, esercitava nella clinica ginecologica dell'Ospedale Generale di Vienna. Questi rimase subito colpito dalla elevata mortalità delle puerpere, che superava il 10%. Per questo motivo cominciò ad esaminare i dati disponibili sulla mortalità delle due cliniche ginecologiche dello stesso ospedale in cui lavorava e ne ricavò due importanti elementi: un aumento delle morti a partire dal 1823 (periodo in cui l'anatomia patologica divenne la branca dominante della medicina) e una notevole differenza tra i dati di mortalità delle due cliniche. Quest'ultimo problema aveva già allarmato le autorità pubbliche e mediche, che avevano provveduto a nominare delle commissioni per studiare il fenomeno. Una



di queste commissioni aveva osservato che, nella prima clinica, le donne che partorivano erano assistite da studenti e medici ed avevano un tasso di mortalità più alto di quello delle donne assistite dalle ostetriche nella seconda clinica. Semmelweis aggiunse, alla conclusione della commissione, una sua personale osservazione: la malattia poteva essere causata dalle "particelle cadaveriche" trasmesse alle donne dagli studenti di medicina che le visitavano dopo aver compiuto i loro studi di anatomia sui cadaveri. Chiese ed ottenne che le ostetriche fossero sostituite da studenti di medicina e la mortalità salì dal 9 al 27%. Introducendo, tra gli studenti che avevano svolto autopsie, la deodorazione delle mani con una soluzione al cloruro di calce, nel mese successivo la mortalità scese al 12%. Ulteriori osservazioni chiarirono il ruolo delle mani come veicolo di trasmissione della malattia, indipendentemente dall'aver partecipato prima ad un'autopsia: l'estensione della disinfezione delle mani anche tra una visita e l'altra fece scendere la mortalità in alcuni casi al di sotto dell'1%. Oggi Semmelweis è considerato non solo il padre dell'igiene delle mani ma il suo contributo, con l'approccio "*recognize-explain-act*", è un modello per prevenire le infezioni con strategie guidate epidemiologicamente.

Nell'evoluzione del concetto di igiene delle mani, il 1980 ha rappresentato una pietra miliare in quanto furono pubblicate le prime linee guida nazionali; nel 1995 e 1996 i CDC/*Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* (HICPAC) raccomandarono di usare sia sapone antimicrobico sia antisettico senz'acqua dopo aver lasciato la stanza di pazienti con patogeni multiresistenti ai farmaci. Più recentemente le linee guida HICPAC del 2002 definirono la frizione delle mani con soluzione alcolica, dove disponibile, come lo standard per la pratica igienica nei luoghi di cura, il lavaggio delle mani con acqua, invece, solo per particolari situazioni. Per quanto concerne lo sviluppo delle raccomandazioni sull'igiene delle mani, sono stati ottenuti progressi molto significativi dall'introduzione del concetto di strategie di promozione, che devono essere multimodali per ottenere un certo grado di successo. Le Linee Guida citano, quale esempio, un'esperienza di Pittet et al. effettuata nel

2000 presso l'Università di Ginevra con l'implementazione di una strategia basata su diversi elementi indispensabili e non solo con l'introduzione di una soluzione alcolica per le mani. Lo studio dimostrava notevoli risultati in termini di aumento della *compliance* nell'igiene delle mani e di riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

Il documento è stato sviluppato da un gruppo internazionale di esperti nel campo del controllo delle infezioni, con specifica esperienza nell'igiene delle mani che si è costituito nel 2004. Quale documento base sono state adottate le "Linee Guida per l'Igiene delle Mani nei Contesti Sanitari" elaborate dai CDC del 2002, con integrazione di altri argomenti. Una caratteristica che però le differenzia è che sono state ideate con una prospettiva globale non solo per i paesi in via di sviluppo o sviluppati, ma per tutti i paesi, indipendentemente dalle loro risorse disponibili. Per la loro elaborazione definitiva, diversi gruppi di esperti hanno discusso su argomenti controversi per trovare consenso sul migliore approccio da includere nel documento; i contenuti di ogni capitolo sono basati sulla letteratura scientifica e sulla loro esperienza professionale. La revisione sistematica della letteratura è stata fatta attraverso PubMed, Ovid, MEDLINE, EMBASE e *Cochrane Library*; La letteratura secondaria è stata identificata attraverso liste di riferimento e rilevanti linee guida esistenti.

Sono stati consultate inoltre linee guida internazionali e nazionali sul controllo delle infezioni e libri di testo.

Successivamente, tra il 2005 e il 2006 è stata elaborata la prima bozza; le raccomandazioni sono state formulate sulla base delle prove di efficacia descritte nelle varie sezioni. Oltre al consenso degli esperti, per classificare le raccomandazioni nelle Linee Guida OMS, è stato utilizzato il criterio sviluppato da HICPAC del CDC di Atlanta. La bozza è stata quindi sottoposta a un gruppo di revisori ed è stata pubblicata nell'aprile 2006. Successivamente le Linee Guida sono state testate in sette paesi rappresentativi dell'OMS per valutare le risorse necessarie per trasferire le raccomandazioni, per ottenere informazioni circa la fattibilità, la validità, l'affidabilità, il costo-efficacia degli interventi nonché adattare



e perfezionare strategie di implementazione. Rispetto alla bozza avanzata, le Linee Guida pubblicate nel 2009 presentano sei nuovi capitoli, 11 ulteriori paragrafi e tre nuove appendici.

Le Linee Guida sull'igiene delle Mani nei Contesti Sanitari OMS 2009 rappresentano la più ampia revisione delle prove di efficacia nella letteratura relativa all'igiene delle mani.

Hanno lo scopo di fornire agli operatori della sanità, agli amministratori e ai responsabili delle politiche sanitarie, un'approfondita revisione delle prove di efficacia sull'igiene delle mani e specifiche raccomandazioni per migliorare le pratiche e ridurre la trasmissione di microrganismi patogeni ai pazienti e agli operatori sanitari, nei diversi contesti dove viene erogata assistenza sanitaria; forniscono inoltre strategie e strumenti per piani di sviluppo al fine di applicare le raccomandazioni nella pratica quotidiana dell'assistenza adattandole (e assicurandone la concordanza) alle raccomandazioni suggerite, a regolamenti, *setting*, necessità e risorse locali.

Il documento è costituito da sei parti che presentano:

1. la revisione dei dati sulla pratica dell'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria ed in specifici contesti;
2. le raccomandazioni del gruppo di esperti internazionali, incaricati dall'OMS, con il grado delle prove di efficacia e le linee guida, da utilizzare a livello mondiale;
3. il metodo e la valutazione dei risultati;
4. la promozione dell'igiene su larga scala;
5. la partecipazione dei pazienti nella promozione dell'igiene delle mani;
6. le linee guida esistenti a livello nazionale e sotto nazionale per l'igiene delle mani.

Per una migliore comprensione della tematica, si riportano di seguito alcune delle definizioni dei termini utilizzati nelle raccomandazioni:

Lavaggio delle mani. Lavaggio delle mani con acqua e sapone normale o antimicrobico.

Lavaggio antisettico delle mani. Lavaggio delle mani con acqua e sapone o altri detergenti contenenti un agente antisettico.

Frizione antisettica delle mani. Applicazione di un antisettico per la frizione delle mani per ridurre o inibire la crescita di microrganismi senza la necessità di una fonte esterna d'acqua che richieda il risciacquo o l'asciugatura con salviette o altri presidi.

Mani visibilmente sporche. Mani sulle quali lo sporco o i fluidi biologici sono immediatamente visibili.

Sapone antimicrobico. Sapone (detergente) contenente un agente antisettico in una concentrazione sufficiente per inattivare microrganismi e/o temporaneamente sopprimere la loro crescita. L'azione detergente di tali saponi può anche rimuovere dalla cute i microrganismi transitori o altri contaminanti per facilitare la successiva rimozione con acqua.

Soluzione per le mani su base alcolica. Preparato contenente alcol formulato per essere applicato sulle mani per inattivare i microrganismi e/o sopprimere temporaneamente la loro crescita. Tali preparazioni possono contenere uno o più tipi di alcol, altri principi attivi con eccipienti e umettanti.

Si riporta di seguito la traduzione delle raccomandazioni dell'OMS secondo il sistema CDC/HICPAC, adattate come segue. Le indicazioni fornite assumono una diversa forza secondo il tipo di studi di ricerca che ne sono alla base, come specificato nel seguente sistema di classificazione.

| CATEGORIE | CRITERI |
|--------------|--|
| Categoria IA | Fortemente raccomandate per l'implementazione e fortemente supportate da studi sperimentali, clinici o epidemiologici ben disegnati. |
| Categoria IB | Fortemente raccomandate per l'implementazione e supportate da alcuni studi sperimentali, clinici o epidemiologici e da un forte razionale teorico. |
| Categoria IC | Richieste per l'implementazione come demandato da regolamentazione standard federale o statale |
| Categoria II | Suggerite per l'implementazione e supportate da studi clinici o epidemiologici e da un razionale teorico o un consenso da un gruppo di esperti. |



ARGOMENTI

L'IGIENE DELLE MANI NEGLI AMBIENTI SANITARI.
LINEE GUIDA DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (2009)

1. indicazioni per il lavaggio e l'antisepsi delle mani

- A. Lavare le mani con acqua e sapone quando sono visibilmente sporche o contaminate con sangue o altri fluidi corporei **(IB)** o dopo aver utilizzato la toilette **(II)**.
- B. Il lavaggio delle mani con acqua e sapone è da preferirsi quando vi è il sospetto o la conferma di esposizione a patogeni che possono potenzialmente assumere la forma sporigena, inclusi focolai di infezione da *Clostridium difficile* **(IB)**.
- C. Utilizzare il frizionamento con la soluzione alcolica (se le mani non sono visibilmente sporche) come metodo preferito per l'antisepsi di routine delle mani in tutte le situazioni cliniche sotto descritte dal punto D(a) al D(f) **(IA)**; se la soluzione alcolica non è disponibile, lavare le mani con acqua e sapone **(IB)**.
- D. Effettuare l'igiene delle mani:
 - a. prima e dopo il contatto con il paziente **(IB)**;
 - b. prima di utilizzare un dispositivo invasivo per l'assistenza al paziente indipendentemente da fatto che siano usati i guanti o meno **(IB)**;
 - c. dopo il contatto con liquidi corporei o secrezioni, mucose, cute non integra o medicazioni di ferite **(IA)**;
 - d. spostandosi da una parte del corpo contaminata ad un'altra parte del corpo del medesimo paziente **(IB)**;
 - e. dopo il contatto con superfici o oggetti (inclusi dispositivi medici) posti nelle immediate vicinanze del paziente **(IB)**;
 - f. dopo la rimozione di guanti sterili **(II)** e non sterili **(IB)**.
- E. Frizionare le mani con soluzione alcolica o lavare le mani con acqua e sapone antimicrobico prima della manipolazione di farmaci o per preparare il cibo **(IB)**;
- F. Il sapone e la soluzione alcolica non devono essere usati contemporaneamente **(II)**.

2. tecnica di esecuzione dell'igiene delle mani

- A. Applicare la soluzione alcolica sul palmo della mano e coprire la superficie delle mani. Frizionare le mani fino a quando sono asciutte **(IB)**. (La tecnica della frizione delle mani con soluzione alcolica è illustrata alla figura 1).
- B. Prima di lavare le mani con il sapone, bagnare le mani con l'acqua, applicare la quantità di prodotto necessaria a coprire tutte le superfici. Risciacquare le mani con l'acqua e asciugarle accuratamente con una salvietta monouso. Utilizzare acqua pulita e corrente, se possibile. Evitare di usare acqua calda perché ripetute esposizioni possono aumentare il rischio di dermatiti **(IB)**. Utilizzare la salvietta monouso per chiudere il rubinetto **(IB)**. Asciugare le mani accuratamente utilizzando un metodo che eviti di ricontaminarle. Garantire che le salviette non vengano utilizzate più volte e da più persone **(IB)**. (La tecnica del lavaggio delle mani è illustrata alla figura 1).
- C. È accettabile l'utilizzo del sapone in forma liquida, solida, in scaglie o in polvere. Se si sceglie la forma solida, devono essere utilizzate piccole saponette da riporre su una griglia che faciliti il drenaggio al fine di far asciugare la saponetta **(II)**.

3. Raccomandazioni per la preparazione delle mani a procedure chirurgiche

- A. Rimuovere anelli, orologi da polso e braccialetti prima di iniziare l'antisepsi delle mani **(II)**. Le unghie artificiali sono proibite **(IB)**.
- B. I lavandini devono essere disegnati in maniera da ridurre schizzi/spruzzi **(II)**.
- C. Se le mani sono visibilmente sporche lavarle con acqua e sapone normale (non antisettico) prima della preparazione delle mani a procedure chirurgiche **(II)**. Rimuovere residui di sporco sotto le unghie usando un pulisci unghie preferibilmente mantenendo le mani sotto acqua corrente **(II)**.
- D. Le spazzole non sono raccomandate per la preparazione delle mani a procedure chirurgiche **(IB)**.
- E. L'antisepsi chirurgica delle mani può essere effettuata sia con sapone antimicrobico che con soluzione alcolica (preferibilmente con un prodotto che assicuri un'attività persistente) prima di indossare i guanti sterili **(IB)**.
- F. Nel caso la qualità dell'acqua nel blocco operatorio non sia sicura (come descritto nella tabella I.11.3 delle Linee Guida) si raccomanda, prima di indossare i guanti sterili, di frizionare le mani con soluzione alcolica quando si effettuano procedure chirurgiche **(II)**.
- G. Quando si effettua l'antisepsi chirurgica delle mani utilizzando sapone antimicrobico, strofinare mani ed avambracci per il tempo raccomandato dal produttore (generalmente 2-5 minuti). Tempi di strofinamento più lunghi (es. 10 minuti) non sono necessari **(IB)**.
- H. Seguire le istruzioni del produttore per i tempi di applicazione quando si utilizza un prodotto di soluzione alcolica con attività persistente. Applicare il prodotto sulle mani asciutte **(IB)**. Non abbinate, in sequenza, l'antisepsi chirurgica con sapone a quella con prodotti a base alcolica **(II)**.



ARGOMENTI

L'IGIENE DELLE MANI NEGLI AMBIENTI SANITARI.
LINEE GUIDA DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (2009)

- I. Utilizzare, nel caso si scelga la soluzione alcolica, una quantità di prodotto sufficiente a coprire mani e avambracci per il frizionamento durante l'antisepsi chirurgica delle mani (IB). (La tecnica per l'antisepsi delle mani utilizzando una soluzione alcolica è illustrata nella figura 2).
- J. Dopo l'applicazione della soluzione alcolica come sopra raccomandato, lasciare asciugare completamente mani e avambracci prima di indossare i guanti sterili (IB).
-
4. selezione e gestione dei prodotti per l'igiene delle mani
- A. Fornire al personale prodotti efficaci e con ridotto effetto irritante (IB).
- B. Per migliorare l'accettabilità dei prodotti per l'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari, invitarli a fornire suggerimenti circa la tollerabilità cutanea, la sensazione al tatto e la fragranza di ogni prodotto che si intende prendere in considerazione (IB).
- C. Nella selezione dei prodotti per l'igiene delle mani:
- considerare possibili interazioni tra prodotti usati per l'igiene delle mani, per la cura della cute e i vari tipi di guanti utilizzati nella struttura/ospedale (IB);
 - sollecitare informazioni dai produttori su possibili rischi di contaminazione del prodotto (IB);
 - garantire che i *dispensers* siano disponibili ai *point of care*¹ (IB);
 - garantire che i *dispensers* funzionino in maniera adeguata e forniscano una quantità appropriata di prodotto (II);
 - garantire che il sistema *dispensers* per il frizionamento delle mani con soluzione alcolica sia approvato dalla normativa sui materiali infiammabili (IC);
 - sollecitare e valutare le informazioni dai produttori relativamente a qualsiasi effetto che le creme per le mani, o la soluzione alcolica per il frizionamento delle mani possano avere sul sapone antimicrobico che è utilizzato nella struttura/ospedale (IB);
 - la comparazione dei costi deve essere fatta tra prodotti rispondenti a requisiti di efficacia, tollerabilità cutanea e accettabilità (II).
- D. Non aggiungere sapone (IA) o prodotti a base alcolica (II) ad un dispenser parzialmente vuoto. Se i *dispensers* di sapone vengono riutilizzati occorre seguire una procedura raccomandata per la loro pulizia.
-
5. cura della cute
- A. Nei programmi di formazione per gli operatori includere informazioni sulle pratiche atte a ridurre il rischio di dermatiti da contatto e altri danni alla cute (IB).
- B. Fornire prodotti alternativi per gli operatori con allergie confermate o reazioni avverse ai prodotti standard utilizzati nella struttura/ospedale (II).
- C. Fornire agli operatori sanitari lozioni o creme per ridurre al minimo l'insorgenza di dermatiti da contatto conseguenti all'antisepsi o al lavaggio delle mani (IA).
- D. Nelle strutture dove è disponibile la soluzione alcolica per l'antisepsi delle mani, non è raccomandato l'uso di sapone antimicrobico (II).
- E. Il sapone e la soluzione alcolica non devono essere usati contemporaneamente (II).
-
6. utilizzo dei guanti
- A. L'uso dei guanti non sostituisce l'igiene delle mani sia con il metodo del frizionamento con soluzione alcolica che con quello del lavaggio con acqua e sapone (IB).
- B. Indossare i guanti quando si può ragionevolmente prevedere che vi sarà contatto con sangue o altri materiali potenzialmente infetti, mucose e cute non integra (IC).
- C. Rimuovere i guanti dopo l'assistenza al paziente. Non indossare lo stesso paio di guanti per l'assistenza a più di un paziente (IB).
- D. Cambiare i guanti durante l'assistenza ad un paziente sia quando ci si sposta da un'area del corpo contaminata ad un'altra (inclusi cute non integra, mucose o dispositivi medici) dello stesso paziente, sia quando ci si sposta nell'ambiente circostante (II).
- E. Il riutilizzo dei guanti non è raccomandato (IB). In caso di riutilizzo applicare il metodo più sicuro per il processo di pulizia (II).
-
7. altri aspetti relativi all'igiene delle mani
- A. Non indossare unghie artificiali o allungate quando si hanno contatti diretti con i pazienti (IA).
- B. Mantenere le unghie naturali corte (le punte di lunghezza < 0.5 cm. circa (II).

¹ Il luogo dove si combinano tre elementi: il paziente, l'operatore e l'assistenza che implica il contatto con il paziente o ciò che gli sta intorno ("zona del paziente"). Il concetto implica l'esigenza di effettuare l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove l'assistenza viene erogata. Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani sia facilmente accessibile e il più vicino possibile (a portata di mano) nel punto in cui si effettua l'assistenza al paziente. I prodotti disponibili nei *point of care* devono essere accessibili senza lasciare la "zona del paziente".



Figura 1

Come lavarsi le mani con acqua e sapone?

LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!

CCM

Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**

1 Bagna le mani con l'acqua

2 applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani

3 friziona le mani palmo contro palmo

4 il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa

5 palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro

6 dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro

7 frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa

8 frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa

9 Risciacqua le mani con l'acqua

10 asciuga accuratamente con una salvietta monouso

11 usa la salvietta per chiudere il rubinetto

...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY WHO acknowledges the *Higiene Universitaria de Genes (HUG)*, in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material. October 2009, version 1.

World Health Organization

Figura 2

Come frizionare le mani con la soluzione alcolica?

USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI! LAVALE CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!

CCM

Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**

1a Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.

1b frizionare le mani palmo contro palmo

2 frizionare le mani palmo contro palmo

3 il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa

4 palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro

5 dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro

6 frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa

7 frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa

8 ...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

9

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY WHO acknowledges the *Higiene Universitaria de Genes (HUG)*, in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material. October 2009, version 1.

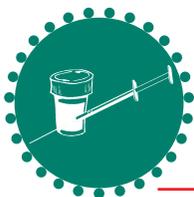
World Health Organization

BIBLIOGRAFIA

- Allegranzi B., Pittet D. (2007) La prima Sfida Globale per la Sicurezza del Paziente "Le cure pulite sono cure sicure": la strategia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria [on line]. Disponibile da: <http://www.lauriedizioni.com/lauri/abstract/1231ab.pdf> [consultato il 1 febbraio 2009]
- http://asr.regione.emilia-roma-gna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischioinfeffivo/gr_ist/pr_inf_ccm/5_cure_pulite/2_strumenti/a03_oms_mani2/a3_hh_lg_racc_pieghevole.pdf
- Cenderello N., Fabbri P., Giaroli S., Zappa G. (traduzione a cura di) (2003) Linee guida per l'igiene delle mani in ambiente sanitario Orientamenti Anipio (5) 6-61
- Centres for Disease Control and Prevention (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings [on line]. Disponibile da: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf> [consultato il 26 gennaio 2010]
- Epicentro OMS: iniziativa e nuove linee guida sull'igiene delle mani nei luoghi di cura [on line]. Disponibile da: <http://www.epicentro.iss.it/focus/globale/Omslca09> [consultato il 26 gennaio 2010]
- Gobbi P. (2009) Focus sul lavaggio delle mani. *Io Infermiere* 4, 16-18
- Ministero della Salute, Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna (traduzione a cura di) Linee guida OMS sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria (bozza avanzata) [on line]. Disponibile da: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area1/Inf_Oss/Lg_internaz/LG_Oms_05-06.pdf [consultato il 1 febbraio 2009]
- Moro M.L., Nascetti S., Coordinamento inter-regionale Progetto INF-OSS (2006) Infezioni correlate all'assistenza sanitaria, il progetto INF-OSS. *Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere* 13(4): 88-93
- Parenti M., Nascetti S., Moro M.L. (a cura di) (2007) Linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria (bozza avanzata): una sintesi *Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere* 14(1)
- Piccin N. (2003) 150 ma non li dimostra. *Orientamenti Anipio*, 5, 3-5
- Sironi C., Baccin G. (2006) Procedure per l'assistenza infermieristica. Milano: Masson
- World Health Organization WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care [on line]. Disponibile da: http://www.who.int/publications/72009/9789241597906_eng.pdf [consultato il 26 gennaio 2008]

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





Infermieristica e Cure complementari

A cura di *Iacchia Valentina**

Siamo ormai in prossimità dell'arrivo della primavera e come ogni anno questa stagione, che da un punto di vista simbolico rappresenta la rinascita per eccellenza, si avvicina a noi trovandoci stanchi e provati dagli insulti dell'inverno.

Per questo il percorso che voglio proporvi è una riflessione relativa ai rimedi più adatti per vivere bene questo momento di passaggio (resta sottinteso che le seguenti sono linee guida generali, mentre la personalizzazione del rimedio permetterebbe di raggiungere risultati migliori).

Il primo problema da gestire è che il nostro organismo stenta a liberarsi delle tossine accumulate; spesso l'affaticamento, l'apatia e le occhiaie sono proprio segni di questo accumulo e contemporaneamente della debolezza dell'energia del meridiano di rene.

Per questo sarà necessario bere molto sotto forma di acqua, di succhi non zuccherati, centrifugati, di tè verde e di tisane.

Tra le piante che favoriscono l'**eliminazione dei liquidi** vi segnalo: **betulla**, **centella**, **pilosella**, **coriandolo**, **spirea**. Un altro rimedio molto gradito ai nostri reni è l'**equiseto** o coda cavallina che può essere assunto anche in tintura o in compresse a secondo delle necessità della persona, e va a risolvere a lungo andare i problemi anche più gravi di **ritenzione idrica** come la **cellulite**. L'**equiseto**, inoltre, è nota per le sue **proprietà remineralizzanti** a causa dei suoi principi attivi: silice, sali di potassio e flavonoidi. Una miniera di sostanze utili al nostro organismo affinché la primavera non ci colga impreparati!

Un altro organo che energeticamente deve essere sostenuto nel periodo della primavera è il fegato, il suo disequilibrio da origine al sentirsi, **stanchi e spossati** e persino un po' **depressi**.

Immaginiamo il nostro fegato come un **sacco gonfio di tossine** accumulate durante le abbuffate invernali, lo stress del lavoro, delle festività, della crisi economica e del maltempo. Meglio non pensarci troppo ma



comunque agire per tempo. Il questo caso un grande aiuto proviene dal Tarassaco. sia consumato in insalata sia sotto forma di **decocto**. Per preparare il **decocto**, dobbiamo utilizzare le **radici**: puliamole, tagliamole a listelle e facciamole essiccare al sole per poi conservarle in un vaso di vetro lontano da fonti luminose; naturalmente è possibile acquistare le radici già essiccate in erboristeria. Per i nostri scopi, sarà sufficiente utilizzare un cucchiaino di droga da far bollire per una ventina di minuti nell'acqua di una tazza da tè. Il **decocto di tarassaco** va bevuto preferibilmente **dopo i pasti principali**. In un mese otterremo grandi benefici!

Ma il posto d'onore tra i rimedi che possiedono azione stimolante ed adattogena è occupato dal **GINSENG**. La sua terra d'origine è l'Asia ma il suo uso è conosciuto e diffuso in tutto il mondo. La parte utilizzata è la radice i cui principi attivi più importanti sono i ginsenosidi. Come **STIMOLANTE** aumenta la concentrazione e facilita l'apprendimento; per queste sue caratteristiche è indicato per studenti che devono affrontare esami ma anche per chi fa lavori

che necessitano di attenzione e lucidità.

Studi recenti hanno evidenziato anche altre proprietà di questa pianta. Sembra che **MIGLIORI IL TONO DELL'UMORE** ed è quindi particolarmente consigliabile nei cambi di stagione quando è più facile che si manifesti, insieme alla fatica, anche un po' di malinconia.

In più sembra dimostrato che possieda un'azione **IMMUNOSTIMOLANTE**. C'è, infatti, chi sostiene che i ginsenosidi possano stimolare le cellule immunitarie aumentando di un 30% la produzione di anticorpi.

Si può utilizzare in capsule, come estratto secco standardizzato e titolato in ginsenosidi, ma più generalmente si trova disponibile come prodotto in compresse. Di solito è bene assumerlo nelle prime ore della giornata per sfruttare appieno tutte le sue proprietà. Si può trovare in associazione con altre piante quali guaranà o eleuterococco.

Altre due piante che presentano queste caratteristiche sono **RHODIOLA ROSEA** e il **BAOBAB**. La prima nasce in Siberia e viene donata dalle popolazioni locali ai gio-



vani sposi perchè abbiano una prole bella e numerosa! È utilizzata oltre che per combattere lo stress anche per aumentare la virilità e ridurre il senso di fame nervosa. Il secondo aiuta il recupero dopo uno sforzo, dà energia e viene utilizzato anche come remineralizzante per la fragilità ossea.

Inoltre ci si può aiutare utilizzando prodotti come la **PAPAIA FERMENTATA** o l'**ECHINACEA** che aumentano le nostre difese immunitarie senza stimolare ulteriormente l'organismo.

Un'altra causa del senso di stanchezza di cui possiamo soffrire in questa stagione è il calo

di vitamine e sali minerali. È consigliabile assumere per un paio di mesi un multivitaminico e multi minerale tipo il succo puro di **ALOE** che contiene sodio, potassio, magnesio, calcio, manganese, ferro, rame, zinco, cromo, vit. B1, B2, B3, B6, C, acido folico,

vit. A, vit. E. Inoltre è un potente antiossidante, antibatterico, antimicotico e antivirale. Se ne prende un misurino 1 – 2 volte al giorno e poi si conserva in frigo per 1 mese.

Un'ultima annotazione la meritano due **ALGHE**: **ALGA SPIRULINA** e **ALGA KLAMATH**.

La prima è ricca di vit. B12, **acido folico** e ferro; la seconda, raccolta nell'omonimo lago nell'Oregon, sembra che possieda proprietà immunomodulanti, antiossidanti, antivirali e antinfiammatorie.

Un'altro rimedio particolarmente indicato in primavera è la **violetta** è un fiore molto comune nei nostri giardini ed esiste in diverse varietà; la più comune è la **Viola del Pensiero** (*Viola tricolor*) che cresce spontaneamente. Può essere utilizzata per i problemi cutanei come **Lozione calmante e rinfrescante**: in un recipiente mettere 100 gr di fiori e foglie di violette, versarci sopra 1/4 di litro di acqua bollita, coprire e lasciare in infusione per almeno 4 ore. Filtrare e conservare la

lozione ottenuta in una boccetta ben chiusa.

Passare sul viso e sul collo mattina e sera, dopo la pulizia. E per i più golosi vi segnalo lo **scioppo** alla violetta: mettere 100 gr di fiori freschi in infusione in un litro d'acqua bollita. Lasciare macerare per un'intera giornata in un recipiente coperto, poi si filtra e si aggiunge 1 kg di zucchero. Si mescola bene e si conserva in una bottiglia.

Ottimo per **insaporire** i dolci, ma anche per combattere la **tosse**: la dose, in questo caso, è di tre cucchiaini al giorno.

Inoltre, come ben sappiamo l'alimentazione può incidere molto sui nostri livelli di energia.

Agli inizi del XX secolo un medico svizzero, Max Bircher Benner, inventore del muesli, consigliava cibi crudi poiché li considerava provvisti di una vitalità naturale e capaci di trasmetterla a chi li consumava. E in questo periodo è ciò che ci serve, parlo prevalentemente di frutta e verdura ma anche cereali, noci e semi (es. lino, sesamo, zucca, girasole, etc.).

Naturalmente sarebbe bene che la frutta e la verdura fossero biologici e consumati nell'arco di breve tempo dall'acquisto.

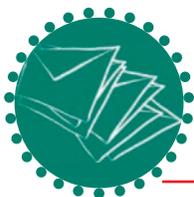
Parlando di alimenti energetici vorrei spendere due parole su un alimento molto energetico ma anche molto apprezzato a tutte le età: il **CIOCCOLATO**.

È consigliato a chi fa sport, ai convalescenti e ai ragazzi nell'età dello sviluppo. Una tazza di cioccolata può tirare un po' su chi soffre di depressione poiché contiene magnesio e teobromina, la xantina con un effetto eccitante un po' come quello del caffè. In più contiene feniletilamina che dà una sensazione di benessere simile a quella provocata dalle endorfine, sostanze naturali prodotte dal nostro organismo. C'è anche il fosforo che agisce sulla memoria e, secondo uno studio condotto dal Forsyte Dental Center di Boston, nel cacao è presente un batterio, lo *Streptococcus mutans*, che ostacola la formazione della carie. Un toccasana in tutti i sensi! (basta non esagerare).



* ostetrica e infermiera





Posta e risposta

VI È LA POSSIBILITÀ DI UNA SOSPENSIONE DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO?

D.: Buongiorno, sono una vostra iscritta e volevo informazioni relativamente ad una possibilità di sospensione dall'iscrizione in considerazione dello svolgimento di un'attività amministrativa in direzione sanitaria.

In questo caso è possibile una sospensione dall'iscrizione o bisogna cancellarsi?

Quali sono le modalità? Per una eventuale

reiscrizione ci sarebbe poi documenti da ripresentare? Grazie mille

Cordialità

R.: Gentile Collega, in riferimento alla tua richiesta è opportuno precisare che l'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria per tutti gli infermieri (art. 2 legge 43/2006). Nel tuo caso pur cambiando mansione se mantieni la qualifica di assunzione di infermiera l'obbligo sussiste. Tale obbligo verrebbe meno se vi fosse anche un cambio di mansione a livello contrattuale. Non è prevista la sospensione dall'albo. Qualora ti trovassi nelle condizioni di poter chiedere la cancellazione alleghiamo la domanda (reperibile anche sul nostro sito) che devi restituire unitamente alla tessera di riconoscimento ed una marca da bollo da euro 14,62. In ogni caso la quota di iscrizione per l'anno 2010 è dovuta.

Qualora volessi reinscriverti successivamente, dovrai presentare nuova domanda di iscrizione (non sono previsti documenti da allegare in quanto viene autocertificato tutto nella domanda) e nuovo versamento della tassa di concessioni governative (al momento pari a euro 168,00).

A disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti cordiali saluti.

CASO ENGLARO

D.: Egr. dott. Citterio, le scrivo in relazione al suo comunicato stampa sul caso Englaro, pubblicato il 26 luglio 2008 sulla Provincia di Como. Avendo seguito con molta attenzione la vicenda di Eluana Englaro, ho trovato il suo articolo inopportuno nel passaggio in cui mette superficialmente in discussione il complesso percorso giuridico che è stato compiuto al fine di accertare in modo inequivocabile la concezione della qualità della vita e le conseguenti volontà di Eluana; trovo anche che abbia parlato di alimentazione e idratazione in modo fuorviante rispetto al caso in questione: Eluana non veniva alimentata, bensì riceveva una nutrizione artificiale.

Il nuovo codice deontologico degli infermieri evidenzia, negli articoli 36 e 37, quanto sia fondamentale da parte dell'infermiere tenere in considerazione la concezione della qualità della vita e la volontà del proprio assistito e credo che il messaggio che esso porta possa contribuire positivamente al dibattito parlamentare in corso sul testamento biologico e, in generale, alla riflessione sulle tematiche di fine vita.

Mi permetto di inviarle in allegato una dichiarazione, che forse già conosce, rilasciata dalla Presidente Annalisa Silvestro e la Sentenza della Cassazione del 16 ottobre 2007; le suggerisco infine due libri davvero molto interessanti:

- STORIA DI UNA MORTE OPPORTUNA di G. Milano e M. Riccio, ed. Sironi
- ELUANA LA LIBERTÀ E LA VITA di B. Englaro con E. Nave, ed. Rizzoli.

Nel suo articolo domanda: "Cosa dicono le infermiere che la assistono?"; ecco, io non ho avuto modo di assistere Eluana, ma dal momento che, come citta-



dina italiana e come infermiera, mi sono sentita molto partecipe della sua vicenda, mi è sembrato doveroso esprimerle questo mio commento. La ringrazio dell'attenzione.

Cordiali saluti

34

R.: Gent.ma Collega, la ringrazio per l'attenzione e il valore che ha dato alla mia comunicazione alla Provincia sul caso Englaro del 26 luglio 2008 e per la sua volontà di partecipare alla discussione, anche se è passato un po' di tempo. Le ricordo però che il Codice deontologico in vigore era quello del 1999 e non quello attuale e, in secondo luogo, il silenzio degli Infermieri e dei loro organi di rappresentanza era particolarmente assordante nonostante il livello di dibattito fosse ampiamente diffuso e si parlasse di un caso a forte valenza assistenziale.

Le preoccupazioni principali del mio intervento erano:

- partecipare e sollecitare anche i colleghi ad intervenire nel dibattito in corso in quel periodo. Paradossalmente sul caso Englaro sono intervenuti tutti (medici, giuristi, avvocati, politici, associazioni,) tranne gli infermieri, cioè coloro, che come professionisti dell'assistenza, sono testimoni attivi in casi analoghi;
- evitare la generale ed eccessiva medicalizzazione della vita e di tutti gli atti fisiologici che ciascuno di noi compie e che spesso sono l'oggetto del nostro agire come infermieri. Mangiare e bere anche se realizzati con un sondino o con interventi di personale sanitario, non devono essere considerate sempre terapie, soprattutto quando diventano sostegno vitale. Vorrei evitare il rischio che tutto diventi terapia o atto sanitario. Nel caso specifico provi a leggere il parere del Comitato Nazionale di Bioetica del novembre 2005 riguardo l'alimentazione e idratazione nei pazienti in stato vegetativo persistente (SVP). Comprendo che vi sono pareri diversi da questo e che il dibattito è particolarmente acceso ma certo non si può bollare come fuorviante una ipotesi del genere;
- di non ridurre il caso ad una questione di rispetto di leggi e/o sentenze. Spesso, vi è una confusione del piano giuridico rispetto a quello etico/deontologico che vengono sovrapposti con

il prevalere del primo sul secondo. Per semplificare: ciò che è legale non sempre è etico e viceversa. Quindi, anche in presenza di una sentenza il dilemma etico e morale c'è e rimane. La mia sollecitazione voleva essere in quel senso non certo in una disamina dettagliata del percorso giudiziario del caso Englaro.

Per questo ritenevo, e continuo a pensarlo, che la soluzione più umana e ragionevole fosse la proposta, non accolta, di Suor Albina Corti.

In ultimo mi permetto anch'io di consigliarle qualche lettura:

- Giacomo Rocchi - Il caso Englaro. Le domande che bruciano
Ed. Studio Domenicano, Bologna, 2009
- Pierre Mertens - Liesje, mia figlia. Parole per la nascita e la morte di una bambina speciale
Ed. Cantagalli, Siena, 2007;

Cordiali saluti

Riscontro caso Englaro:

Gentile Presidente,

grazie per avermi risposto.

È vero, è passato del tempo dal suo comunicato: l'ho individuato in Internet, alcuni mesi dopo la pubblicazione sul giornale; ho presente che l'articolo era antecedente al nuovo codice deontologico, che peraltro non contrasta con quello del '99: riprende anzi, risaltandoli, principi già contemplati, quali il rispetto della libertà e il tener conto dei valori etici dell'individuo. Nel corso del 2009 mi sono impegnata ad approfondire non solo la vicenda di Elvana Englaro, ma anche quella di Piergiorgio Welby, quella di Giovanni Nuvòli e, più in generale, le tematiche di fine vita, raccogliendo e consultando documenti e fonti autorevoli, come continuerò volentieri a fare, procurandomi i testi che mi consiglia.

Condivido la sua preoccupazione per il silenzio degli infermieri e l'invito a sollecitarsi a partecipare al dibattito etico: nel mio piccolo, ci sto seriamente provando e mi auguro davvero che coloro che tendono a ricercare il parere di medici, giuristi e politici prendano l'abitudine di dare voce anche a noi, che tanta parte abbiamo nel tradurre le esigenze dei pazienti. È nostro lo sforzo di guadagnarci l'autorevolezza necessaria.

Spero, se non le dispiace, che avremo ulteriori scambi di riflessioni!

Di nuovo grazie e cordiali saluti.



TRASFERIMENTO D'UFFICIO, È LECITO?

D.: Gent.mo Presidente, sono una Coordinatrice infermieristica di una struttura privata di Milano, iscritta all'IPASVI di Como. Ho subito un trasferimento improvviso e (credo) immotivato dalla terapia Intensiva al Pronto Soccorso, il giorno 2 -11-09, vorrei sapere se i coordinatori infermieristici possono essere trattati in questo modo dall'amministrazione. Dove finisce il percorso che avevo intrapreso con l'equipe? Dove finisce il rispetto e non solo del mio ruolo, ma per la persona?

Mi scusi forse l'argomento le potrà sembrare banale ma tuttora mi sento in modo indescrivibile sfiduciata. Se vorrà potrà ascoltarmi, la ringrazio fin d'ora.

Cordiali saluti.

R.: Gent.ma Collega, da un punto di vista puramente formale la contestazione di una scelta di questo tipo è particolarmente difficile considerando che, come mi hai precisato nel colloquio che abbiamo avuto, effettivamente sussisteva la necessità di coprire la funzione di Coordinamento presso il PS. Il trasferimento poi è avvenuto all'interno della medesima struttura anche se con un preavviso minimo e ha coinvolto anche altri coordinatori. Ciò non toglie che la decisione sia discutibile sotto il profilo delle modalità con cui è stata realizzata anche per alcune delle ragioni che esponi nella tua domanda e che ben rappresentano il tuo stato d'animo.

Va detto che è garantita una certa discrezionalità dell'amministrazione, che comunque non può certo sfociare in arbitrarietà. Potresti, in questo senso, chiedere per iscritto le ragioni del tuo trasferimento esponendo anche il tuo disagio e rammarico per le modalità utilizzate. Ricorda però che il pezzo di buon lavoro che ritieni di aver fatto in tera-

pia Intensiva, non lo può togliere nessuno, tantomeno per quel pezzo che va a comporre la tua esperienza professionale. Anche il Pronto soccorso si "merita" un buon coordinatore. Chissà che non sia l'inizio di una nuova e bella avventura?

Un caro saluto

ALBO CONSULENTI TECNICI - TRIBUNALE DI COMO

D.: Buongiorno, sono una collega infermiera iscritta al collegio di Como; attualmente sto frequentando il master di primo livello in "infermieristica e ostetricia legale e forense" presso l'Università degli Studi di Milano.

Volevo chiederle se presso il tribunale di Como è stato istituito l'albo dei consulenti tecnici per noi infermieri.

Eventualmente presso l'ufficio legale del collegio ci potrebbero essere delle possibilità lavorative come consulente?

Grazie

Cordiali saluti

R.: Gentile Collega, in riferimento alla tua richiesta, con la presente ti informo che presso il tribunale di Como è istituito l'albo dei Consulenti tecnici, anche per la categoria infermieri.

Ti allego alla presente elenco con la documentazione da presentare per l'istanza di iscrizione.

L'ufficio preposto è presso il tribunale, 3° piano, stanza 301.

Per quanto riguarda il tuo secondo quesito, al momento non è ipotizzabile una collaborazione, in quanto le problematiche legali vengono gestite dal ns. consulente legale e/o direttamente dai componenti del Consiglio Direttivo.

Nell'augurarti una buona riuscita negli studi, restiamo a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

Cordiali saluti





News from the web

Siti di interesse sanitario

36

di IPAFD Paola Pozzi*

<http://www.timeoutintensiva.it/home.php?gclid=CIWl6dPPx58CFQ8EZgodJngScw>

Medicina della Narrazione in Terapia Intensiva

L'idea di questo forum su Terapia Intensiva ed esperienza relazionale, in una parola psicoanalisi dei gruppi, nasce nel 1997 in una Rianimazione. È la storia di un gruppo di "operatori di Terapia intensiva", che per e con i malati ed insieme ai familiari tentano sempre di salvare una vita cercando di restituirla ad una vita dignitosamente vissuta. Senza tutto questo, Timeoutintensiva semplicemente non esisterebbe.

<http://www.curedomiciliari.com/>

Il portale italiano sulle cure domiciliari.

Le cure domiciliari sono un insieme coordinato di prestazioni sociosanitarie che professionisti del settore rivolgono a persone "in condizioni di fragilità". Queste prestazioni vengono somministrate laddove il paziente vive abitualmente, da solo o con la propria famiglia.

Il sito contiene utili informazioni sui vantaggi, le condizioni, le prestazioni, i servizi offerti, pubblicazioni scientifiche, nuove tecnologie, aggiornamenti sulle cure domiciliari

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

Il progetto culturale dell'istituto si sviluppa all'insegna della figura mitologica di Giano. Giano, divinità ricchissima di spessore simbolico – tanto da essere tradizionalmente utilizzata anche per visualizzare le condizioni della medicina, chiamata a guardare contemporaneamente nelle opposte direzioni delle scienze della natura e delle scienze dell'uomo, abbinando sapere scientifico e arte del guarire – nell'antichità romana era preposto alle transizioni e ai cambiamenti. Anche la nuova sanità è a un passaggio critico. Si tratta di andare verso il futuro, continuando a guardare anche nella direzione del passato, coniugando l'innovazione con la necessità della conservazione di quei valori che nella pratica dell'erogazione delle cure hanno tradizionalmente costituito una dimensione essenziale della buona medicina.



"Il ruolo del coordinatore nel riconoscimento e prevenzione del *burnout* negli operatori di tre U.O. di chirurgia cervico-facciale"

di Elisabetta Sardone*

Estratto Tesi Master in management infermieristico per le funzioni di coordinamento, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA, TOR VERGATA, ANNO ACCADEMICO 2007 / 2009, Studente ELISABETTA SARDONE, Relatore DR.ssa MARIA MONICA RATTI, Correlatore, DR.ssa FRANCA LAZZARI

INTRODUZIONE

La scelta di progettare ed effettuare un progetto di studio sulla sindrome del *burnout* nasce da una forte motivazione, data dalla consapevolezza che la *burnout syndrome* sia un rischio per gli operatori sanitari esercenti una professione di aiuto, che debba essere preventivamente riconosciuta per essere gestita dai coordinatori infermieristici.

Il seguente lavoro parte da una revisione della letteratura per cercare di definire il termine *burnout syndrome*, descrivendo anche alcuni modelli teorici di riferimento, e di tracciare le caratteristiche individuali dell'operatore maggiormente soggetto al *burnout*. Negli anni '30 nel gergo dell'atletica e di altri sport il termine *burnout* fu usato per designare quel fenomeno per cui, dopo alcuni successi, un atleta "si brucia", "si esaurisce" non riuscendo più a ripetersi dal punto di vista agonistico.

Alcuni autori con i loro lavori scientifici pionieristici, hanno contribuito a incrementare una approfondita consapevolezza dei punti di forza appartenenti alle strutture sanitarie e a evidenziare possibili paradigmi operativi.

Nel 1970 Menzies mise in risalto il legame tra dinamiche organizzative e meccanismi di difesa contro eventi angoscianti nel lavoro infermieristico.

Christina Maslach docente di psicologia all'università di California, Berkeley, è considerata tutt'oggi la massima esperta mondiale di *burnout*; oltre ad aver scritto numerose pubblicazioni sull'argomento ha ideato il *Maslach Burnout Inventory*, lo strumento più accreditato ed usato in materia. Nell'agosto del '73, espresse le sue idee nel corso

di un convegno annuale dell'American Psychological Association (APA), tenuto a Montreal, definendo il *burnout* "come una sindrome da esaurimento emotivo, da spersonalizzazione e riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente"; e ancora: "una reazione alla tensione emotiva cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando essi hanno problemi o motivi di sofferenza"; queste idee furono riprese e completate sviluppando un concetto più organico del processo di *burnout* che descrisse nel 1976. L'anno successivo Maslach coniò il termine "*burnout syndrome*" per riferirsi a una situazione che aveva osservato con frequenza sempre maggiore nelle "helping professions", dove dopo mesi o anni di generoso impegno, gli operatori manifestavano apatia, indifferenza, erano spesso nervosi, irrequieti, qualche volta cinici nei confronti del lavoro, erano operatori che si erano "bruciati".

Richard H. Price definisce "*burnout* come una metafora significativa, spesso però imprecisa, che dà l'idea del fuoco dell'entusiasmo che si spegne, di un'energia che si esaurisce".

Un grosso contributo allo studio del *burnout* è stato dato da Cary Cherniss che, nel 1980, lo definì come una ritirata psicologica dal lavoro in risposta all'eccesso di stress e insoddisfazione.

Maslach (1976) dopo un primo contributo, dove descrive il *burnout* come una forma di stress che porta a distaccarsi dall'utente, trasforma la defini-



TABELLA 1 - Punteggi di codificazione del MBI

| SOTTOSCALA | ALTO | MEDIO | BASSO | ASSENTE |
|-------------------------|------------|-------------|------------|---------|
| Esaurimento Emotivo | > 24 punti | 15-23 punti | 1-14 punti | 0 punti |
| Depersonalizzazione | > 9 punti | 4-8 punti | 1-3 punti | 0 punti |
| Realizzazione Personale | > 37 punti | 30-36 punti | 1-29 punti | 0 punti |

zione in un costrutto multifattoriale costituito da tre dimensioni:

- 1) l'esaurimento emotivo, cioè la sensazione di essere in continua tensione, emotivamente inariditi dal rapporto con gli altri;
- 2) la depersonalizzazione, cioè la risposta negativa nei confronti delle persone che ricevono la prestazione professionale;
- 3) la ridotta realizzazione, cioè la sensazione che nel lavoro a contatto con gli altri la propria competenza e il proprio desiderio di successo stiano venendo meno.

Lo scopo dell'elaborato è la presentazione di una ricerca progettata per indagare il livello di *burnout syndrome* negli infermieri e negli operatori di supporto, nelle unità operative di Neurochirurgia, Otorinolaringoiatria e Maxillo-Plastica nell'Azienda Ospedaliera S. Anna di Como nel periodo di tempo antecedente una riorganizzazione aziendale che prevede la creazione di una unità operativa integrata.

Le motivazioni che hanno portato alla scelta del seguente elaborato sono la consapevolezza, maturata in un contesto in cui l'impegno emotivo e lo stress sono presenti, che la *burnout syndrome* sia un rischio per gli operatori sanitari esercenti una professione di aiuto e che debba essere preventivamente riconosciuta per poter essere gestita dai coordinatori infermieristici.

MATERIALI E METODO

Per lo studio di ricerca è stato utilizzato come strumento di misurazione il *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1982), nel suo adattamento curato da S. Sirigatti e C. Stefanile; consistente in un questionario strutturato composto da 22 items che misurano 3 dimensioni indipendenti del *burnout*, ciascuna individuata da una specifica sottoscala.

La frequenza con cui il soggetto sottoposto al test prova le sensazioni relative a ciascuna scala è

saggiata usando una modalità di risposta a 6 punti, i cui estremi sono definiti da "mai" ed "ogni giorno"; (0=mai, 1=qualche volta all'anno, 2=una volta al mese o meno, 3=qualche volta al mese, 4=una volta alla settimana, 5=qualche volta alla settimana, 6=ogni giorno). Il questionario concepisce il *burnout* non come una variabile dicotomica che può essere presente o assente, ma piuttosto come una variabile continua che rispecchia i diversi livelli dei sentimenti in gioco.

Le tre sottoscale che costituiscono il MBI sono:

- Esaurimento Emotivo (EE). Esamina la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro;
- Depersonalizzazione (DP). Misura una risposta fredda ed impersonale nei confronti degli utenti del proprio servizio;
- Realizzazione Personale (RP). Valuta la sensazione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri.

Un alto grado di *burnout* è evidenziato da elevati punteggi nelle sottoscale di Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione e da bassi punteggi nella sottoscala Realizzazione Personale. Un medio grado di *burnout* è caratterizzato da punteggi intermedi nelle tre sottoscale. Un basso grado di *burnout* è caratterizzato da bassi punteggi nelle sottoscale Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione e da alti punteggi nella sottoscala Realizzazione Personale. Al questionario si è aggiunta una scheda demografica in cui viene richiesta la compilazione di una tabella contenente dati riguardanti: l'età, il sesso, lo stato civile, l'anzianità di lavoro nel settore sanitario, l'anzianità di lavoro presso la struttura, anzianità di lavoro presso il reparto. Le variabili sopra elencate sono strettamente correlate all'insorgenza della *burnout syndrome*, come segnalato dalla letteratura e da recenti studi. Viene inoltre raccomandato al



TABELLA 2 - CONFRONTO TRA I TRE CAMPIONI

| | >23 | 23-15 | 14-1 | 0 | |
|--|-----|-------|------|----|------|
| Neurochirurgia | 4 | 4 | 4 | 0 | |
| Otorinolaringoiatria | 2 | 7 | 4 | 0 | |
| Mx/plastica | 4 | 6 | 2 | 0 | |
| EE | 10 | 17 | 10 | 0 | 37 |
| Esaurimento Emotivo - Pers. Inf. e di Supp delle tre Chirurgie | 27% | 46% | 27% | 0% | 100% |

| | >8 | 8-4 | 1-3 | 0 | |
|--|-----|-----|-----|-----|------|
| Neurochirurgia | 5 | 1 | 3 | 3 | |
| Otorinolaringoiatria | 4 | 4 | 2 | 3 | |
| Mx/plastica | 4 | 4 | 1 | 3 | |
| DP | 13 | 9 | 6 | 9 | 37 |
| Depersonalizzazione - Pers. Inf. e di Supp delle tre Chirurgie | 35% | 24% | 16% | 24% | 100% |

| | >36 | 30-36 | 29-1 | 0 | |
|--|-----|-------|------|----|------|
| Neurochirurgia | 5 | 4 | 3 | 0 | |
| Otorinolaringoiatria | 9 | 2 | 2 | 0 | |
| Mx/plastica | 7 | 2 | 3 | 0 | |
| RP | 21 | 8 | 8 | 0 | 37 |
| Realizzazione Personale - Pers. Inf. e di Supp delle tre Chirurgie | 57% | 22% | 22% | 0% | 100% |

soggetto di compilare tutti i box e di non scrivere il nome o firmare il questionario in quanto anonimo. Per la somministrazione del questionario è stata inviata preventiva richiesta di autorizzazione al Direttore del SITRA dell'A.O. del S.Anna di Como dove svolgo la mia attività dal 1987.

Gli operatori sanitari sono stati informati, tramite lettera di presentazione, dell'uso a scopo didattico del questionario al fine di una tesi di Master Universitario. I questionari sono stati distribuiti agli infermieri e agli operatori di supporto dal coordinatore infermieristico di U.O., nel periodo di tempo che va dal 29 maggio al 30 giugno 2009 con una risposta del 100% del personale in servizio in quel momento.

RISULTATI

Sono stati presi in analisi tre campioni: il primo è costituito dal personale infermieristico e di supporto dell' U.O. di Neurochirurgia dove sono stati analizzati 12 questionari; il secondo è costituito dal personale infermieristico e di supporto dell'U.O. di Otorinolaringoiatria dove sono stati analizzati 13 questionari e il terzo è costituito dal personale infermieristico e di supporto dell'U.O. di chirurgia Maxillo-Plastica dove sono stati analizzati 12 que-

stionari, per un totale di 37 questionari. Per illustrare i risultati delle analisi di ricerca effettuate sui questionari raccolti, si è preferito suddividere i dati in due gruppi: il primo riguarda i dati socio-anagrafici e il secondo gruppo l'analisi del MBI, a sua volta suddiviso in sottoscale.

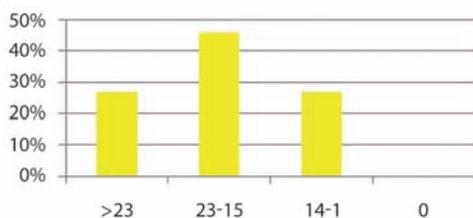
Dai dati rilevati è emerso che tra i 37 operatori sanitari che hanno aderito alla ricerca vi sono 10 uomini e 27 donne per un totale di 37 intervistati. L'età media del campione va dai 35 ai 50 anni. L'anzianità media di servizio nel settore sanitario va dai 12 ai 21 anni, mentre l'anzianità media di lavoro presso l'U.O. di pertinenza va dai 4 agli 8 anni.

Si rappresenta ora nella tabella 2, i risultati di ciascun questionario secondo il punteggio di codificazione del MBI ottenuto, prima in numeri assoluti e poi in percentuale nelle tre sottoscale per poter confrontare i valori espressi nelle relative Unità Operative.

L'analisi dei dati riportati in tabella 2 è ulteriormente descritta nelle seguenti rappresentazioni che esprimono la percentuale ottenuta dai punteggi di codificazione del MBI nella sottoscala Esaurimento Emotivo (EE) per poter confrontare i valori espressi nelle Unità Operative considerate.



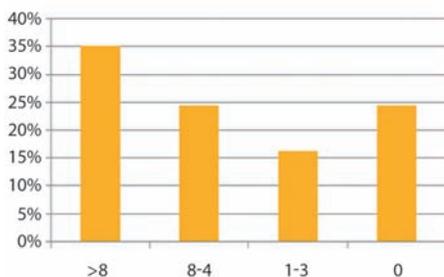
Grafico 1 - Esaurimento Emotivo del personale infermieristico e di supporto delle tre chirurgie specialistiche



Il livello di EE tra gli operatori sanitari delle tre chirurgie è Alto nel 27% dei casi, Medio per il 46 %, e Basso per il 27%.

Successivamente, nel grafico 2 è rappresentata la percentuale ottenuta dai punteggi di codificazione del MBI nella sottoscala Depersonalizzazione (DP) per poter confrontare i valori espressi nelle Unità Operative considerate.

Grafico 2 - Depersonalizzazione del personale infermieristico e di supporto delle tre chirurgie specialistiche



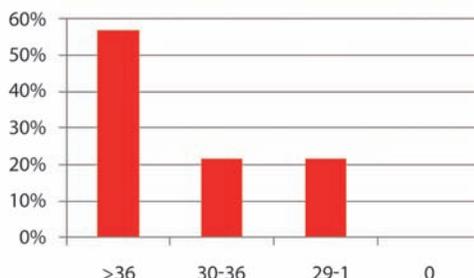
Come si può osservare, il livello di DP tra gli operatori sanitari delle tre chirurgie sottoposti a indagine è Alto per il 35 % del personale, Medio per il 24 %, Basso per il 16%, e il 24 % non è in *burnout*.

Nel grafico 3 è espressa la percentuale ottenuta dai punteggi di codificazione del MBI nella sottoscala Realizzazione Personale (RP) per poter confrontare i valori espressi nelle Unità Operative considerate.

Il livello di RP tra gli operatori sanitari oggetto di studio è Alto per il 57 %, Medio per il 22 %, e Basso per il restante 22 %.

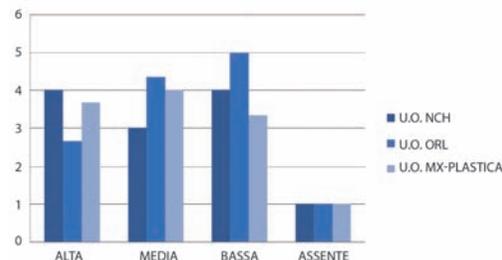
A completamento dell'analisi, si descrive nella rappresentazione grafica riassuntiva (graf. 4) il livello di *burnout* ottenuto dalla sommatoria delle

Grafico 3 - Realizzazione Personale del personale infermieristico e di supporto delle tre chirurgie specialistiche



tre sottoscale (come indicato nella tabella 1) tra gli operatori sanitari sottoposti a indagine, esprimendo in orizzontale i punteggi di codificazione del MBI nelle tre chirurgie a confronto, mentre in verticale il numero assoluto delle risposte ottenute.

Grafico 4 - Livello di *Burnout* del personale infermieristico e di supporto delle tre chirurgie specialistiche



Come si può osservare dal grafico 4:

- Il livello **alto** di *burnout* è maggiore nel personale infermieristico e di supporto dell'U.O. di Neurochirurgia (con 4 operatori), seguito dal personale dell'U.O. di Maxillo-Plastica (con 3,70 operatori), ed infine dal personale dell'U.O. di Otorinolaringoiatria (con 2,65 operatori).
- Il livello **medio** di *burnout* è maggiore nel personale infermieristico e di supporto dell'U.O. di Otorinolaringoiatria (con 4,35 operatori), seguito dal personale dell'U.O. di Maxillo-Plastica (con 4 operatori), ed infine dal personale dell'U.O. di Neurochirurgia (con 3 operatori).
- Il livello **basso** di *burnout* è maggiore nel personale infermieristico e di supporto dell'U.O. di



Otorinolaringoiatria (con 5 operatori), seguito dal personale dell'U.O. di Neurochirurgia (con 4 operatori), ed infine il personale dell'U.O. di Maxillo-Plastica (con 3,30 operatori).

- Il livello di assenza di *burnout* è equamente distribuito tra il personale infermieristico e di supporto delle tre chirurgie (1 solo operatore per ciascuna U.O.).

DISCUSSIONE

Considerando i campioni nella loro globalità, e valutando l'attività svolta dalle singole figure professionali, si potrebbe ipotizzare che l'**alto livello di EE** riscontrato tra gli operatori della Neurochirurgia, sia dovuto al loro operato in terapia sub-intensiva con costante esposizione alle condizioni limite dei pazienti neurolesi, alla morte, e alla sofferenza, dove l'obiettivo primario degli operatori è quello di salvaguardare le funzioni vitali del paziente al fine di garantirne la sopravvivenza. In Otorinolaringoiatria e in Maxillo-Plastica, al contrario, le situazioni di prognosi favorevole sono nettamente superiori a quelle delle persone assistite in Neurochirurgia e più sovente gli operatori hanno a che fare con esiti favorevoli. **Analizzando il grado di DP** tra gli operatori delle singole U.O., come dato osservazionale si può notare che il personale infermieristico del reparto di Maxillo-Plastica mostra un maggiore livello di depersonalizzazione, rispetto agli infermieri operanti in Neurochirurgia e in Otorinolaringoiatria. Una possibile spiegazione di questo risultato potrebbe essere correlato all'elevato turnover a cui è stato sottoposto il personale sanitario appartenente all'U.O. di Maxillo-Plastica negli ultimi mesi, e quindi alla mancanza di relazione, fiducia e dialogo tra i colleghi, che potrebbe portare, a lungo andare, a depersonalizzazione dell'operatore che svolge la propria attività in modo distaccato dal collega, in quanto vi è una ricerca di dialogo e di conoscenza reciproca che solo con il passare del tempo si può instaurare. È importante che tra operatori sanitari, oltre che alla capacità professionale vi sia fiducia e consapevolezza di far parte di una equipe basata sulla cooperazione tra figure. **Analizzando nel dettaglio la sottoscala della RP** tra gli operatori delle tre U.O. si sono riscontrate differenze rilevanti; il livello più alto di Realizzazione Personale si è riscontrato tra gli

operatori della U.O. di Otorinolaringoiatria a differenza del personale infermieristico della U.O. di Maxillo-Plastica e della Neurochirurgia. Si potrebbe pensare che l'alto livello di RP registrato nell'U.O. di Otorinolaringoiatria sia dovuto alla tipologia del paziente assistito, generalmente tendente al miglioramento rispetto alle condizioni d'ingresso, ed a volte alla guarigione, dove l'operatore coglie maggiormente o con più soddisfazione il risultato del proprio lavoro. Un'altra variabile che si potrebbe considerare è l'alto livello di autonomia decisionale di cui godono gli operatori sanitari nell'attuazione del piano assistenziale, dove è prioritario assicurare la pervietà delle vie aeree e un'adeguata alimentazione del paziente. La Realizzazione Personale è una dimensione intima e particolare di ciascun individuo; può essere influenzata da fattori non solo professionali ma anche appartenenti alla sfera privata dell'operatore che a volte possono condizionare positivamente o negativamente sentimenti ed emozioni; non è scontato infatti che chi riscontri successi in ambito lavorativo sia anche realizzato nel privato; viceversa non è detto che chi sia soddisfatto della propria sfera personale si senta realizzato professionalmente. Non tutti gli operatori infatti sono in grado di scindere la vita professionale da quella privata e questo può portare, se vi sono in gioco problematiche importanti, a scarsi od addirittura assenti livelli di Realizzazione Personale.

CONCLUSIONI

La ricerca presentata con l'elaborato proposto è stata utile per fotografare il livello di *burnout syndrome* negli infermieri e negli operatori di supporto, nelle U.O. di Neurochirurgia, Otorinolaringoiatria e Maxillo-Plastica nell'ospedale S. Anna di Como nel periodo di tempo antecedente una riorganizzazione aziendale che prevede la creazione di un'unità operativa integrata a breve tempo. La *burnout syndrome* è un rischio per gli operatori sanitari esercenti una professione di aiuto e deve essere preventivamente riconosciuta per essere gestita dai coordinatori infermieristici. Questo riconoscimento può essere attuato e reso possibile elaborando strategie per migliorare l'organizzazione dei servizi e delle unità di cura, e per promuovere il benessere psicologico del personale; inoltre dovrebbe rappresentare uno degli obiettivi



prioritari che il coordinatore dovrebbe quotidianamente perseguire, per garantire un ambiente di lavoro gratificante e nello stesso tempo stimolante per l'operatore tendente ad una assistenza infermieristica di maggiore qualità e sempre più qualificata. Per evitare lo scarso rendimento dell'operatore, scaturito da stress lavorativo, il coordinatore svolge un importante ruolo nel riconoscimento precoce del *burnout*. Esso propone adeguati programmi di prevenzione dello stress, attraverso strategie ben precise, mirate alla formazione degli operatori e all'organizzazione del lavoro e ad una più semplice e più qualificata gestione delle risorse umane. Possibili piani d'intervento di prevenzione del *burnout* si possono concretizzare in tecniche di conduzione di gruppi, mirate a migliorare le relazioni interpersonali dei

membri dell'equipe assistenziale, cercando di rafforzare ed aumentare il senso di solidarietà, identificazione e di appartenenza ad un gruppo professionale, capacità di confronto, comprensione della situazione, e gratificazione. Dallo studio svolto si evidenzia quindi la necessità di investire risorse e apportare strategie atte a ridurre la frequenza di *burnout* negli operatori a rischio, sia per aumentare i livelli di produttività, ma soprattutto per favorire un rapporto di collaborazione e serenità tra gli stessi operatori sanitari e tra questi gli assistiti; il coordinatore infermieristico inoltre deve realizzare interventi di prevenzione sul *burnout* tra i suoi collaboratori e deve intervenire tempestivamente dove si rende necessario con piani strategici mirati a migliorare e rafforzare le relazioni interpersonali dei membri dell'equipe.

BIBLIOGRAFIA

- Menzies I.(1970): The function of social system as a defence against anxiety Tavistock Institute, London.
- Maslach C.(1973): "Detached concern. In health and social service professions" Convegno annuale della American Psychological Association, Montreal.
- Maslach C. (1976): Burned-out. Human Behavior, 5, 16-22.
- Price, R. H. Preface to Cherniss, C. (1980). Staff *burnout*. Job stress in the human service Beverly Hills,CA and London: Sage Publications, 199 pp.
- Cherniss C. (1983): La *syndrome* del *burnout*, Centro scientifico torinese, Torino.

FONTI INFORMATICHE

www.ipasvi.it - www.nursesarea.it - www.nurse3000.it
www.psiconline.it - www.gildacentrostudi.it

*Coordinatore Inf.co UO ORL, AO S. Anna di Como

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

Intesa con la Regione sul Buono per non autosufficienti

In arrivo assegno di 1300 euro una tantum

Milano, 3.2.2010. In arrivo un bonus di 1.300 euro per le famiglie che hanno un anziano o un disabile ricoverato in una struttura residenziale e percepiscano ammortizzatori sociali o abbiano figli minori a carico. È quanto prevede l'accordo raggiunto con la Regione da Cgil, Cisl, Uil e dai sindacati dei pensionati. Complessivamente, il Pirellone ha stanziato 17 milioni di euro e prevede di rispondere alla richiesta di 13-14 mila famiglie. "È un accordo importante, il nono negli ultimi 18 mesi, che si inserisce in un'intensa stagione di intese con la Regione sul lavoro e sul reddito - ha sottolineato Gigi Petteni, segretario generale della Cisl Lombardia -

È un passo molto positivo, stiamo costruendo pezzi di welfare lombardo, dove non c'è retorica ma risposte concrete". Soddisfatti anche i sindacati dei pensionati: "L'intesa afferma il principio della solidarietà intergenerazionale - sottolinea Attilio Rimoldi, segretario generale della Fnp Cisl Lombardia - e riconosce il fatto che per la non autosufficienza occorrono aiuti concreti". La domanda va presentata presso gli sportelli territoriali delle Asl dal 15 febbraio al 5 marzo.

(Fonte CISL)





prot. ³⁶¹ /09

Como, 16 DIC. 2009

oggetto: **dimissioni dalla carica di vice Presidente**

| | |
|---|-----------|
| AL MINISTERO DELLA SALUTE | ROMA |
| AL MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE | ROMA |
| AL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA | ROMA |
| AL MINISTERO DEL LAVORO E PREVIDENZA SOCIALE | ROMA |
| AL MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E RICERCA SCIENTIFICA | ROMA |
| ALLA FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI | ROMA |
| ALL'ASSESSORE ALLA SANITA' REGIONE LOMBARDIA | MILANO |
| ALL'ENPAPI | ROMA |
| AL PREFETTO | COMO |
| AL QUESTORE | COMO |
| AL PRESIDENTE DEL TRIBUNALE CIVILE E PENALE | COMO |
| AL PROCURATORE DELLA REPUBBLICA | COMO |
| AL DIRETTORE GENERALE DELL' AZIENDA OSPEDALIERA | COMO |
| AL DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA LOCALE | COMO |
| AL DIRETTORE GENERALE OSPEDALE VALDUCE | COMO |
| AL DIRETTORE GENERALE CLINICA VILLA APRICA | COMO |
| AL DIRETTORE GENERALE OSPEDALE FATEBENEFRATELLI | ERBA |
| AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI | COMO |
| AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI FARMACISTI | COMO |
| AL PRESIDENTE DEL COLLEGIO DELLE OSTETRICHE | COMO |
| AL PRESIDENTE DI ORDINI E COLLEGI RIUNITI | COMO |
| A TUTTI I COLLEGI IPASVI | LORO SEDI |

43

A seguito delle dimissioni dalla carica di vice Presidente del sig. Varani Paolo, deliberata nella seduta di consiglio del **15/12/2009** e successiva redistribuzione della carica avvenuta nella stessa seduta, in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge , si comunica che il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Como risulta così composto:

CONSIGLIO DIRETTIVO

| | | |
|-----------------|----------|----------------------|
| Presidente | Dott. | Stefano Citterio |
| Vice Presidente | Inf. AFD | Paola Mariella Pozzi |
| Tesoriere | Inf. | Marino Ciro |
| Segretario | Inf. AFD | Maria Luisa Bianchi |
| Consiglieri | Dott.ssa | Katia Cavenaghi |
| | Inf. | Daniela Frigerio |
| | Inf. | Paola Giussani |
| | Inf. | Rosella Maffia |
| | Inf. | Michela Marzorati |
| | Inf. | Antonella Peverelli |
| | Inf. | Sandro Tangredi |
| | Inf. | Antonia Toscano |
| | Inf. | Monica Trombetta |
| | Inf. AFD | Doriana Valle |
| | Inf. | Paolo Varani |

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

| | | |
|-------------------|------|--------------------|
| Presidente: | Inf. | Mario Carrozzo |
| Membro effettivo: | Inf. | Monica Mastroserio |
| Membro effettivo: | Inf. | Oreste Ronchetti |
| Membro supplente: | Inf. | Alessandro Zampa |



IL PRESIDENTE
Dott. Stefano Citterio



COMMISSIONE FORMAZIONE

Resoconto attività formative anno 2009

44

La neo-commissione formazione ha compiuto un anno, un anno che ci ha visti impegnati nella costruzione di una proposta formativa vicina il più possibile alle esigenze degli iscritti e coerente con i suggerimenti che avete proposto. Non abbiamo trovato una soluzione a tutte le problematiche che avete esposto, prima fra tutte la difficoltà di accesso per l'iscrizione ai corsi offerti, ma contiamo, con il vostro fondamentale appoggio e i vostri preziosi consigli, di poter procedere sempre più in modo efficace. La scelta di prediligere corsi intensivi aperti a un numero ridotto di partecipanti ci sembra a tutt'oggi la strategia ottimale per garantire una formazione qualitativamente più elevata rispetto a quella offerta dai Convegni: ci sono maggiori possibilità di discussione e confronto fra i partecipanti e fra gli stessi e i docenti, è possibile sviluppare lavori di gruppo e role playing, che permettono la partecipazione interattiva dei discenti. Vengono comunque organizzati Convegni, soprattutto in occasione di ricorrenze che rivestono un significato importante per la nostra professione (Assemblea annuale, ...) e non solo, per aumentare la possibilità di partecipazione a più iscritti. Per lo stesso motivo abbiamo stipulato una convenzione con Focus Group, un'agenzia formativa con la quale abbiamo attivato due corsi di aggiornamento aperti a 150 partecipanti, il primo dei quali è previsto per il prossimo aprile e al quale è già possibile iscriversi. A questo proposito siete invitati, come sempre, a comunicarci le vostre osservazioni per poter avere una valutazione obiettiva dell'iniziativa. I temi di tutti i corsi di aggiornamento sono selezionati passando puntualmente in rassegna quelli proposti nei questionari di gradimento; in linea con gli obiettivi stabiliti all'inizio del nostro mandato, per ogni corso vengono offerte almeno due edizioni, che sono incrementate in base alla vostra domanda e alla disponibilità dei docenti. Stiamo cercando di distribuire lo svolgimento degli eventi in località diverse nel comasco (Menaggio, Erba, Cantù, Gravedona, ...) per decentralizzare l'attività formativa e raggiungere anche chi di voi risiede o lavora non propriamente in vicinanza della sede del Collegio, che rimane

comunque il luogo di incontro per gli eventi più significativi e per i quali è prevista una maggiore affluenza. Stiamo lavorando in modo tale da poter pubblicare su Agorà e sul sito del Collegio il più anticipatamente possibile, l'elenco di tutti i corsi, man mano che vengono organizzati, così che possiate scegliere quelli che stimolano maggiormente la vostra curiosità professionale e facilitare la vostra partecipazione. Abbiamo favorito anche le richieste dei liberi professionisti inaugurando un' iniziativa formativa esclusiva, con un argomento di interesse specifico segnalato da liberi professionisti, e completando l'offerta dei posti non occupati, con iscritti che non esercitano la libera professione. Siamo convinti di aver risposto almeno in parte a tali richieste e continueremo a farlo per soddisfare maggiormente i bisogni formativi di tutte le categorie, chiedendo in cambio collaborazione e partecipazione. Per incrementare le possibilità formative abbiamo sottoscritto una convenzione con Formex, società specializzata nella progettazione di attività formative a distanza, e stiamo lavorando per convenzionarci anche con il progetto ecce-in fad di Zadig. Abbiamo inviato a Formex l'elenco di tutti gli argomenti emersi da una minuziosa analisi dei questionari di gradimento di tutti i corsi effettuati lo scorso anno. In questo modo speriamo di compensare, per quanto possibile, gli argomenti che non riusciamo a proporre nei corsi di aggiornamento residenziali. Per incentivare quanti di voi hanno una predilezione per lo studio e la ricerca, vi ricordiamo che dall'anno scorso è a vostra disposizione la postazione internet presso il Collegio, con accessibilità gratuita a internet e ai principali programmi di Windows. Per lo stesso motivo ci siamo convenzionati anche con SBBL, servizio già attivo e a vostra disposizione, al quale potete accedere mediante la richiesta al Collegio della password.

Ogni evento è generalmente associato all'acquisto di un testo che chiediamo espressamente al docente, per dare modo a chi volesse, di approfondire l'argomento discusso. Di seguito pubblichiamo l'elenco di quelli acquistati lo scorso anno e disponibili presso la nostra biblioteca.



| TITOLO | AUTORE | EDITORE |
|---|---|---|
| COMMENTARIO AL CODICE DENTOLOGICO DELL'INFERMIERE ARITMIE CARDIACHE ED ECG | FEDERAZIONE NAZIONALE IPASVI I. GINOSA, S. SCELESI, R. SPERLINGA | MC GRAW HILL E.G. EDIZIONI MEDICO SCIENTIFICHE |
| TRIAGE | L. BELLETRUTTI, C. DEIANA | G. EDIZIONI MEDICO SCIENTIFICHE |
| L'INFERMIERE E LA LIBERA PROFESSIONE L'infermiere laureato specialista/magistrale: progetto formativo | L. CECCHETTO L. Gamberoni, A. Lotti, G. Marmo, G. Rocco, P. Rotondi, L. Sasso, W. Tousijn | MC GRAW HILL McGraw – Hill |
| Imparare a dirsi addio | E. Adler Segrè | Proedi editore |
| Misurare l'assistenza | C. Moiset | McGraw-Hill |

Periodicamente pubblicheremo, come di seguito, un resoconto del nostro lavoro e della vostra presenza. Fiduciosi della vostra partecipazione alle iniziative formative proposte, continueremo a riunirci per venire incontro alle vostre richieste. Scusandoci per eventuali mancanze o imprecisioni, accoglieremo ben volentieri suggerimenti e critiche costruttive. Invitiamo anche chi di voi volesse, a proporsi come docente nei diversi eventi in programma.

Auguriamo a tutti buon lavoro.

Nel 2009 sono stati formati 737 iscritti e distribuiti 6193 crediti fra corsi di aggiornamento e convegni.

Gli eventi formativi offerti e attivati sono stati:

| TITOLO EVENTO | DATA EVENTO | CREDITI | N. PARTECIPANTI |
|--|---|---------|-----------------|
| La contenzione nell'istituzione: aspetti clinici, questioni etiche, sviluppi possibili. | Como 23 gennaio 2009 | n.6 | 89 |
| Documentazione Sanitaria: un diritto per il cittadino un dovere del professionista. | Como 24 gennaio 2009 | n.5 | 175 |
| La comunicazione con la persona assistita quale strumento dell'attività professionale infermieristica. | Como 20-27 febbraio 2009 | n. 10,5 | 39 |
| L'assistenza infermieristica ai morenti e il sostegno dell'infermiere ai familiari in lutto: impegno psicologico e deontologico. | Como 6 - 13 marzo 2009 | n.14 | 30 |
| La documentazione sanitaria: aspetti giuridici della professione infermieristica. | Como 23 aprile 2009 | n. 5 | 107 |
| L'integrazione fra Infermieri e Operatori di Supporto nell'assistenza alla persona: elementi organizzativi e relazionali. | 1° ed. 30 maggio 2009 2° ed. Gravedona 6 giugno 2009 | n. 8 | 30 30 |
| Risk Management e professione infermieristica: valutazione, controllo, responsabilità. | 1° ed. Como 10/11/12 settembre 2009 2° ed. - Cantù 9/10/11 dicembre 2009 | n. 24 | 18 24 |
| Giornata di studio ed aggiornamento sul diritto del lavoro e tributario. | Como 15 ottobre 2009 | n.6 | 36 |
| L'infermiere e le scale di valutazione: conoscenza, opportunità e prospettive. | Como - 20/21/22 ottobre 2009 | n.24 | 29 |
| L'assistenza infermieristica ai morenti e il sostegno dell'Infermiere ai familiari in lutto: impegno psicologico e deontologico - II edizione. | Como 13 - 20 novembre 2009 | n. 14 | 30 |
| Il tocco e il massaggio dalla nascita alla morte. | Como 19 novembre 2009 | n. 6 | 100 |



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

La valutazione è indicata su una scala con 5 gradi di valore, dove 1 indica il valore minimo, 5 il valore massimo:

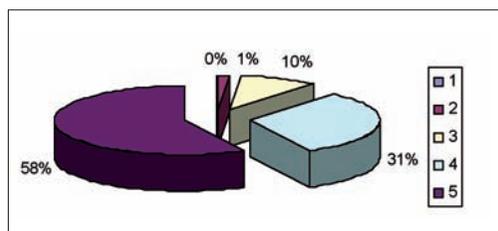
1 2 3 4 5

Dalla elaborazione dei dati è emerso quanto segue:

46

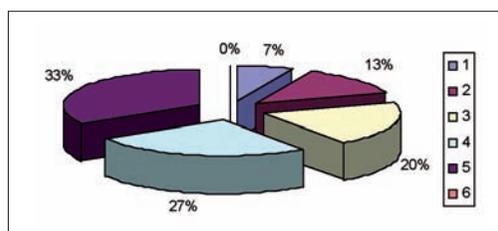
Domanda 1
L'iniziativa ha corrisposto alle tue aspettative?

| | | | | | |
|--------------------|---|----|----|-----|-----|
| Gradimento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| valutazione | 0 | 10 | 67 | 219 | 401 |



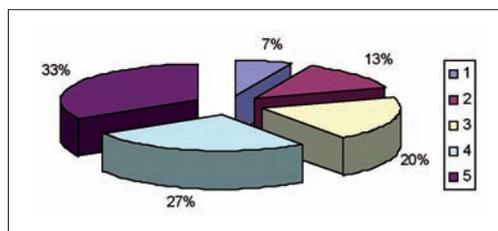
Domanda 2
I contenuti esposti hanno corrisposto alle tue aspettative?

| | | | | | |
|--------------------|---|---|----|-----|-----|
| Gradimento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| valutazione | 0 | 7 | 61 | 228 | 402 |



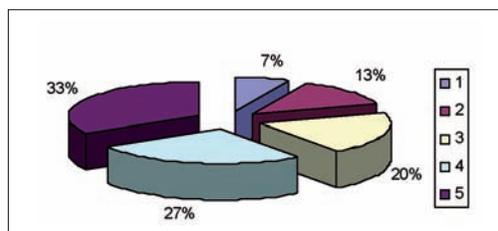
Domanda 3
Come hai trovato l'argomento trattato dai relatori?

| | | | | | |
|--------------------|---|---|----|-----|-----|
| Gradimento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| valutazione | 0 | 3 | 42 | 196 | 457 |



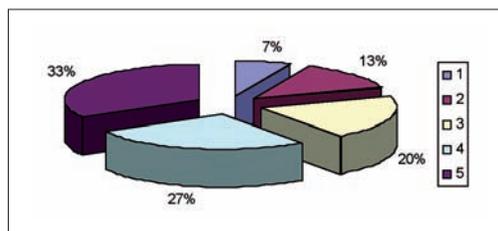
Domanda 4
A quale livello di chiarezza i relatori hanno trattato l'argomento?

| | | | | | |
|--------------------|---|---|----|-----|-----|
| Gradimento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| valutazione | 0 | 4 | 35 | 213 | 446 |



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

| | | | | | |
|--------------------|---|---|----|-----|-----|
| Gradimento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| valutazione | 0 | 6 | 32 | 222 | 438 |



Programmazione eventi secondo semestre:

| TITOLO | DATA | SEDE |
|---|-----------------------|------|
| Il dialogo strategico | 6 ottobre 2010 | Como |
| La comunicazione con la persona assistita | 11-18-25 ottobre 2010 | Como |
| Peg, stomie, eliminazione | 8 novembre 2010 | Erba |
| Salute ed immigrazione | Novembre/dicembre | Como |

FORMEX

A partire dal 2010 è stata attivata una convenzione con la società Formex S.r.l., specializzata nella Progettazione e realizzazione informatica di attività formative a distanza.

Prossimamente sarà possibile **accedere gratuitamente** al corso FAD: "Influenza pandemica da virus A N1H1 e professione infermieristica: epidemiologia, profilassi ed aspetti clinico-terapeutici".

La convenzione prevede inoltre l'acquisto dei seguenti corsi FAD:

- Le interazioni dei farmaci antidiabetici
- Le interazioni dei farmaci antinfiammatori non steroidei
- Le interazioni dei farmaci ipolipidemizzanti

Al costo convenzionato di euro 4,00 + Iva per ogni singola password di accesso acquistata.

I corsi FAD saranno disponibili prossimamente sul sito www.miformo.com

Per maggiori informazioni relative alla registrazione e all'acquisto delle password di accesso in convenzione contattate la Segreteria Organizzativa Formex

e-mail: info@formex.it Tel. 02-67074092 Fax: 02/67381775

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

Negli atenei italiani nuovi "posti" per medici e infermieri

Il ministero dell'Università ha autorizzato gli atenei italiani ad aumentare i posti per le immatricolazioni di aspiranti medici, infermieri ed audioprotesisti.

Per coprire il crescente fabbisogno di queste figure, l'aumento è stato così regolamentato: 433 posti in più a Medicina (+5%); 957 a Infermieristica (+7%) e 38 ad Audioprotesi (+16%).

Per gli infermieri, la Federazione nazionale Collegi Ipasvi stima in almeno 60mila unità il fabbisogno attuale italiano, con punte maggiori soprattutto al Nord, dove si è costretti a ricorrere sempre di più a professionisti stranieri.

Record positivo a Padova con un +20% di immatricolazioni.

Anche l'università dell'Insubria, che vanta due sedi del Corso di Laurea per Infermieri a Varese e a Como ha incrementato di 20 posti (di cui 14 c/o la sede di Como) le immatricolazioni al primo anno.

(fonte Newsletter Federazione IPASVI)



Costo:

€ 20 IPASVI

Como

€ 40 iscritti

altri Collegi IPASVI

Destinatari:

Infermieri, Infermieri

Pediatrici/Vigilatrici

D'Infanzia, Assistenti

Sanitari

Posti a disposizione:

27 iscritti IPASVI

Como n. 3 iscritti

ad altri Collegi

Data apertura

iscrizioni:

18 marzo 2010

Crediti ECM - CPD:
in attesa

La comunicazione nel gruppo di lavoro: funzioni e condizioni di efficacia

1° ed. Gravedona

Ospedale Moriggia Pelascini - 19 aprile 2010

2° ed. Como

Centro Cardinal Ferrari 3 giugno 2010

Docente dott.ssa Pierluigia Verga - Psicologa

Programma

8.30/12.00

- ▽ Premesse e intese
 - ▷ Presentazione del corso;
 - ▷ Accordo sui termini per comprenderci;
- ▽ La comunicazione quale elemento costitutivo del gruppo di lavoro
 - ▷ La componente di contenuto e di identità-relazione nel processo comunicativo
 - ▷ Caratteristiche e funzioni della comunicazione nel gruppo di lavoro
 - ▷ Condizioni di efficacia e di insuccesso della comunicazione nel gruppo di lavoro

12.00/13.30 Pausa pranzo

13.30/17.30

- ▽ Componenti del processo comunicativo nel gruppo di lavoro
 - ▷ Confronto e scambio, ascolto, esposizione, feed-back
- ▽ Gli stili comunicativi
 - ▷ Aggressività, passività, assertività
 - ▷ Conclusione e valutazione dell'apprendimento





Come già anticipato nella circolare del 22 gennaio u.s., a partire dal 2010 è stata attivata una convenzione con Focus Group, società di professionisti che si occupa di formazione e consulenza. Pertanto l'aspetto organizzativo degli eventi organizzati in collaborazione con Focus Group sarà interamente gestito dalla Società. Tutte le informazioni relative agli eventi possono essere visionate sul sito <http://www.focusg.it>

Costo:

iscritti IPASVI Como
€ 30,00 iscritti IPASVI
di altri Collegi
€ 40,00

Destinatari:

Infermieri

Posti a disposizione:

n. 150 iscritti al
Collegio di Como, 90
posti per iscritti ad
altri collegi

Segreteria**Organizzativa**

FOCUSgroup srl
www.focusg.it
info@focusg.it
Tel. 035 224072
fax 035 232980

Per iscrizioni:

La scheda di iscrizione
si può scaricare
dal sito www.focusg.it
nel quale sarà
evidenziato il numero
di posti disponibili
aggiornato.

Modalità**di pagamento:**

- **bonifico bancario**
intestato a
Focusgroup srl -
IBAN
IT21J03500111010000
00042087 (Banco di
Brescia)
- **bollettino di c/c
postale:** da versare
sul c/c n. 84479260
intestato
a FOCUSGROUP srl

Crediti ECM:
in attesa

Evento in programmazione:

Il diabete mellito: aspetti clinici e nuove possibilità terapeutiche

20 aprile 2010

Como "Auditorium" Don Guanella via T.Grossi

Docenti: dott. Ivano Franzetti - UOS di Diabetologia, Az. Osp. Univ. di Varese

dott. Gilberto Orsenigo - Ospedale Valduce di Como

Inf. Anna Satta - UOS di Diabetologia, Az. Osp. Univ. di Varese

Formatrice nazionale OSDI

Programma**8,00/12.50**

- ▷ Registrazione dei partecipanti
- ▷ Inizio lavori: Epidemiologia, fattori predisponenti e possibilità di prevenzione del diabete
- ▷ La diagnosi e la classificazione del diabete mellito
- ▷ La terapia del diabete: attività fisica e dieta (simulazione clinica)
- ▷ Il corretto utilizzo dei glucometri domiciliari (esercitazione pratica)
- ▷ La terapia con ipoglicemizzanti orali

11.20/11.40 Break

- ▷ La terapia con insulina
- ▷ La terapia insulinica e l'utilizzo dei vari sistemi di somministrazione dell'insulina (esercitazione pratica)
- ▷ Pausa pranzo

13,50/17.00

- ▷ Gestione di una crisi ipoglicemica e di una grave iperglicemia (simulazione clinica)
- ▷ Le complicanze croniche del diabete: quadro clinico, diagnosi, e terapia
- ▷ Le nuove possibilità terapeutiche
- ▷ Inquadramento di un paziente neodiagnosticato (simulazione clinica)
- ▷ Il paziente diabetico con un problema al piede (simulazione clinica)
- ▷ Compilazione questionari e Chiusura lavori



Costo:

€ 10,00 iscritti IPASVI

Como

€ 20,00 iscritti altri

Collegi IPASVI

Destinatari:

infermieri, infermieri

pediatrici Vigilatrici

D'Infanzia, Assistenti

Sanitari

Posti a disposizione:

16 iscritti IPASVI

Como n. 2 iscritti

ad altri Collegi

Data apertura

iscrizioni:

7 aprile 2010

Crediti ECM - CPD:

in attesa

Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL), un ponte verso la documentazione scientifica di qualità

**Como - Az.ospedaliera S. Anna aula informatica
7 maggio 2010**

Docenti: Idalia Gualdana, Chiara Formigoni

Programma

14.00/18.00

- ▽ Il sistema SBBL: i suoi contenuti
 - ▷ La ricerca delle informazioni: strategie di ricerca e concetti di base su data base:
 - ▷ Medline/MetaCrawler
 - ▷ Medline-PubMed
 - ▷ Embase
 - ▷ Cinhal
 - ▷ Recupero dell'articolo attraverso il Document Delivery
- ▷ Somministrazione Questionario di Apprendimento
- ▷ Somministrazione Questionario "Customer Satisfaction" e Questionario di gradimento
- ▷ Conclusioni

Giornata internazionale dell'infermiere 12 maggio 2010

La Giornata internazionale dell'Infermiere si è sviluppata nel mese di maggio in ricordo di Florence Nightingale, la fondatrice della moderna professione infermieristica che nacque il 12 maggio del 1820 a Firenze. A partire dal 1992 la Federazione nazionale Collegi IPASVI sostiene tale evento con la diffusione di manifesti che sottolineano l'impegno degli infermieri italiani sui temi della solidarietà e dell'alleanza con i pazienti e le loro famiglie. Gli slogan proposti in oltre un decennio ribadiscono tutti la scelta di stare "dalla parte del cittadino".

Quest'anno in collaborazione con Comocuore stiamo organizzando una serie di eventi informativi/formativi nel cuore pulsante della città, rivolti sia alla popolazione che agli operatori Sanitari nel periodo compreso tra il 4 e il 15 maggio pp.vv.

Chi volesse contribuire dando la propria disponibilità alla buona riuscita della manifestazione impegnandosi in prima persona, può lasciare il nominativo in segreteria.

L'appuntamento è a Como; qualche ora del vostro tempo per un 12 maggio 2010 di successo!!

Al momento dell'uscita in stampa non abbiamo ancora i dettagli completi della manifestazione, pertanto, appena disponibili, tutti gli aggiornamenti verranno pubblicati sul nostro sito internet **www.ipasvicomo.it**





COMOCUORE Onlus
ASSOCIAZIONE
GIANMARIO BERETTA
PER LA LOTTA
CONTRO L'INFARTO

Presidente Consiglio Direttivo:
Dr. Giovanni Ferrari

Presidente Comitato Scientifico:
Prof. Rodolfo Paoletti



In occasione del 25° anniversario dalla fondazione della Associazione G. Mario Beretta per la lotta contro l'infarto COMOCUORE-ONLUS

51

PREVENIRE E CURARE LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI OGGI

6-7 maggio 2010 Teatro Sociale, Como

INAUGURAZIONE

Giovedì 6 maggio

17,30

- ▷ Registrazione partecipanti

18.00

- ▷ Saluto delle Autorità
- ▷ Introduzione e presentazione del convegno: **Giovanni Ferrari**

18.30

- ▷ **Lezione magistrale:** cosa è cambiato in questi anni nella valutazione del rischio cardiovascolare?
È ancora valida l'affermazione di P.D.White "se ci ammaliamo prima degli 80 anni è solo colpa nostra e non di Dio o della natura?". E cosa rispondere a chi, avendo subito un infarto a 50 anni, afferma di non aver mai fumato, di essere normoteso e di avere un colesterolo normale?
Prof. Giuseppe Mancia

19,30 Cocktail

Venerdì 7 maggio

8,00

- ▷ Registrazione partecipanti

9.00

- ▷ Presentazione **Giovanni Ferrari**
- ▷ **Lezione magistrale:** 25 anni di prevenzione... a cosa sono serviti?
Possiamo dire che è cambiato qualcosa nella epidemiologia delle malattie cardiovascolari?
Prof. Rodolfo Paoletti

10.00

- ▷ 1° sessione



Programma
preliminare.
**Segreteria
organizzativa
Comocuore
tel. 031278862**

Crediti ECM:
in attesa

Stile di vita: dalla alimentazione alla attività fisica

Moderatori: **Mauro Santarone, Alessandro Politi**

Andrea Poli: mode, manie e verità nella alimentazione oggi.

Alfredo Vanotti: dieta mediterranea: ha ancora un ruolo nella prevenzione delle M.C.V.?

Paolo Zeppilli: cuore ed attività fisico-sportiva: benefici e rischi.

11.15

▷ 2° sessione

Medicina di genere: la donna è diversa anche nella malattia cardiovascolare?

Moderatori: **Laura Chiappa, Marco Arnaboldi**

Giovanella Baggio: la cardiopatia ischemica nella donna

Lidia Rota: l'Aterotrombosi è donna?

Mario Guidotti: non solo infarto: l'ictus nei due sessi

12,30 Colazione di lavoro

2° parte

14.00

▷ 3° sessione

L'attenzione alla organizzazione del soccorso cardiologico sul territorio: il problema della Morte Improvvisa prematura e l'Operazione Salvagente.

Moderatori: **Jorge Salerno - Santo Zerboni**

GianLuca Botto: "cuori troppo buoni per morire". Come individuare i soggetti a rischio

Mario Landriscina: cosa abbiamo ottenuto e cosa ci aspettiamo ancora dalla Operazione Salvagente: il problema del ritardo evitabile

Gianni Corrado: il Progetto MiniAnne: il futuro è nei giovani

Tiziano Moccetti: cosa succede oltre frontiera?

15.15

▷ 4° sessione

La prevenzione primaria

Moderatori: **Giovanni Ferrari - Giuseppe Osculati**

Roberto Tettamanti: Epidemiologia delle malattie cardiovascolari a Como

GianLuigi Spata: Ruolo del medico di Medicina Generale: la carta del rischio

Michele Pirovano: Educare alla prevenzione: il progetto PENSACI

Alberico Catapano - Domenico Sommariva alla luce degli studi di evidenza scientifica è giustificato l'uso di farmaci nella prevenzione delle M.C.V.?

16,30

▷ 5° sessione

Novità in tema di prevenzione e cura

Moderatori: **Giovanni Ferrari - Giuseppe Osculati**

Carlo Campana: lo scompenso cardiaco, una entità clinica in continuo aumento: strategie di prevenzione tra Ospedale e Territorio.

Santo Zerboni Il percorso di cura dell'infarto oggi: l'approccio extra e intraospedaliero.

17,30

▷ Giovanni Ferrari - **Conclusioni**

18,00 Chiusura lavori



COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE

A cura di Tangredi Sandro*

Un anno è passato dall'insediamento della nuova commissione libera professione.

Premettendo che in discontinuità con il passato sono state sospesi (a causa della scarsa adesione) gli incontri periodici tra commissione ed iscritti, nel 2009 si è provveduto ad effettuare:

- censimento dei liberi professionisti e revisione del relativo registro pubblico di cui nel precedente di agorà sono stati pubblicati gli interessanti dati che evidenziano la vivacità della libera professione infermieristica in Como e provincia.
- un aggiornamento che si è svolto il 15 ottobre us grazie alla collaborazione con la commissione formazione, alla disponibilità del dott. Bazzanella (consulente del lavoro per il collegio) e del dottor Terraneo (commercialista), aggiornamento dal titolo: "giornata di studio ed aggiornamento sul diritto del lavoro e tributario".

La partecipazione all'evento, a dispetto delle attese, è stata bassa: 120 i posti disponibili, 40 gli iscritti. Dal confronto/dibattito (è sempre una parte molto interessante degli incontri in cui si mettono in gioco i vissuti e le esperienze di ognuno) sono emersi alcuni temi che è bene condividere con gli assenti ma interessati all'argomento.

- le caratteristiche del lavoro autonomo;
- la cassa di previdenza E.N.P.A.P.I. (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica).

Caratteristiche del lavoro autonomo

Un po' di confusione è emersa sugli aspetti contrattuali del L.P., confusione che nasconde un pericolo di banalizzazione della libera professione, relegandola a prestazione di manodopera con caratteristiche tipiche del lavoro dipendente.

È intenzione del collegio predisporre un'informativa per tutti i L.P. in cui definire gli elementi minimi da soddisfare per potersi considerare lavoratori autonomi. Sull'argomento segnalò a chi fosse interessato il libro "L'infermiere e la libera professione" (disponibile presso il collegio) edito dalla Mc Graw-Hill e scritto da

Luca Cecchetto: vi troverà norme, adempimenti e modalità per l'esercizio della libera professione infermieristica. Consiglio in particolare la lettura della prefazione dell'autore, in cui in modo franco e forte, mette a nudo quali sono le insidie del mercato per la libera professione infermieristica.

La cassa di previdenza E.N.P.A.P.I.

Ipotizziamo un incontro aperto tra gli iscritti e i rappresentanti della cassa al fine di meglio comprendere le trasformazioni ed evoluzioni che ha avuto in questi anni.

È complesso spiegare tutte le attività che sono state avviate dalla cassa anche negli ultimi mesi e tra le tante evidenzierò le più importanti:

- trasferimento dei contributi dalla Gestione separata I.N.P.S.: chi ha svolto attività libero professionale autonoma o a titolo di collaborazione coordinata e continuativa (co.co.co) dal 1° gennaio 1996 ed ha versato la propria contribuzione presso la Gestione separata dell'I.N.P.S. ha ricevuto (..o riceverà) una comunicazione dalla cassa in cui si rende noto che, in convenzione con l'I.N.P.S., si è provveduto a trasferire i contributi in oggetto all'E.N.P.A.P.I. Tale operazione consente il recupero di contribuzione altrimenti persa e necessita dell'iscrizione dell'interessato all'E.N.P.A.P.I. Nota dolente: i colleghi che non risponderanno per tempo alle sollecitazioni verranno iscritti automaticamente alla cassa con il conseguente obbligo di contribuzione annuale che ne deriva. Situazione realmente paradossale di cui chiederemo spiegazioni.
- P.E.C.: l'E.N.P.A.P.I. ha attivato gratuitamente a tutti gli iscritti che hanno aderito una casella di posta elettronica certificata (la famosa P.E.C. che come ben sapete dagli articoli pubblicati nei precedenti numeri di Agorà è obbligatoria per tutti i professionisti).

Ci sarà sicuramente altra occasione in cui riprendere ed approfondire ulteriormente la materia.

Buon anno e buon lavoro a tutti!!!!



NUOVE ISCRIZIONI ALBO INFERMIERI DAL 17/09/2009 AL 19/01/2010

Alberio Laura
 Alikaj Dorina
 Antonini Marta
 Arrighi Marco
 Bassi Sara
 Bianchi Fabio
 Binda Filippo
 Biot Alix Marie Renee
 Bregova Eriselda
 Bressan Silvia
 Caccia Roberta
 Caldera Silvia
 Cali' Caterina
 Carbone Antonella
 Cerrato Monica Katie

Cesareo Elisa
 Coppola Elena
 Dumitras Gabriela Elena
 Filippini Antonella
 Fornelli Claudia
 Frigerio Elena
 Ghignone Alice
 Ghirardi Andrea
 Greco Donatella
 Imbro' Sara
 Ippolito Sonia
 Judele Stefa Lucian
 Lenzi Lorena
 Livio Daniele
 Locatelli Giulia

Locatelli Maicol
 Maggioni Marco
 Marinetti Paola
 Marzorati Giuseppina
 Massa Alessandro
 Mauro Giuseppa
 Medaglia Katia
 Nessi Cristina
 Pagani Elena
 Piazzetti Erka
 Pontiero Claudia
 Preci Ardiana
 Riillo Ilaria
 Rumi Emanuela
 Sala Tesciat Elisa Maria

Santamaria Elena
 Scaremella Luigi Alessio
 Sciannimanico Veronica
 Scorpiniti Saverio
 Speranzetti Antonia
 Stufano Aurelia
 Targa Fabio
 Tupputi Cinzia
 Turconi Valeria
 Umbalton Petronela
 Valli Elisa
 Zoanni Martina

54

NUOVE ISCRIZIONI ALBO VIGILATRICI D'INFANZIA/INFERMIERI PEDIATRICI

Giussani Elisa
 Mazza Marianna

NUOVE ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO DA ALTRI COLLEGI

Bulzan Nicolae Vasile
 Carazzina Giuliana
 Cardenas Cabezas Yotna Dionisia
 Casciello Salvatore
 Enculescu Claudia Elena

Falcone Ilenia
 Fati Aurelia
 Hodo Ilva
 Hodo Saimir
 Ionescu Corina

Jahan Israt
 Landi Vera
 Maria Michael Pathima Rani
 Matteucci Silvia Flavia
 Perparim Susaj

Sosa Alonso Irene
 Almudena
 Streppone Gerardo
 Michele
 Tunguz Zorica

CANCELLAZIONI PER CESSATA ATTIVITÀ

Balzaretti Fiorella
 Bianchi Fiorenzo
 Cesana Enrica
 Colombo Simona Nata il 03/06/1967
 Costa Maria Antonietta

Damo Antonella
 De Capitani Paola
 Fontana Maria
 Fontanive Nerina
 Gelain Donatella

Geremia Maria Laura
 Malacrida Daniela
 Mihai Gabriela
 Orlandi Arrigioni Caterina
 Partolino Graziella

Raimondo Nicolina
 Tiraboschi Cesrina
 Vescovi Giovanni
 Viviani Paola
 Zedda Antonina

CANCELLAZIONI PER TRASFERIMENTO AD ALTRI COLLEGI

Apostu Dan Valentin
 Arulanandam Bascalina

Castelli Emanuela
 Della Bella Michela

Oltean Apostu Teodora

CANCELLAZIONI PER DECESSO

Redaelli Fernanda V.I.

CANCELLAZIONI PER MOROSITÀ /IRREPERIBILITÀ/SCAD. PERMESSO DI SOGGIORNO

Apetrei Monica
 Blasco Vera Maria Angeles
 Bogiel Elzbieta
 Bonso Michela
 Bonso Monica
 Bungeanu Marilea
 Buzzoni Cinzia
 Callegari Daniele

Carnero Del Villalba Alicia Emilia
 Dasovic Nenad
 De Malde' Noris
 Della Fonte Anita
 Gasparetti Patrizia Dal Toso
 Gisbert Curto Maria Rosa
 Kalemaj Ledina
 Krimi Mohamed

Mascheroni Manuela
 Mazza Luciano
 Melas Veneranda
 Merlo Paolo
 Nunziata Vittorio
 Pini Paola Nata il 26/08/1975
 Ramos Huaylla Luis
 Sancho Sahagun Natalia

Scordamaglia Carmelina
 Scortanu Virginina
 Segalini Rosa Maria
 Spelzini Cinzia
 Spiardì Paola



SEGRETERIA INFORMA

ORARI DI SEGRETERIA

Da lunedì a venerdì 8.30/12.00 - 14.00/16.30

ORARI BIBLIOTECA

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

Orari di accesso:

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

CAMBIO RESIDENZA

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

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

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

SMARRIMENTO TESSERA

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

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

CANCELLAZIONE ALBO

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

A tale domanda vanno allegati:

- marca da bollo da € 14,62
- tessera di iscrizione al Collegio
- ricevuta di pagamento della quota di iscrizione dell'anno in corso.

Si ricorda che le richieste di cancellazione vanno effettuate entro la fine dell'anno a valere per l'anno successivo (es. la domanda per il 2011 deve essere presentata entro il 31/12/2010). Per le domande pervenute dal 1° gennaio sarà possibile la cancellazione, ma la quota per l'anno in corso dovrà essere comunque versata.

CERTIFICATI DI ISCRIZIONE

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

- direttamente ed in tempo reale presso la sede
- telefonicamente indicando le generalità del richiedente. Nel caso in cui non sia l'interessato a ritirarlo, la persona incaricata deve essere munita di delega scritta e fotocopia del documento di identità del richiedente il certificato.

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

A richiesta il certificato può essere spedito con posta prioritaria.

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

BOLLO AUTO

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

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

LIBERA PROFESSIONE

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

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

CONSULENTE DEL LAVORO

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

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

CONSULENTE LEGALE

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

COLLOQUI

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

POLIZZA R.C. PROFESSIONALE

È possibile sottoscrivere una polizza rc professionale con:

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

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

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



Elenco esercizi commerciali convenzionati con il Collegio Ipasvi di Como

56

| ESERCIZIO COMMERCIALE | TIPO DI CONVENZIONE | MODALITÀ DI ADESIONE |
|---|---|--|
| CENTRO BENESSERE PAOLA POGGI Via Dante, 2 - Cantù - 031/7073559 lun/ven dalle 10,00 alle 20,00 | Sconto del 20% su servizi relativi al rimodellamento della figura femminile nonchè del benessere fisico. | Consulento gratuito su prenotazione. Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| CENTRO ESTETICO LARIANO Via Napoleona, 24 - Como 031/590335 | Sconto del 10% sui servizi offerti. | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| CENTRO ESTETICO PROFESSIONALE EDEN Via Fratelli Recchi, 7 - Como 031/570367- 570571 | Sconto dal 10% al 40% a seconda dei programmi e trattamenti | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| ISTITUTO DEL MASSAGGIO Via Bellinzona, 27 - Como Tel. 031/573818 | Sconto del 10% su trattamenti curativi ed estetici. Sconto del 15% su abbonamento | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| LA CITTÀ DEL BENESSERE Via dei Mille, 5 - Como 031/278483 | Sconto del 10% su: tutti i trattamenti estetici tutti i prodotti per la cura della persona tutta la regalistica e la bigiotteria | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| LARIO LIBRI SRL Via Montorfano, 47 - Lipomo Tel. 031/280180 | Sconto del 10% sui testi scolastici, parascastici e compiti per le vacanze. Sconto 15% varia adulti e ragazzi editori maggiori. Sconto 20% dizionari ed atlanti (escluso greco e latino). Sconto 25/30% promozioni. | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| LGM SANITARIA di La Greca Massimiliano Via Fratelli Cervi, 2 - Cermenate Tel. 031/722630 - 031/722431 cell. 393/7497426 | Sconto del 10% su tutti i prodotti commercializzati tranne quelli già in promozione | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| LIBRERIA GIUNTI DEMETRA SRL c/o Cantù 2000 - C.so Europa, 23 - Cantù Tel. 031/714606 | Sconto del 10% su tutti i libri esclusi i prodotti con IVA | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| LIBRERIA MENTANA Via Mentana, 13 - Como - Tel. 031/270209 | Sconto del 15% su tutti i libri presenti | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| OTTICA MONTORFANO S.A.S. Via F.lli Rosselli, 13 - Como 031/572518 | Sconto del 20% su: montature da vista e sole lenti oftalmiche lenti a contatto annuali | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| ESERCIZIO COMMERCIALE PALESTRA LARIO Via Bellinzona, 35/A - Como - Tel. 031/570640 | Sconto del 20% su ogni tipo di abbonamento, corso o lezioni private (anche per familiari o conviventi) | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| RANCH MA.LU Via Olcellara, 24 - Cavallasca Tel. 031/539988 | Sconto del 10% su cene, consumazioni bar, passeggiate a cavallo ecc. (anche per familiari) Iscriz. Annuale € 10,00 | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| STUDIO COMMERCIALISTI ASSOCIATI SALERNO E BRUNETTI Via dei Mille, 5 - Tel. 031/270321 | Sconto del 10% su prestazioni professionali di carattere fiscale, contabile, denunce, paghe e contributi | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| STUDIO MEDICO DENTISTICO INCERRANO Dr. SERGIO E ASSOCIATI Via D. Guanella, 6 - Montano Lucino Tel. 031/471779 | Sconto su prestazioni professionali | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |
| TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE Via Dei Mille, 5 - Como - Tel. 031/275049 | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como | Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como |



POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

A cura di Inf. Marino Ciro Tesoriere

Obbligatoria per tutti i Professionisti e per le Aziende. il D.Legge n. 185 del 29/11/2008 convertito nella legge n. 2 del 28/01/2009 prevede che tutti i Professionisti e le Aziende debbano dotarsi di una casella di posta elettronica certificata.

Per i Liberi Professionisti l'Ente ENPAPI ha rilasciato a tutti i suoi iscritti una casella PEC gratuita che per essere funzionante deve essere attivata via WEB: ricordiamo che chi non avesse ancora ricevuto il modulo di attivazione da ENPAPI lo deve richiedere urgentemente all'Ente stesso.

Per quanto riguarda tutti gli altri cittadini italiani e quindi anche gli **Infermieri dipendenti** invece, il Ministro dell'Innovazione Brunetta aveva annunciato l'attivazione di 30 milioni di caselle gratuite firmando un protocollo di intesa con l'INPS ed ACI, ma ad oggi le caselle attive sono 20.000 distribuite dall'Inps e circa 10.000 distribuite dall'ACI. Il totale generale evidenzia un'attivazione complessiva di circa 400.000 caselle PEC a livello Nazionale. Bisogna fare attenzione perchè questa PEC è idonea solo per colloquiare con la Pubblica Amministrazione, crea un domicilio elettronico e pertanto il cittadino che la scarica autorizza la Pubblica Amministrazione ad inviare a quel domicilio tutto quanto vogliono comunicargli (multe, ingiunzioni ecc.) e che tali notifiche sono legalmente valide anche se non arrivate o lette; quindi non è una PEC ma una CEC-PAC (Casella Elettronica Certificata Pubblica Amministrazione Cittadino). Chi vuole attivarla, deve recarsi presso la delegazione ACI di Como con C.d'l. e Cod. Fiscale, firmare il modulo di adesione e l'ACI rilascerà le credenziali di accesso.

57

Posto che è obbligatoria una casella PEC per tutti i Professionisti iscritti agli Albi, posto che tutti i Collegi/Ordini devono pubblicare l'elenco dei propri iscritti con relativo indirizzo PEC, vista l'evidente criticità della Professione Infermieristica che annovera tra suoi iscritti il 93% di dipendenti che evidentemente non hanno rapporti diretti con la Pubblica Amministrazione, è in corso un tavolo tecnico con il Ministero dell'Innovazione che, sentiti gli Ordini Professionali, stabilirà le modalità di pubblicazione da parte dei Collegi/Ordini dell'elenco degli iscritti con il proprio indirizzo PEC.



FORMAZIONE IN AGORA

- Percorso clinico assistenziale alla persona con demenza in ambito ospedaliero, residenziale, domiciliare - Padova 01/02 marzo 2010
- Management sanitario: analisi organizzativa - Padova 11/12 marzo 2010
- Assistenza alla persona in condizioni critiche: BLS-D sostegno e ripristino delle funzioni vitali con defibrillatore - Padova 15/16 marzo 2010
- Motivazione e consapevolezza professionale: per essere per fare - corso base - Padova 18/19 marzo 2010
- Management sanitario - integrazione organizzativa della risorsa umana Padova 08/9 aprile 2010
- Il governo organizzativo nelle strutture residenziali territoriali - Padova 13/14 aprile 2010
- Assistenza alla persona in condizioni critiche: BLS sostegno e ripristino delle funzioni vitali con i presidi sovraglottici - Padova 19/20 aprile 2010
- Diagnosi infermieristiche con talassonomia NANDA-I-2009-2011 e applicazioni modello Gordon - Padova 22/23 aprile 2010
- Management sanitario - modelli organizzativi del lavoro - Padova 06/07 maggio 2010
- Motivazione e consapevolezza professionale: il ricevere e il dare nella relazione terapeutica io-tu - corso base 2 - Padova 27/28 maggio 2010
- Pianificazione assistenziale infermieristica con modello Gordon e tassonomia NANDA - I NOC e NIC. Padova 03/04 giugno 2010
- Il governo clinico e gli strumenti gestionali nelle strutture residenziali - Padova 07/08 giugno 2010
- Metodologia della ricerca per le professioni sanitarie: progetto e redazione di un lavoro di ricerca/tesi - Padova 17/18 giugno 2010

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

ASSOCIAZIONE SCIENTIFICA ANTI CRIMINE

- La professione d'aiuto di fronte alla violenza familiare - Modena 13 marzo 2010
Info: info@asacitalia.it - www.asacitalia.it - tel. 340/6829198 - fax. 059/49068142

PROGEA

- La gestione dei farmaci in ospedale. toolkit per la qualità e la sicurezza dei farmaci. Milano 16 marzo 2010.
Info: info@progeaconsulenza.it - tel. 02/58302994 - fax. 02/58304147

ACCADEMIA SCIENZE INFERMIERISTICHE

- Il binomio responsabilità professionale e leadership infermieristica - 18 marzo 2010 Milano
Info: accademiascienzefinf@gmail.com - www.accademiascienzefinfermieristiche.com

MAGGIOLI FORMAZIONE E CONSULENZA

- La determinazione del fabbisogno di personale in sanità: metodi e strumenti operativi - 14-15-16 aprile 2010 Verona
Info: formazione@maggioli.it - www.maggioli.it/formazione - tel. 0541/438411 - fax. 0541/438412
- La turnistica in ambito sanitario. Problematiche giuridico-contrattuali, organizzative e professionali - 9-10-11 giugno 2010 Roma
Info: formazione@maggioli.it - www.maggioli.it/formazione - tel. 080/5018697 - fax. 080/5024566

G.I.T.I.C.

- XII Congresso Nazionale nursing cuore 2010 - 16/17 aprile 2010 Milano Marittima Cervia (Ra)
Info: info@gitic.it inf@expopoint.it - www.gitic.it - tel. 031/748814 - fax. 031/751525

CORPO NAZIONALE SOCCORSO ALPINO

- Gestione vie aeree in emergenza. Materiali, metodi e strategie... con l'occhio del soccorso alpino - Varese 23-24 aprile 2010
Info: nadia.tansini@centrovolta.it - www.centrovolta.it - tel. 031/579812 - fax. 031/573395

SANICADEMIA

- 2° Convegno internazionale di Geriatria e Gerontologia "Geriatria interdisciplinare" - Venezia 28 aprile - 1 maggio 2010
Info: info@sanicaademia.eu - www.sanicaademia.ed - tel. 43/(0)4242/22400 - fax. 43/(0)4242/208-1979

ANTIFORMA

- La valutazione delle ricadute organizzative e l'impatto sul cliente esterno - 3/4 marzo 2010
- Il modello organizzativo per intensità di cure nella nuova logica della salute - 11/12 marzo 2010
- Prendersi cura di sé per prendersi cura dell'altro - 26/27 marzo 2010
- La formazione sul campo: metodi e progettazione - 22 aprile 2010
- Costruire lo "standard di servizio" come contratto dell'unità operativa e per il paziente - 10-17-18 maggio 2010
- L'approccio etno-culturale in sanità 20/21/22 ottobre 2010
- La comunicazione di diagnosi - 16/17 novembre 2010.

Sede dei corsi Milano. Info: www.antiforma.it - a.giannitrapani@antiforma.it - tel. 02/28970249 - fax. 02/26111976



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 D.Lgs. 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 _____



Regole di gestione del SSSR per il 2010

Deliberate dalla Giunta Regionale lo scorso 16 dicembre, le Regole per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2010 confermano, inquadrandole organicamente, le varie novità introdotte durante il 2009, come l'estensione del ricettario a tutti i medici specialisti delle strutture pubbliche e private a contratto o l'obbligatorietà dell'indicazione del quesito diagnostico sulle prescrizioni.

Le indicazioni contenute si basano su una proposta di bilancio regionale che prevede un incremento delle risorse disponibili per il prossimo anno dello 0,41%, pari a 67 milioni di euro, cui andrà aggiunta un'integrazione di risorse la cui entità sarà definita dopo il riparto del Fondo Sanitario Nazionale tra le regioni.

Anticipiamo qui alcuni dei contenuti più significativi delle regole per il 2010:

- Nel pieno rispetto dei tempi previsti, grazie al rigoroso controllo delle attività di realizzazione e alla gestione delle risorse, saranno attivati il nuovo blocco Sud dell'Ospedale Niguarda di Milano e quattro nuovi ospedali: Bergamo, Como, Vimercate e Legnano.
- Per quanto riguarda la verifica della qualità dei servizi erogati dalle varie strutture, come nel 2009 verranno sottoposti a controllo il 10% dei ricoveri e il 3,5% delle visite specialistiche.
- Verranno incrementati i controlli sui tempi d'attesa, col monitoraggio di tutti gli erogatori attraverso almeno dodici rilevazioni annuali; saranno inoltre individuate alcune strutture campione, scelte su tutto il territorio regionale, che dovranno inviare settimanalmente i dati alla Direzione Generale. Entro il 2010 si prevede l'indicazione sul portale web regionale delle strutture con i più bassi tempi di attesa per le prestazioni più richieste.
- Vengono confermate tutte le esenzioni dal ticket finora adottate, che per la specialistica e la farmaceutica interessano rispettivamente il 70% delle prestazioni erogate e il 60% delle ricette prescritte.
- Viene prevista l'attivazione della macroattività ospedaliera di chirurgia ambulatoriale a bassa intensità con l'obiettivo di coniugare la sicurezza degli interventi (che continuano ad essere effettuati in ambiente protetto ospedaliero con la disponibilità di posti letto tecnici di osservazione) con una maggiore flessibilità e snellezza organizzativa da parte delle strutture. In prima applicazione queste attività riguarderanno prevalentemente interventi ortopedici quali l'artroscopia ed alcuni interventi su mano o piede. Per queste prestazioni non sarà previsto il pagamento del ticket.
- Viene consolidato il SISS, l'infrastruttura informatica che supporta l'attività del sistema sanitario anche grazie all'integrazione definitiva di tutti gli erogatori privati e la digitalizzazione delle cartelle cliniche, a partire dalle ASL di Cremona e Mantova. Sarà anche consolidato il servizio di prenotazione di prestazioni specialistiche ed esami diagnostici tramite il Call Center Regionale, in modalità integrata SISS, sviluppando il sistema per l'esclusione delle duplicazioni.

Il 2010 segnerà anche lo sviluppo di nuovi progetti per ridefinire il rapporto tra le realtà ospedaliere e il territorio: nella zona di Milano Nord sarà avviata la sperimentazione dell'assistenza domiciliare dei pazienti cronici (affetti ad esempio da ipertensione o BPCO), grazie al supporto



web-based che permette alla centrale operativa di rilevare in tempo reale i principali parametri vitali di un cittadino.

La delibera con gli allegati e la circolare esplicativa sono disponibili all'indirizzo

http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_Sanita%2FDetail&cid=1213332401768&pagename=DG_SANWrapper

Infermieri sui treni: presentate due proposte di legge

I sindacati dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza dei ferrovieri (RIs) hanno scritto una lettera al ministro della Salute, Ferruccio Fazio, per denunciare il fatto che, per chi viaggia o lavora in treno, mancano norme specifiche di Primo soccorso.

Un problema di cui il Parlamento si è già interessato, come dimostrano le due proposte di legge presentate da Pdl e Pd e che prevedono la presenza di un medico e di un infermiere a bordo per garantire l'assistenza sanitaria sui treni con percorrenza superiore ai 600 chilometri, per le tratte di almeno otto ore e per quelle di 90 minuti senza fermate intermedie. Sulla necessità di assicurare un'adeguata assistenza medica ai passeggeri, sono d'accordo centrodestra e centrosinistra. "Pensiamo – ha spiegato Gabriella Carlucci, prima firmataria di una delle due proposte di legge della maggioranza – al sorgere di eventuali disturbi o all'affacciarsi di dolori improvvisi e al conseguente stato di ansia mentre si è su un treno che deve raggiungere, quanto prima, una stazione per ricevere le cure. Il tempo di percorrenza va reso più sicuro con l'istituzione di un servizio di assistenza". "Il trasporto ferroviario – le ha fatto eco Giuseppina Servodio, prima firmataria della proposta del Pd, sottoscritta da altri 18 deputati, tra cui l'ex ministro della Salute Livia Turco – è usato da tanti cittadini e tante sono le richieste per incrementare la loro sicurezza in materia di salute durante il viaggio. In Europa, sono già state avviate simili iniziative: l'Italia deve adeguarsi".

(fonte Newsletter Federazione IPASVI)

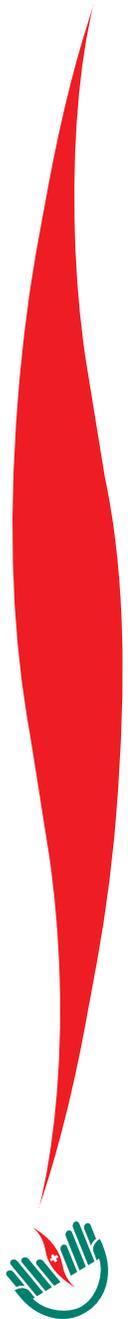
Nuovo decreto fasce reperibilità per la malattia

È stato emanato il Decreto Ministeriale sulle nuove fasce di reperibilità in caso di assenza per malattia che è entrato in vigore dal 20/01/2010 con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Il Decreto è stato emanato in applicazione a quanto previsto dall'articolo 69 del D.LGS 150 del 2009, che ha innovato il D.LGS 165 del 2001 con l'introduzione dell'articolo 55 septies. Il decreto amplia di tre ore le fasce di reperibilità, ma nel contempo introduce per la prima volta alcune esclusioni all'obbligo della reperibilità collegate a particolari situazioni rimaste finora indefinite.

Ecco un estratto del **DECRETO 18 dicembre 2009, n. 206, pubblicato in gazzetta il 20 gennaio 2010.**

Art. 1 Fasce orarie di reperibilità

1. In caso di assenza per malattia, le fasce di reperibilità dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni sono fissate secondo i seguenti orari: dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 18. L'obbligo di reperibilità sussiste anche nei giorni non lavorativi e festivi.



Art. 2 Esclusioni dall'obbligo di reperibilità

1. Sono esclusi dall'obbligo di rispettare le fasce di reperibilità i dipendenti per i quali l'assenza è etiologicamente riconducibile ad una delle seguenti circostanze:
 - a) patologie gravi che richiedono terapie salvavita;
 - b) infortuni sul lavoro;
 - c) malattie per le quali è stata riconosciuta la causa di servizio;
 - d) stati patologici sottesi o connessi alla situazione di invalidità riconosciuta.
2. Sono altresì esclusi i dipendenti nei confronti dei quali è stata già effettuata la visita fiscale per il periodo di prognosi indicato nel certificato.

Associazione infermieri liberi professionisti italiani – AILPI

Il giorno 27 dicembre 2009 è stata costituita l'Associazione AILPI.

L'associazione ha il prioritario obiettivo, in un momento di forte crescita dell'esercizio autonomo della professione, di costituire un punto di aggregazione per svilupparne ancora di più, attraverso le proprie attività, la conoscenza sul territorio nazionale.

Sede dell'associazione: Roma Piazza della Libertà, 13 00192 info@ailpi.it ailpi@pec.it www.ailpi.it

Pronto il nuovo Regolamento Ecm

Partirà a breve il nuovo sistema per l'Educazione Continua in Medicina (Ecm), grazie all'approvazione da parte della Commissione nazionale Ecm del nuovo programma per gli accreditamenti degli eventi formativi. Si tratta di una serie di documenti applicativi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009, che regolameranno con criteri e standard omogenei in tutta Italia il sistema della formazione continua dei professionisti sanitari.

In arrivo dalla Commissione, anche il documento che indica le sanzioni per le violazioni, a seconda che siano "lievi, gravi o molto gravi", già alla firma del ministro della Salute.

Nei prossimi mesi, si prevedono incontri con le parti sociali per definire eventuali incentivi agli operatori sanitari.

Il nuovo sistema introduce alcune importanti novità: **l'accreditamento dei provider** e non più degli eventi; la formazione a distanza; la vigilanza del Comitato di Garanzia sull'indipendenza dell'Ecm dal sistema di sponsorizzazione, per citarne alcune.

Il Regolamento appena approvato, pur fornendo delle linee-guida per i provider non è un testo intoccabile: previsto, infatti, un aggiornamento periodico.

La Commissione ha prodotto pure due documenti specifici: uno per la formazione "sul campo", l'altro sui criteri per l'assegnazione dei crediti.

(fonte Newsletter Federazione IPASVI)



Raggiunti importanti intese OOSS/REGIONE lo scorso 4 febbraio

In data 4 febbraio 2010 le Organizzazioni Sindacali del Comparto Sanità Regionali hanno raggiunto degli accordi importanti con la Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia – Comparto sanità –

Ecco la sintesi delle intese raggiunte.

Preintesa personale precario;

Personale stabilizzabile:

- Personale con contratto stipulato entro la data del 28 settembre 2007 che abbia maturato, o che maturerà, nel quinquennio precedente, i tre anni di lavoro, presso l'Azienda, anche non consecutivi;
- Personale in servizio al 31 dicembre 2009, che matura entro il 2012 i tre anni di lavoro, presso l'Azienda, anche non consecutivi nel quinquennio.
- Così come previsto dal punto 5 le stabilizzazioni riguardano anche le professioni appartenenti alle categorie A e B, con le stesse modalità, se i lavoratori interessati hanno già sostenuto prova selettiva al momento dell'assunzione, con prova di idoneità se detta prova non è stata sostenuta.
- Rientrano nel conteggio dei posti da stabilizzare anche tutte le attività sanitarie e quelle ritenute core, che oggi sono garantite con cooperative sociali o con contratti di somministrazione.
- Le parti concordano che per quanto sopra alla copertura di posti a tempo determinato dovrà corrispondere una riduzione di contratti a tempo determinato, di lavoro somministrato e di cooperative sociali.
- Quanto previsto dal comma 3 riveste notevole importanza, perché l'obiettivo dichiarato dalle parti infatti è quello di giungere all'utilizzo del lavoro a tempo determinato solo per esigenze straordinarie e di procedere alla stabilizzazione di tutto il personale in tempi brevi.

Linee di indirizzo Regionali per i Contratti Integrativi Aziendali;

da sottolineare a riguardo che trattandosi di linee di indirizzo le materie non sono state oggetto di contrattazione ma solo di confronto ai fini della condivisione, ciò nonostante riteniamo di essere riusciti a far inserire dei punti che noi riteniamo qualificanti, quali:

- La conferma di validità dell'art. 40 CCNL 7 aprile 1999, con quanto riportato risulta evidente che le cifre previste dal citato articolo sono totalmente esigibili;
- Possibilità di definire in sede aziendale eventuali soluzioni in deroga alla previsione contrattuale in materia di mobilità interna.
- Inserimento della formazione nei piani strategici della Regione Lombardia e quindi delle aziende.
- Incremento delle risorse aggiuntive Regionali per un valore pari allo 0,8% a partire dal 1 aprile 2010.

Ticket mensa;

Il ticket mensa è stato incrementato al valore nominale di € 9,00, riconosciuto solo al personale che utilizza i ticket, mentre per il restante personale che utilizza la mensa eventuali trattative derivanti anche da questo accordo dovranno e potranno essere portate a livello aziendale.

(Fonte CISL e UIL Provincia di Como)





Soins intensifs. 4/7/05

Queste immagini sono tratte da un libro che raccoglie la maggior parte dei disegni eseguiti da Marie Michèle Poncet durante un suo ricovero negli ospedali. Antoine e S. Maurice a Parigi, avvenuto a seguito di una frattura accidentale di femore mentre già era in cura per una malattia ematologia. Le immagini sono accompagnate da brevi didascalie e precedute e seguite da alcuni testi, in parte di Marie Michèle, in parte di amici di Marie Michèle, che hanno riconosciuto nei suoi disegni non solo il valore artistico di un'esperienza testimoniata, ma anche una valenza educativa e di conoscenza inerente la professione medica e infermieristica, al punto da desiderare di farne un libro destinato a pazienti e curanti.

Posso uscire dalla mia camera:
ritornare a vedere la mia camera
in terapia intensiva.
Vedo due infermiere chine
con attenzione e rispetto su un uomo.
Vedo l'icona della Trinità di Rublev.

*je peux sortir de ma chambre :
je retourne voir celle des soins intensifs,
je vois deux infirmières penchées avec
attention et respect vers un homme .
je vois l' 'Icône de la Trinité' de Roublev.*

Tratto da "Il Bouquet di peonie. Quaderno di viaggio all'ospedale"
Disegni di Marie Michèle Poncet - Edizioni ITACA

