



Aprile - Giugno 2010 - N. 45

Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

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

La rivista è consultabile sul sito www.ipasvicomo.it

<i>Editoriale</i>	2
ATTUALITÀ	4
• 12 maggio 2010 Giornata Internazionale dell'Infermiere	4
• Protagonisti della giornata dell'infermiere, chi c'è dietro questo successo?	10
• Cosa bolle in pentola	11
• Nuove Cattedre per i docenti delle professioni sanitarie?	14
• Libera professione intramuraria per gli infermieri	16
• Sentenza Corte di Cassazione n. 14603/2010 e parere Federazione Nazionale	18
Dalla parte del bambino	
Il maltrattamento e l'abuso sessuale sul bambino: Approccio in Pronto Soccorso Pediatrico al Regina Margherita di Torino	20
È evidente che...	
Gli interventi infermieristici di igiene del cavo orale possono contribuire alla riduzione delle infezioni respiratorie dell'anziano	25
Cure complementari	
Aspettando l'estate	30
Posta e risposta	32
News from the web	33
ARTICOLI ORIGINALI	34
• Le novità dell'ECM per il 2010 e per la formazione futura	34
• Applicazione del modello del Case Management all'interno di un servizio psichiatrico territoriale	37
• La continuità assistenziale tra ospedale Valduce e Asl di Como	43
DAL COLLEGIO	47
• Commissione libera professione	47
• Regolamento pubblicità sanitaria	48
• Commissione formazione	49
• Nuove iscrizioni e cancellazioni	58
• Polizza infortuni per iscritti al collegio	62

COSA DÀ VALORE ALLA NOSTRA PROFESSIONE?

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

Una collega recentemente mi ha espresso alcuni aspetti critici della nostra professione dettati dalla sua attuale esperienza lavorativa. Con una significativa dose di realismo questa collega esprimeva il rammarico di non vedere valorizzato a sufficienza il ruolo degli infermieri dentro l'organizzazione ospedaliera in cui lavora da diversi anni e, di non rilevare significative distinzioni di ruolo o gratificazioni tra gli infermieri tese a far emergere coloro che garantiscono maggior impegno e professionalità superando anche i limiti e le storture del sistema (e dei colleghi) in cui lavorano. In poche parole ciò che manca è la valorizzazione del ruolo e dei singoli, spesso considerati senza distinzione effettiva fra chi si impegna e chi vive alla giornata. Ripensando alle parole della collega, cariche di esperienza e non classificabili come esercizio di un lamento spesso diffuso nelle nostre corsie di Ospedale (come in tutte le strutture lavorative in genere) le risposte possibili si possono collocare a diversi livelli.

Esiste un primo livello di risposta, che vorrei definire "tecnico-professionale", che prende in considerazione il contesto intra-professionale ed extraprofessionale nel quale ci troviamo ad operare.

Se partiamo dall'interno della nostra professione ci rendiamo conto che fino a poco più di 10 anni fa la nostra attività era ancora regolata da un mansionario con una formazione non ancora universitaria. Se consideriamo lo sviluppo disciplinare, quello formativo, e organizzativo e contrattuale ci possiamo rendere conto che i traguardi raggiunti dalla professione negli ultimi anni sono certamente molti ma tutti ancora da consolidare.

I docenti universitari nei settori scientifico disciplinari caratterizzanti i corsi Universitari delle professioni sanitarie sono in maggioranza medici (84%). Per quanto riguarda il settore med. 45, i docenti infermieri (prof. associati o ricercatori) sono 28 (vedi grafico n. 1), relativamente pochi rispetto al n. di matricole e corsi avviati ma significativamente maggiori rispetto alle altre professioni sanitarie coinvolte. Altro dato significativo da ricordare è che solo negli ultimi anni il numero delle domande sta superando il numero dei posti disponibili nel percorso formativo (vedi grafico n. 2) senza, tuttavia, garantire ancora il necessario turn-over legato alle cessazioni dal servizio (pensionamenti + abbandoni precoci) e la selezione dei candidati che garantisca migliore qualità.

Anche **la ricerca infermieristica** è tutt'oggi agli inizi per quanto si osservi una crescita culturale diffusa. Infatti i risultati ottenuti possono avere scarsa generalizzazione, bassa rappresentativa e rischio di interferenza (Bongiorno, Colleoni, Casati 2005). La ricerca inf.ca non è più agli albori ma in fase di consolidamento.

Il quadro contrattuale in cui ci muoviamo mal si adatta alla flessibilità e alla differenziazione richieste ad una professione, accentuando le criticità sollevate dalla collega. Alcuni strumenti di valorizzazione pur presenti sono, a conti fatti, poco incidenti e scarsamente visibili (es. pagellina individuale, parte variabile del coordinamento). Ad oggi, la valorizzazione dei Master clinici è ancora da realizzare.

Consideriamo poi, che solo dal 2008 sono possibili i concorsi di ruolo per la dirigenza delle professioni sanitarie, ancora troppo in minoranza rispetto al totale degli altri dirigenti sanitari presenti ai diversi livelli decisionali di una struttura per poter influenzare a sufficienza i processi.

I modelli organizzativi più rappresentati risentono ancora fortemente del modello per compiti o funzionale, così come la diffusione delle metodologie di lavoro per obiettivi o legate alla pianificazione assistenziale non è così ampia da garantire una valutazione quali-quantitativa dei risultati dell'assistenza infermieristica erogata.

Dal punto di vista extraprofessionale il contesto economico e lavorativo incentrato sulla scarsità delle risorse e più sulla ricerca dei tagli da effettuare che sullo sviluppo, non induce ad essere ottimisti sul futuro (vedi blocco della contrattazione per i pubblici dipendenti, pensione a 65 anni anche per le donne). Ritengo che il contributo degli infermieri debba essere rivolto al miglior utilizzo delle risorse disponibili.

Gli infermieri non sono tra i principali ordinatori di spesa ma in molti casi possono contribuire ad allocare correttamente le risorse e a ridurre gli sprechi in modo significativo (es. corretto utilizzo dei presidi, attenzione alla prevenzione delle infezioni, al corretto utilizzo del personale coordinato, ecc.). Senza eccedere in ulteriori commenti mi limito ad osservare che la scarsa rappresentanza professionale a livello politico degli infermieri, di certo, non aiuterà la valorizzazione e la crescita professionale.

Ricordiamoci che in parlamento siede un solo infermiere e, se a questo aggiungiamo le situazioni analoghe che si registrano in tutti consigli regionali, provinciali e comunali ci rendiamo conto come il "peso politico" della nostra categoria sia praticamente assente. Che ci piaccia o no, certe decisioni hanno una stretta valenza politica.

Tutto ciò, comunque, non esaurisce l'interrogativo della collega.

Un ulteriore possibile livello di risposte scava un po' più nel profondo e va alla ricerca del valore della nostra professione. **Che cosa dà valore al nostro essere infermieri oggi? Per che cosa vale veramente la pena svolgere una così faticosa ed impegnativa professione? Può un ragazzo di oggi trovare nella nostra professione un punto di risposta all'urgenza di significato che la vita si porta dietro?**

Ciascuno probabilmente ha e può cercare la propria risposta individuandola nel riconoscimento sociale ed economico, nella gratificazione del rapporto con le persone assistite, nella carriera e nel riconoscimento dei colleghi e dei superiori e così via.

Questo **percorso di senso** è "personale e non cedibile", riguarda cioè ciascuno di noi, ognuno con la propria storia, i propri desideri. Ciò che è importante è non censurare ciò che si desidera veramente confrontandolo lealmente con le esigenze del nostro cuore. Un libro che ho letto recentemente

racconta la storia di un uomo, Mario Melazzini, medico e malato di SLA che, senza censurare nulla di sé (anche il desiderio di suicidarsi) descrive la propria esperienza nei confronti della malattia che è paradigmatica di una posizione umana che può essere di aiuto a vivere più intensamente ciò che ci accade, anche e soprattutto dentro il nostro lavoro.

Concludo citando Florence Nightingale, nella ricorrenza dei cento anni dalla sua morte, che ci ricorda la ricchezza e l'opportunità che la nostra professione può offrire: *"L'assistenza è un' arte; se deve essere realizzata come un' arte, richiede una devozione totale e una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore; con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano, il tempio dello spirito di Dio. È una delle belle arti. Anzi, la più bella delle Arti Belle"*.

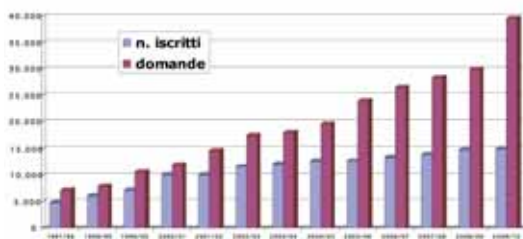
Buone vacanze a tutti.

Grafico n. 1 - Docenze Universitarie nelle professioni



Totali: Medici (86%), Professioni (14%)

Grafico n. 2 - Andamento posti corsi di laurea/domande CdL. Infermiere



Rapporto domande/posti

In costante aumento: ultimo a.a.: 2,6 D/P, differenze tra nord (1,9) centro (2,1) e sud (5,1)

Bibliografia

- AA.VV, "La produzione scientifica infermieristica italiana ...", Professioni Infermieristiche n. 4/2005
- AA.VV, "Indagine conoscitiva sulle ricerche pubblicate in sei riviste infermieristiche italiane dal 1998 al 2003", Professioni Infermieristiche n. 4/2005
- M. Melazzini, M. Piazza, "Un medico, un malato, un uomo", LINDAU - Torino, 2008, Prefazione di Livia Turco;
- Rapporto Mastrillo 2010;
- E. Manzoni, "A cento anni dalla morte di F. Nightingale: un'eredità che prepara il futuro" L'infermiere n. 2/aprile 2010.





Giornata Internazionale dell'Infermiere "A tutto cuore tra la gente"



L'intervento della presidente regionale dell'OSDI Silvana Pastori e dell'inf. Maria Rosa Cattaneo

LA GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE A COMO

Anche quest'anno il collegio IPASVI di Como, in collaborazione con l'Associazione "Comocuore", ha celebrato la Giornata Internazionale dell'Infermiere, che nonostante le situazioni climatiche sfavorevoli simile a novembre, è stata un grande successo. Abbiamo pacificamente invaso la piazza principale della città di Como dove la gente ha risposto con entusiasmo alle nostre iniziative, partecipando ai diversi appuntamenti che, giorno dopo giorno, abbiamo proposto.

Un'intera settimana di iniziative (dal 6 all'11 maggio) è stata dedicata alla prevenzione, agli incontri informativi per la popolazione e per gli operatori. Gli appuntamenti sono stati diversi e hanno spaziato dai convegni scientifici a quelli musicali, promozione di eventi culturali, presentazione di libri, proiezione di film, spettacoli teatrali, mediante il contatto diretto con la gente, oltre ai controlli gratuiti dello stato fisico dei nostri concittadini.

In particolare, le infermiere dell'associazione OSDI

(Operatori Sanitari Diabetologia Italiani), hanno promosso interventi preventivi inerenti alla qualità di vita nel paziente diabetico.

Sono intervenute la presidente regionale inf. Silvana Pastori e l'inf. Maria Rosa Cattaneo

Fra i tanti, spiccano il convegno scientifico del 6 e 7 maggio al Teatro Sociale "Prevenire e curare le malattie cardiovascolari oggi" e l'incontro con i politici eletti presso il Consiglio della Regione Lombardia del 10 maggio, dal titolo "La sanità che offriamo, la sanità che vorremmo", così come gli altri eventi che i sono tenuti presso la tensostruttura in piazza Cavour.

Abbiamo avuto la sensazione di aver colto nel segno gli obiettivi trasmettendo i messaggi che ci eravamo prefissati: insieme abbiamo contribuito a sensibilizzare la persone e portare nelle case un messaggio più puntuale e preciso sulle tematiche di prevenzione e salvavita.

Il successo dell'iniziativa si può riassumere in alcuni dati: oltre 3.500 presenze nei giorni di apertura e circa 1.800 le persone che si sono sottoposte a test preventivi.



LA SANITÀ CHE OFFRIAMO, LA SANITÀ CHE VORREMMO

Nella prima parte dell'incontro sono intervenuti i Direttori Generali e i Dirigenti Infermieristici delle seguenti strutture sanitarie provinciali:



Il saluto del presidente di Comocuore dott. Giovanni Ferrari



Il saluto del vice sindaco prof.ssa Ezia Molinari



AO S. Anna di Como: Dr. Andrea Mentasi,
Dott.ssa Anna Michetti



Ospedale Sacra Famiglia di Erba:
Dott.ssa Maria Carolina Bona, Dott.ssa Sandra Riva



Ospedale Valduce: Dr. Nicola De Agostini,
Dott.ssa Mariacristina Corradini



ASL di Como: Dr. Roberto Antinozzi
Moderatore Dott. Stefano Citterio

Nella seconda parte dell'incontro sono stati invitati i Consiglieri Regionali eletti nella provincia di Como.



Giorgio Pozzi (Pdl), Gianluca Rinaldin (Pdl),
Luca Gaffuri (PD) e Dario Bianchi (Lega Nord)



Moderatori: Dott.ssa Donatella Pontiggia
e Dott.ssa Maria Castelli

ORE 20.30 INCONTRO PUBBLICO PROIEZIONE DEL FILM "LA FORZA DELLA MENTE"

Presentazione e dibattito a cura di Paola Zappa (Dott. Inf.) e Pierluigia Verga (Psicologa)

Durante gli incontri e nelle giornate dal 8 all'11 maggio gli infermieri del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI sono stati presenti per incontrare la popolazione presso lo stand nella tensostruttura.





In data 29 Aprile, con il quotidiano "La Provincia", è uscito un allegato con il programma degli eventi. Nell'inserto è presente un'intervista al Dott. Stefano Citterio, Presidente del Collegio IPASVI di Como. I contenuti del colloquio riguardavano le motivazioni alla frequenza del corso di laurea in infermieristica, il significato del 12 maggio e le iniziative previste in Piazza Cavour per tale giornata, il percorso formativo del corso di laurea in infermieristica e le sedi formative più vicine, nonché significato e ruolo del Collegio.

Il 27 aprile, il Presidente del Collegio IPASVI si è recato presso la rete televisiva locale Espansione TV ed ha partecipato all'edizione serale del programma Zerotreuno, il salotto di promozione di eventi di particolare interesse della provincia di Como.

Il 12 maggio il Presidente del Collegio IPASVI Dott. Stefano Citterio e la Dott.ssa Donatella Pontiggia hanno partecipato alla trasmissione radiofonica presso Radi Maria, dove hanno affrontato le tematiche della formazione degli infermieri.





ORE 10.00 - 12.00

ORE 14.00 - 18.30

STILI DI VITA E DIABETE: QUALE PREVENZIONE

In collaborazione con **OSDI**
(Associazione Operatori Sanitari
Diabetologia Italiani)

Interverranno:

Rosangela Ghidelli
e Silvana Pastori, Infermiere OSDI

INCONTRO PUBBLICO - INGRESSO LIBERO

LA SANITÀ CHE OFFRIAMO, LA SANITÀ CHE VORREMMO.

SALUTO DELLE AUTORITÀ

1° PARTE: LA SANITÀ CHE OFFRIAMO

Interverranno:

Dr. Andrea Mentasti, D.G. Ospedale S. Anna
Dott.ssa Anna Michetti, Direttore SITRA
Dr. Nicola De Agostini, D.G. Ospedale Valduce
Dott.ssa M. Cristina Corradini, Dirigente SITRA
Dott.ssa Maria Carolina Bona, D.S. Ospedale Sacra Famiglia Erba
Dott.ssa Sandra Riva, Dirigente Infermeristica
Dr. Roberto Antinozzi, D.G. ASL Como

Moderatore:

Dott. Stefano Citterio, Presidente Collegio IPASVI Como



2° PARTE: LA SANITÀ CHE VORREMMO

Interverranno gli eletti al Consiglio Regionale
della Regione Lombardia della Provincia di Como
Giorgio Pozzi, Consigliere Regionale Pdl
Gianluca Rinaldin, Consigliere Regionale Pdl
Luca Gaffuri, Consigliere Regionale PD
Dario Bianchi, Consigliere Regionale Lega Nord

Moderatore:

Dott.ssa Donatella Pontiggia,
Coordinatore Corso di Laurea Infermieri Como

ALL'INTERMIO VERRÀ OFFERTO UN APERITIVO

da "La Provincia" 11/05/2010

[l'incontro]

Gli infermieri
verso la sfida
per il futuro

È un momento storico per la sanità comasca e le sfide non consistono solo nei metri quadrati e nei metri cubi, per quanto moderni ed attrezzati, che fanno le strutture. Ma nella qualità delle cure, nell'organizzazione a servizio della

salute e nel raccordo tra ospedale e territorio. E una figura diventa strategica, accanto ai manager e ai medici: l'infermiere, non solo ospedaliero, ma anche di medicina generale e di famiglia. Di tutto questo e di altro ancora, si è parlato ieri nella tensostruttura di Comocuo-

re, in Piazza Cavour, negli incontri pubblici organizzati dall'Ipasvi di Como, il Collegio degli infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia che ha dedicato a «La sanità che offriamo, la sanità che vorremmo», la giornata internazionale dell'infermiere. È forse la prima volta che viene tratteggiato ed approfondito che cosa c'è e che cosa ci sarà per il malato: anche la politica, forse in modo inaspettato, s'è presentata nella sua veste migliore, quella che si occupa del cittadino. L'hanno fatto tutti i consiglieri regionali comaschi, Dario Bianchi, Lega; Luca Gaffuri, Pd; Giorgio Pozzi, Pdl; Gianluca Rinaldin,

Pdl che non si sono soffermati sui problemi, ma sulle soluzioni. Dalla «città della salute» alla «fuga degli infermieri in Svizzera» fino agli alloggi per gli studenti del corso di laurea infermieri a Como sono andati oltre le piccole schermaglie, ma hanno delineato «la sanità che vorremmo», fatta di servizi per la gente. Donatella Pontiggia, sindaco di Caslino d'Erba, quindi esponente dei Comuni del territorio e coordinatrice del corso di laurea infermieri, ha un po' stuzzicato i consiglieri regionali, ma hanno dimostrato di conoscere bene il dossier dei temi aperti.

Il grande quadro dell'attualità e delle prospettive ormai a breve è stato illustrato dai supermanager della sanità comasca, in un dibattito coordinato da Stefano Citterio, presidente del Collegio: relazioni di Andrea Mentasti, direttore generale Sant'Anna, di Anna Michetti, direttore del Servizio infermieristico, tecnico, riabilitativo aziendale, Sitra; di Nicola De Agostini, direttore generale Valduce e Maria Cristina Corradini, direttore Sitra Valduce; Maria Carolina Bona, direttore sanitario ospedale Sacra Famiglia di Erba e Sandra Riva, dirigente infermieristica, di Roberto Antinozzi, direttore generale Asl di Como.

Che cosa dobbiamo aspettarci, in conclusione? Ospedali sempre più efficienti, ma anche risposte sul territorio alla domanda di salute.



**Como, infermieri in fuga:
allarme per il nuovo Sant'Anna**
"La Provincia" 28 maggio 2010

**"Valduce ospedale della città"
A settembre aprirà l'autosilo**
"La Provincia" 20 maggio 2010

Gli infermieri comaschi faccia a faccia con i cittadini
"Il Corriere di Como" 11 maggio 2010

Altri articoli in cui vengono
citati gli incontri promossi dal Collegio
disponibili sul sito



I protagonisti della giornata dell'infermiere, chi c'è dietro questo successo?

10

Una così impegnativa esperienza come quella di quest'anno ha potuto realizzarsi grazie al contributo di molte persone. Citarle tutte si correrebbe il rischio di dimenticare qualcuno ma permettetemi di sottolineare il grande entusiasmo e passione che **gli studenti del Corso di laurea per Infermieri** di Como hanno profuso durante queste giornate in piazza.

Grazie alla loro giovialità, alla loro freschezza e alla loro competenza è stato possibile rendere ancora più evidente alla gente quanto sia utile una professione come la nostra. L'auspicio è che l'entusiasmo che ho visto in questi studenti sia il preludio ad una professione esercitata con chiarezza di significato necessaria per garantirsi soddisfazione professionale, competenza e umanità nell'assistenza alle persone che troveranno durante il loro cammino professionale.

La **Direttrice e tutti i docenti e i tutor** del Corso di Laurea per Infermieri devono essere orgogliosi del lavoro che stanno svolgendo, i cui frutti si rilevano anche in queste particolari situazioni. Un grazie anche a loro.

È stato esemplare l'impegno con cui **tutti gli Amministratori e Politici invitati** il 10 maggio hanno preparato e relazionato rispetto all'offerta sanitaria e assistenziale delle strutture che rappresentavano e circa la situazione sanitaria comasca. Nonostante gli impegni gravosi di tutti, nessuno ha fatto mancare il proprio contributo e la propria presenza, segno importante di riconoscimento del valore attribuito al Collegio Infermieri e ciò che esso rappresenta. Non ricordo quando in provincia ci sia stato un momento così concreto



e tranquillo in cui mettere a tema uno fra i beni più preziosi della società: la salute di ciascuno di noi oggi e domani. I politici non si sono limitati a frasi retoriche o scontate ma hanno affrontato con piglio e competenza i temi proposti: la carenza degli infermieri, gli alloggi agevolati, la cittadella sanitaria di via

Napoleona snocciolando dati e proposte operative. Il tutto grazie anche ai moderatori, **Pontiggia Donatella e Maria Castelli** che hanno animato il dibattito sollecitando approfondimenti e risposte concrete. Per questo devo un caloroso grazie anche a loro.

Un ringraziamento anche alle colleghe dell'OSDI Silvana Pastori e Maria Rosa Cattaneo e alle dott.sse Paola Zappa e Pierluigia Verga che hanno saputo comunicare la loro competenza a tutti gli intervenuti.

Ringrazio, anche tutto il **Consiglio Direttivo, in particolare Rosella Maffia, Paola Pozzi e Michela Marzorati, le nostre impeccabili segretarie Daniela & Daniela** e tutti componenti dell'**Associazione Como Cuore**, con particolare rilievo per il presidente **Dr. Ferrari** e la Vice presidente **Elena Colombo** che tanto hanno voluto questa settimana... a tutto cuore.

L'ultimo ringraziamento (non certo in ordine di importanza) va a tutti gli infermieri che devono sentirsi orgogliosi di appartenere ad una così grande e nobile professione senza la quale mancherebbe qualcosa a ciascuno di noi...

Grazie ancora e... alla prossima.

IL PRESIDENTE

Dott. Stefano Citterio



COSA BOLLE IN PENTOLA

Aggiornamenti dal parlamento

A cura della redazione

11

1) ORDINI E ALBI - CHE FINE HA FATTO QUANTO PREVISTO DALLA LEGGE N. 43/2006?

Eravamo rimasti, dopo l'emanazione della legge 43/2006, alla mancata applicazione della delega prevista che avrebbe dovuto istituire gli ordini professionali per tutte le professioni sanitarie non mediche coinvolte, con la trasformazione dei Collegi in Ordini.

Ricordiamo che ad oggi le uniche professioni che hanno una regolamentazione con Albi professionali e collegi sono gli infermieri, gli infermieri pediatrici e le assistenti Sanitarie i cui albi afferiscono al Collegio IPASVI, le Ostetriche e i tecnici di radiologia medica. Solo 5 professioni sui 22 profili. Sarebbe imminente la ripresa dei lavori da parte della XII Commissione

Sanità del Senato dato che nella seduta del 18 maggio il Presidente Antonio **Tomassini** e il Ministro della Salute Ferruccio **Fazio** hanno concordato con i capigruppo di inserire fra i DDL prioritari anche quelli sulle professioni sanitarie. La conferma è arrivata al Convegno CoNAPS del 29 maggio 2009 in Exposanità a Bologna, nel messaggio del relatore dei DDL, Laura **Bianconi**, con l'annuncio della imminente approvazione in sede referente e trasferimento all'Aula del Senato, con l'ipotesi di un unico emendamento per collegare il provvedimento al DDL di "Riforma delle Professioni" avviata dal Ministro della Giustizia Angelino **Alfano**.



In parallelo, alla Camera dei Deputati nella seduta del 18 maggio presso la II Commissione Giustizia è continuata la discussione sui DDL "Riforma delle professioni", con la presentazione di un nuovo testo base da parte del relatore del DDL, Maria Grazia **Siliquini**, che all'art. 18 ha inserito il comma 3, con il richiamo agli ordini sanitari di cui alla legge 43/2006:

"Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1 della Legge 1 febbraio 2006, n. 43, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei principi e dei criteri direttivi indicati all'articolo 4 della medesima legge.

Ne deriverebbe la considerazione che in effetti Governo e Parlamento stanno proseguendo nel progetto annunciato di istituire l'ordine delle professioni sanitarie, ma collegato al progetto di riforma generale delle professioni. Resta il timore che l'inglobamento del progetto professioni sanitarie in quello generale possa ritardarne l'iter, come evidenziato anche dal Presidente del CoNAPS, Antonio **Bortone**, che nel sollecitare la rapida approvazione del DDL 1.142, auspica che tutto si risolva entro i prossimi mesi, come evidenziato anche alla fine dell'intervista del 1° giugno su Corriere TV.



2) MODALITÀ E DATE DEGLI ESAMI DI AMMISSIONE AI CORSI DI LAUREA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Il Ministero dell'Università ha emanato il 21 maggio 2010 il Decreto per i Corsi di laurea **Specialistica/Magistrale delle Professioni sanitarie**, fissando la data d'esame per il 26 ottobre 2010.

Si è invece tuttora in attesa del Decreto sulle modalità dell'esame di ammissione per tutti gli altri Corsi, i cui esami, come stabilito dal Decreto del 6 aprile scorso, si terranno in settembre:

2 giovedì, Medicina e Chirurgia

3 venerdì, Odontoiatria

6 lunedì, Veterinaria

8 mercoledì Professioni Sanitarie

3) PROGRAMMAZIONE POSTI

PROFESSIONI SANITARIE A.A. 2010-11

Il Ministero dell'Università sta procedendo con la ripartizione dei posti nei 22 corsi, ai fini della emanazione dei rispettivi Decreti entro la fine questo mese di giugno, ovvero 60 giorni prima degli esami di ammissione.

Il numero dei posti potrebbero essere simile ai 28.000 dello scorso AA 2009-10, con la probabile conferma della suddivisione di circa 16.000 per Infermiere e di circa 12.000 per le restanti 20 professioni.

Nel totale ci sarebbe la conferma della carenza di circa 6.000 posti (-19%) rispetto ai 34.000 posti chiesti dalle Regioni e di circa 8.000 (-19%) rispetto ai 36.000 chiesti dalle Categorie.

Come si può rilevare dai dati presentati alle Categorie dal Ministero della Salute il 26 marzo scorso, la carenza riguarderebbe soprattutto Infermiere su cui, rispetto all'offerta di 16.000 posti, la richiesta media di 22.000 fra Regioni (21.758) e Federazione IPASVI (22.620), comporterebbe una carenza di circa 6.000 posti (-28%). Per le restanti 20 professioni esuberi e carenze si compenserebbero sul totale di circa 12.000 posti dell'Università rispetto alla richiesta media di 12.500 posti fra Regioni (11.600) e Categorie (13.200).

Mentre la differenza di circa 1.800 posti fra Regioni e Categorie deriva dalla media della carenza di 3.400 e l'esuberato di 1.600, che in

maggioranza riguarda i circa 600 posti per Tecnico di Radiologia, su cui le Regioni chiedono 1.672 posti (+61%) rispetto ai 1.040 della Categoria. In misura inferiore, una differenza di 200 posti, riguarda anche Ostetrica con la richiesta delle Regioni per 1.060 posti (+22%) rispetto agli 870 della Categoria.

In ogni caso emergerebbe un miglioramento della programmazione rispetto agli anni precedenti.

4) RIFORMA UNIVERSITARIA DM 270

Sembrerebbe che oltre alle tre Università di Milano Bicocca, Siena e Verona, anche Milano S. Raffaele potrebbe partire con i nuovi corsi dal prossimo AA 2010-11, avendo ottenuto relativo parere favorevole dal CUN.

Al fine di chiarire i dubbi esistenti e di favorire le Università nella definizione dei nuovi Ordinamenti sono intervenute sulla materia la Conferenza dei CLPS e il CUN, in relazione alla circolare MIUR del 4 settembre 2009, n. 160, (allegato A, punto 47).

Nella sessione del 28 aprile il CUN ha dato parere favorevole alla mozione presentata dalla Conferenza (CLPS) per abbassare da 6 a 4 i CFU per Corso Integrato/Insegnamento e di prevedere la sua articolazione in media su 3 moduli, ciascuno dei quali di 1-2 CFU.

in analogia a quanto espresso dallo stesso CUN per i CLM di Medicina e Chirurgia, riducendo i CFU da 6 a 3.

Nella Conferenza del 15 maggio a Chieti, su proposta del Presidente Luigi **Frati**, la CLPS ha approvato una mozione per il MIUR e per il CNVU Tale mozione è stata recepita dalla Conferenza dei Presidi della Facoltà di Medicina e Chirurgia che dopo una modifica integrativa, il 27 maggio ne ha dato comunicazione a tutti i Presidi, con la seguente indicazione:

“Lo standard minimo di docenza universitaria necessario per l'accreditamento dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie è da intendere nel senso che detto 50% debba comprendere, nell'ambito della numerosità minima stabilita in 12 docenti universitari, almeno un professore/ricercatore universitario quale coordi-



natore di almeno 9 corsi integrati, potendo inoltre inserire in apposito spazio della scheda CINECA di rilevamento anche i dipendenti del SSN che concorrono alla copertura quantitativa dei CFU dei relativi Corsi Integrati”.

Restano quindi meno di 8 mesi per la riforma dei Corsi secondo la 270 per l'attivazione dall'AA 2011-12, ovvero entro:

- ottobre 2010 per la definizione degli Ordinamenti e Regolamenti didattici da parte delle Facoltà
- 31 gennaio 2011 per la trasmissione degli atti al MIUR per la verifica del CUN entro il 15 marzo.

Di conseguenza, al massimo entro i prossimi sei mesi di giugno-novembre dovrebbero essere fatte le seguenti procedure:

- Approvazione Consiglio di Corso
- Consultazione organizzazioni rappresentative locali della produzione, servizi e professioni.
- Relazione tecnica del nucleo di valutazione
- Approvazione del Consiglio di Facoltà
- Approvazione del Senato Accademico.

5) INFERMIERI NELLE FARMACIE IN ARRIVO DELLE NOVITÀ

Il punto di partenza è rappresentato dall'art. 11 della legge n. 69/2009 che conteneva una delega al governo in materia di nuovi servizi erogabili nelle farmacie.

Da lì ha preso il via un percorso che ha portato all'approvazione, del D.Lvo 3/10/2009 “Schema di decreto legislativo recante individuazione dei

nuovi servizi erogati dalle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, in attuazione della delega di cui all'art. 11, commi 1 e 2, della legge 69/2009.

In questo decreto era prevista l'emanazione di un ulteriore decreto per la definizione concreta dei servizi erogabili sulla base di quanto previsto dall'art. 1, comma 2 a) punto 4 che recita: “la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, fermo restando che le prestazioni infermieristiche o fisioterapiche che possono essere svolte presso la farmacia, sono limitate a quelle di cui alla lettera d) e alle ulteriori prestazioni, necessarie allo svolgimento dei nuovi compiti delle farmacie, individuate con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano”.

La bozza di decreto (dopo diverse elaborazioni e non senza polemiche e frizioni) dovrebbe essere giunto alla sua versione definitiva che dovrebbe essere firmata entro al fine di giugno grazie al lavoro congiunto Ministero della salute, Fofi, FNOMCeO e FN IPASVI.

Questo decreto può rappresentare un'ulteriore crescita e sbocco occupazionale per gli infermieri (in particolare i Liberi professionisti) nonché l'opportunità per i Cittadini di avere sempre maggiori servizi disponibili.

(Fonte Parlamento.it, Mail di Mastrillo n. 5/2010)



Nuove Cattedre per i docenti delle professioni sanitarie?

a cura della redazione

14

L'argomento è oggetto di ampio interesse, tanto da registrare 3 diverse proposte: dopo la prima del Ministero della Salute pubblicata sul Sole 24 Ore Sanità del 26 gennaio 2010 ha fatto seguito quella della Conferenza dei Corsi di Laurea presentata al meeting di Chieti il 15 e 16 maggio 2010 sui **"Docenti Aziendali"** (D.A).

Nel frattempo un'altra proposta è stata avanzata dal Presidente del CUN Andrea **Lenzi** il 12 maggio a livello generale per tutte le varie aree disciplinari che prevede l'istituzione della figura di **Docente Tecnico-Professionale** con una specifica qualificazione nei vari campi del sapere tecnico identificata mediante la costituzione di appositi **Settori Tecnico Professionali (STP)**, identificati dal CUN all'interno delle Aree (livello 2).

Tutte e tre le proposte mirano a "valorizzare" il ruolo di circa 3.000 professionisti sanitari impegnati nelle varie attività didattiche fin dal 1996 nei Diplomi Universitari e dal 2001 nei rispettivi 461 corsi di laurea, attualmente ripartiti su 781 sedi. L'obiettivo da raggiungere è unanimemente chiaro e condiviso, mancano invece indicazioni circa

la tempistica e le procedure dei tre progetti, che in ogni caso meriterebbero di essere inglobati in una proposta unica per il successivo atto legislativo del Governo.

Potrebbe peraltro rientrare nell'ambito del DDL n. 1905 del Ministro dell'Università, Mariastella **Gelmini**, del 25 novembre 2009 approvato il 19 maggio scorso dalla VII Commissione Cultura e Istruzione del Senato. Il provvedimento è stato trasmesso dell'Aula del Senato per iniziare l'esame dall'8 giugno.

Si conferma così la normativa vigente dal 1997 in relazione di Diplomi Universitari delle Professioni sanitarie, definita da parte del Ministero dell'Università il 14 luglio e il 12 dicembre 1997, secondo cui:

"La ratio della norma è quella di favorire all'interno delle strutture ove si svolge la formazione, le competenze tecnico professionali, proprie delle specifiche professioni, a prescindere dall'appartenenza al ruolo del Servizio Sanitario Nazionale o Universitario".

Fonte (Mastrillo, mail informative)

CHIUSURA ESTIVA

La segreteria del Collegio resterà chiusa per la pausa estiva dal 2 al 22 agosto compreso. Lunedì 30 e Martedì 31 agosto chiusura per festività del S. Patrono.



I DETTAGLI DELLA PROPOSTA DAL MINISTERO DELLA SALUTE

Infermieri, tecnici, riabilitatori avranno una corsia preferenziale per accedere alla docenza universitaria e soprattutto saranno equiparati in tutto e per tutto ai "professori" degli atenei.

A indicare la strada è una proposta di legge elaborata dal ministero della Salute ora all'esame di associazioni e sindacati che prevede un nuovo stato giuridico per insegnamento e ricerca da tutor a presidenti di corso che provengano dalle professioni sanitarie dipendenti dagli ospedali. L'area funzionale «docenza e ricerca» comprenderebbe tutte le funzioni che riguardano le attività dei corsi universitari per le professioni sanitarie relative sia al tirocinio che alla docenza degli insegnamenti teorici.

Ecco la bozza dell'articolato proposto dal Ministero e in discussione (fonte Il sole24ore sanità):

1. Il Servizio sanitario nazionale, oltre ai compiti di prevenzione, cura e riabilitazione stabiliti dalla legge n. 833 del 23 dicembre 1978, contribuisce alla ricerca biomedica, infermieristica-ostetrica e degli altri settori sanitari, nonché alle attività di didattica delle professioni sanitarie.
2. La formazione universitaria delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica, svolgendosi, per effetto del terzo comma dell'articolo 6 del decreto legislativo 502/92, all'interno dei servizi e presidi delle Aziende e Istituzioni sanitarie, viene svolta, di norma, da docenti dipendenti del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale.
3. Al fine di valorizzare il ruolo dei docenti dipendenti del Servizio sanitario nazionale è modificato, con la presente legge lo stato giuridico delle professioni sanitarie, così come disciplinato dall'art. 6 della legge 43/06 al fine di coniugare l'esigenza del riconoscimento della loro funzione di docenza con la loro accresciuta professionalità raggiunta nelle attività di tutela della salute, in continua evoluzione scientifica e tecnologica.
4. All'articolo 6 della legge 43/06 è aggiunto il successivo comma: «e) istituita per ognuna delle articolazione di cui ai precedenti commi le seguenti aree funzionali: clinica, gestionale, docenza e ricerca».
5. La collocazione del professionista sanitario in una delle tre aree di cui al precedente punto 4. è disposta, con atto motivato dell'azienda o istituzione sanitaria, dalla quale dipende, al termine del primo triennio successivo all'assunzione, sulla base dei posti disponibili e sulla base del possesso di requisiti culturali e professionali predeterminati, definiti in sede di contrattazione collettiva nazionale che prevederà e regolerà, altresì, la mobilità orizzontale nelle diverse aree da parte del dipendente in possesso dei requisiti previsti, sia a seguito di una sua motivata richiesta che per effetto di processi di riorganizzazione aziendale.
6. L'area funzionale «Docenza e ricerca» comprende tutte le funzioni attinenti alle attività dei corsi universitari per le professioni sanitarie relative sia al tirocinio che alla docenza degli insegnamenti teorici. Al personale appartenente a quest'area, in relazione alla funzione di competenza svolta, è attribuito il termine di: tutor, coordinatore di anno di corso di laurea, professore, direttore di corso di laurea, presidente di corso di laurea.
7. L'incarico di docente a un dipendente da aziende e istituzioni sanitarie, è attribuito, in sede di conferimento di primo incarico, per la durata da tre a cinque anni ed è confermato a tempo indeterminato, superato tale periodo positivamente, quale incarico di professore di corso di laurea di professione sanitaria, se si tratta di un appartenente alle professioni sanitarie infermieristica-ostetrica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione è collocata all'interno dell'area funzionale «docenza e ricerca» di cui al punto 6 del presente articolo, sino a mutarsi delle condizioni soggettive e oggettive sulla base dei criteri stabiliti dai protocolli Regioni/Università, definiti a seguito di consultazione con le Organizzazioni sindacali del comparto contrattuale di riferimento; con la medesima procedura saranno stabiliti i criteri e la procedura per la verifica triennale sull'attività svolta di docente che, se negativa, può prevedere anche la revoca motivata dell'incarico d'insegnamento.
8. I professori dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, dipendenti da aziende e istituzioni sanitarie, e incaricati a tempo indeterminato, sulla base delle procedure di cui al precedente punto, partecipano con una loro rappresentanza al Consiglio di facoltà, e con i medesimi diritti e doveri dei professori di ruolo dipendenti dalle Università, in linea e nel rispetto della specificità indicata dal terzo comma dell'art. 6 del D.Lgs. 502/92, all'attività dei corsi di laurea.



Libera professione intramuraria per gli infermieri? Qualche spiraglio di luce

A cura di Stefano Citterio

16

Oramai da diverso tempo in parlamento è in discussione un disegno di legge su: "Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del servizio sanitario" che interviene su principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche ridefinendo: funzioni e composizione del Collegio di direzione, requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali, incarichi e valutazione dei dirigenti medici con incarichi di direzione e ripropone un modello dipartimentale aggiornato di gestione operativa. In particolare, gli art. 10 e 11 del testo base, adottato lo scorso 25 febbraio 2010 dopo il parere espresso dalle regioni, affrontano i temi della libera professione medica (art. 10) e quella degli operatori delle professioni sanitarie non mediche (art. 11). In particolare l'articolo (art. 11) che riguarda la

"Libera professione intramuraria degli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251" potrebbe aprire scenari interessanti per quanto attiene gli sviluppi professionali degli infermieri (vedi testo a fianco).

Il Ddl riconosce "il diritto agli operatori delle professioni sanitarie non mediche, con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture sanitarie pubbliche, di esercitare attività libero-professionale, in forma singola o associata, al di fuori dell'orario di servizio, purché non sussista un comprovato e specifico conflitto di interessi con le attività istituzionali", e demanda ad un accordo quadro aziendale alcuni aspetti della materia. Mentre lo scorso 15 aprile la XII Commissione permanente

(Affari Sociali) della Camera dei deputati ha approvato il testo unificato la Commissione parlamentare per le questioni regionali in data 6 maggio 2010 ha espresso parere contrario per possibili conflitti con il titolo V della costituzione. Anche la Ragioneria Generale dello Stato ha espresso parere negativo per gli eccessivi costi. Altre commissioni chiamate ad esprimersi sul testo avevano lo scorso 4 maggio espresso invece parere favorevole (commissione giustizia e commissione finanze). Dopo alcuni ritocchi al testo unificato che danno

maggiori garanzie di non sfiorare la spesa, il rafforzamento del concetto che la libera professione degli infermieri sarà attivata a discrezione delle AO e ASL, e la scomparsa della norma che garantiva stipendi maggiori ai Direttori Generali rispetto ai Primari, la discussione è

ripresa alla camera dai primi di giugno (7 giugno). Speriamo sia la volta buona.

Lo sviluppo della libera professione infermieristica, anche se limitata alla sola attività intramuraria rappresenta certamente un punto di svolta importante per la crescita professionale e d economica di tutti gli infermieri.

Un altro nodo critico che potrebbe sollevare questo decreto riguarda anche le competenze attribuite al Direttore di Dipartimento che, andando a sollecitare la responsabilità diretta nella gestione delle risorse e attribuendogli responsabilità clinico-assistenziali potrebbe suscitare qualche contrasto nei confronti delle competenze organizzative dei SITRA.



Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche.**Testo unificato, ADOTTATO COME NUOVO TESTO BASE**

C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo, C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni, C. 1942 Mura, C. 2146 Minardo, C. 2355 Di Pietro, C. 2529 Scandroglio e C. 2693 Zazzera.
(... omissis)

Art. 11. (Libera professione intramuraria degli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251).

- 1 Ai fini di un'efficace organizzazione dei servizi sanitari, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, gli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, operanti con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture sanitarie pubbliche, hanno diritto di esercitare attività libero-professionale, in forma singola o associata, al di fuori dell'orario di servizio, purché non sussista un comprovato e specifico conflitto di interessi con le attività istituzionali.
2. Le regioni disciplinano le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale nel rispetto dei seguenti principi fondamentali: a) al fine di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale, nonché di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, nel rispetto dei piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale, il volume delle prestazioni di attività libero-professionale non deve superare, per ciascun dipendente, quello assicurato per i compiti istituzionali, né deve richiedere un impegno orario superiore al 50 per cento di quello richiesto in attuazione del rapporto di servizio con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera per lo svolgimento dei compiti istituzionali; b) la tariffa professionale per l'attività libero-professionale è definita, previo accordo-quadro aziendale con le organizzazioni sindacali firmatarie del contratto collettivo nazionale di lavoro, dal singolo operatore, d'intesa con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera; c) è facoltà dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera non attivare, o attivare solo parzialmente, la libera professione intramuraria. In caso di attivazione, la stessa è gestita dall'azienda mediante un centro unico di prenotazioni, con spazi e con liste separati e distinti tra attività istituzionale e attività libero-professionale, con pagamento delle prestazioni e con ripartizione dei proventi secondo modalità e termini fissati da linee guida regionali; d) l'esercizio dell'attività libero-professionale svolto all'esterno delle strutture aziendali non deve comportare oneri per l'azienda sanitaria locale od ospedaliera né per il professionista nei confronti dell'azienda stessa. Tale attività è consentita presso studi professionali privati, anche in forma associata tra più operatori sanitari non medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale, oppure presso strutture private non convenzionate con il medesimo Servizio sanitario nazionale; e) la regione, anche avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi regionali (AGENAS), svolge attività di monitoraggio e di controllo sullo svolgimento della libera professione in termini di tempi e di prestazioni per garantire il rispetto dei principi di cui alla lettera a).
3. I redditi derivanti dall'attività libero-professionale intramuraria degli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, sono assimilati a quelli di lavoro dipendente, ai sensi dell'articolo 50, comma 1, lettera e), del testo unico delle imposte sui redditi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.



Cassazione – Annullata la condanna per abusivismo inflitta alla coordinatrice di un ospizio

L'iniezione non è un'esclusiva

Anche chi non ha il titolo di infermiere può praticare punture sporadiche

18

Iniezioni intramuscolari, somministrazione di terapie insuliniche e decazioni sporadiche "consistono in atti che non rientrano nelle mansioni riservate secondo le norme di legge alla professione di infermiere, e non implicano specifiche nozioni o particolari abilità o conoscenze tecniche".

Parola della sesta sezione penale della Cassazione (sentenza n. 14603/2010, depositata il 15 aprile scorso), che ha annullato senza rinvio la condanna a 300 euro di multa per esercizio abusive della professione di infermiere inflitta alla coordinatrice di una casa di riposo dalla Corte d'appello di Torino.

Per i giudici di merito - prima il tribunale di Vercelli, sezione distaccata di Varallo, e poi la Corte d'appello, che si erano basati sostanzialmente sulle dichiarazioni di un testimone - la donna aveva esercitato abitualmente mansioni proprie dell'infermiere generico (come iniezioni intramuscolo e insuliniche, nonché somministrazioni di farmaci); aveva tentato, almeno in un caso, di effettuare senza riuscirci un prelievo ematico; e aveva persino dato disposizioni per interrompere la terapia disposta dal medico. Quanto bastava per integrare, secondo i giudici, "il reato di esercizio abusive della professione paramedica, ai sensi del Dpr 225/1974".

Contro la sentenza la donna ha proposto ricorso in Cassazione, che lo ha accolto.

Punture e somministrazione di terapie insuliniche o farmaci sono atti "non riservati".

E, "ove eseguiti non a titolo professionale ma per sopperire saltuariamente alla carenza del personale infermieristico, rispettando le cadenze e le modalità stabilite dal medico, non integrano, secondo la prevalente giurisprudenza di legittimità, che il collegio condivide, il reato di cui all'articolo 348 Cp" (si vedano, tra le altre, la sentenza "Volpe" del 25 maggio 1999, e quella "Russo" del 5 luglio 2006).

Il presunto tentativo di prelievo, invece, per la Suprema Corte difetta di prova. Della condotta - si legge nella pronuncia di Piazza Cavour - "tace del tutto la sentenza di primo grado, mentre quella di secondo grado si limita ad affermare che la teste infermiera professionale ne aveva riferito, senza però che di questa deposizione sia offerto alcun significativo particolare, tanto più necessario trattandosi di un supposto tentativo di compiere un atto paramedico". La teste si era limitata a raccontare che, mentre si era recata da un anziano paziente, aveva notato che il malato presentava segni sul braccio e che la coordinatrice della casa di riposo era accanto al letto. Una "radicale carenza di indicazioni circa le circostanze del fatto" scrive la Cassazione. Che, insomma, proprio "non sussiste".

Manuela Perrone



INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



Ai Presidenti dei Collegi Ipsavi
Loro Sedi

Protocollo P-2850/III 01

Data 14 MAG 2010

Rit.

Sentenza Corte di Cassazione

Oggetto N. 14603/2010

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

00184 Roma
Via Agostino Desprez 70
Telefono 06-46200101
Teletax 06-46200131
Cod. Fisc. 80186470581

19

Sono pervenute richieste di commento in merito alla sentenza della Corte di Cassazione penale n. 14603/2010 e come consolidata consuetudine di questa Federazione nel rispetto dei principi di correttezza e trasparenza, prima di esprimersi nel merito, si è atteso di conoscere integralmente il testo della sentenza e ciò ha richiesto del tempo.

La lettura della sentenza, peraltro molto breve, si discosta da quanto si evince attraverso la superficiale interpretazione di alcuni articoli, tanto è vero che testate specialistiche come il Sole 24 - Sanità hanno dato una lettura completa e più esaustiva.

Principalmente occorre sottolineare che non si è a conoscenza dei contenuti della sentenza della Corte di Appello impugnata e, soprattutto, dei ricorsi proposti.

Si ricorda che le disposizioni in vigore consentono alla Corte di Cassazione di conoscere lo svolgimento dei fatti di una causa esclusivamente attraverso gli atti già acquisiti nel procedimento nelle fasi che precedono il processo e soltanto nella misura in cui sia necessario conoscerli per valutare i rimedi che la legge permette di utilizzare per motivare un ricorso presso la Corte stessa.

La Corte di Appello ha dichiarato che *la terapia insulinica o l'assunzione di farmaci contro la pressione arteriosa si praticano generalmente in via di automedicazione*. Ha altresì sottolineato che tali prestazioni sono di competenza dell'infermiere generico dichiarando che tali condotte consistono in atti che non rientrano nelle mansioni riservate secondo le norme di legge alla professione di infermiere, e non implicano specifiche nozioni o particolari abilità o conoscenze tecniche.

La Corte di Cassazione non si è espressa su questo punto.

La Corte d'Appello ha condannato la Coordinatrice della Casa di riposo per il reato di cui all'art. 348. cp. per aver tentato, tra l'altro, di praticare un prelievo ematico (sicuramente questa è una prestazione infermieristica) ma tale circostanza, ad avviso della Corte di Cassazione, non è stata dimostrata mancando del tutto la prova della condotta contestata. Di conseguenza la sentenza della Corte d'Appello è stata annullata perché il fatto (esercizio abusivo della professione ex art. 348 cp) non sussiste e quindi la Coordinatrice è stata assolta.

Ci sono sicuramente altri elementi di critica relativamente alla sentenza ma occorre anche rilevare che la professione infermieristica in questi ultimi anni ha conosciuto una forte evoluzione sia dal punto di vista legislativo che relativamente alle responsabilità professionali assunte dagli Infermieri, di conseguenza anche la Magistratura ha iniziato a 'interessarsi' alle professioni sanitarie non esclusivamente mediche.

E' comunque necessario proseguire la riflessione intra professionale su quale sia la significativa differenza tra l'atto sanitario (effettuabile da medici, infermieri, ostetriche, infermieri generici in quota parte, ecc.) e l'atto infermieristico effettuabile solo ed unicamente dall'infermiere (ex professionale).

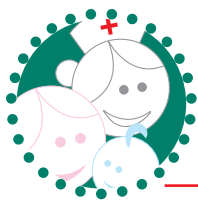
Sono questi gli atti e quindi la professionalità squisitamente infermieristica che devono essere tutelati dalla Federazione e dall'intera compagine professionale infermieristica.

Cordiali saluti.

La presidente

Annalisa Silvestro





Dalla parte del bambino

20

A cura di Giovanni Borrelli*

INTRODUZIONE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il maltrattamento e l'abuso sessuale sul bambino costituiscono un problema primario di salute pubblica e rappresentano un fenomeno dilagante che può determinare conseguenze devastanti sullo sviluppo psicofisico infantile [1,2]. Il "maltrattamento o abuso sui minori" è definito come tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere [3,4]. L'OMS ha stimato che nel 2002 i bambini morti, in tutto il mondo, in seguito a maltrattamento sono stati quasi 53.000. Per ogni omicidio di minore si contano altre 20-40 vittime di violenze non mortali che richiedono trattamento ospedaliero; 150 milioni le ragazze e 73 milioni i ragazzi minori di 18 anni che sono stati costretti ad avere rapporti sessuali o hanno subito altre forme di violenza sessuale.

Un recente studio condotto dall'Organizzazione delle Nazioni Unite sulla violenza ai bambini [5] ha fornito un quadro più chiaro della complessità, dell'ampiezza e della diffusione del problema. Secondo questo studio, i neonati ed i bambini in età prescolare sono a grandissimo rischio di maltrattamento

*Il maltrattamento e l'abuso sessuale sul bambino:
approccio in Pronto Soccorso Pediatrico
al Regina Margherita di Torino*

con esito letale, in ragione della loro dipendenza, della loro vulnerabilità e della loro relativa invisibilità sociale. Il rischio di un abuso che si riveli letale è due o tre volte maggiore nei paesi a basso e medio reddito rispetto a quelli ad alto reddito. È inoltre maggiore in società caratterizzate da disuguaglianze economiche, rispetto a quelle dove la ricchezza è distribuita più uniformemente. La causa di morte più comune è la ferita alla testa, seguita dalla ferita addominale e dal soffocamento intenzionale. Sebbene non sia possibile specificare la proporzione di omicidi di minori commessi dai genitori e da altri membri della famiglia, studi particolari, condotti soprattutto in paesi ad alto reddito, suggeriscono che i membri della famiglia sono responsabili della maggioranza degli omicidi di minori tra zero e quattordici anni [6-8]. Sono tante le controversie in gioco,



sul piano valutativo e culturale, che ne rendono complessa la rilevazione e la diagnosi; tuttavia un approccio esplicativo e un ascolto competente e sensibile consentono sia di dare significato ai "segni" ed agli indicatori dell'abuso, sia di illuminare e dare



voce ai sentimenti penosi e inquietanti del bambino [9,10]. Allo scopo di garantire un'efficace accoglienza in Pronto Soccorso Pediatrico (PSP) del bambino vittima di abuso e/o maltrattamento, nella nostra realtà operativa è stato implementato un approccio al fenomeno di tipo interdisciplinare promuovendo il lavoro d'equipe, per fronteggiare i limiti psicologici individuali. Tale approccio assistenziale si prefigge di perseguire gli obiettivi di diagnosi precoce e cura, prevenzione, formazione e ricerca.



IL RICONOSCIMENTO DEL MALTRATTAMENTO E DELL'ABUSO SESSUALE IN PSP

Sospettare e accertare un caso di abuso sessuale o di maltrattamento sul minore in PSP, significa operare un intervento delicato e complesso che presuppone un alto grado di competenza e professionalità in ciascuno degli operatori che, pur con compiti e modalità diverse, ne prendono parte. Il riconoscimento del caso richiede una formazione specifica degli operatori del PSP soprattutto per l'infermiere di triage. Il primo contatto avviene con l'infermiere di triage la cui formazione, in questo campo, riveste un'importanza cruciale nell'obiettivo di formulare una giusta valutazione non solo nell'applicare protocolli operativi sanitari, ma nel porre in atto una serie di strategie efficaci alla gestione dell'ansia del bambino e dei suoi accompagnatori. La complessità e la delicatezza del caso impone all'infermiere triagista di possedere, oltre alla disponibilità personale che è "innata", anche conoscenze psicologiche ed abilità relazionali quali l'empatia, la capacità di ascolto, di sintesi in modo efficace, ma soprattutto conoscenze tecniche e metodologiche di base affinate, disciplinate ed implementate tramite adeguati corsi di formazione e di retraining. L'approccio al bambino vittima di abuso sessuale o maltrattamento implica, dunque, un'attenzione particolare alla relazione interpersonale fra il personale sanitario e il bambino stesso: tale relazione costituisce il microcosmo all'interno del quale si producono importanti processi che influenzano in modo significativo i risultati

dell'intervento sanitario. L'identificazione in fase iniziale è particolarmente importante, in quanto permette di intervenire efficacemente, evitando le ripercussioni sullo sviluppo del bambino. Molti casi non sono identificati in relazione a fattori diversi:

- incertezza nella sua delimitazione, in ambito fisico e psichico, rispetto a usi e tradizioni familiari e sociali;
- mascheramento da parte non solo degli aggressori e della famiglia, ma anche delle vittime stesse, per timori di ulteriori violenze o senso di colpa;
- resistenza psicologica

ad ammettere un fenomeno ritenuto aberrante, e quindi a ricercarlo oppure a riconoscerlo se lo si incontra;

- scetticismo sulla efficacia degli interventi;
- inosservanza dei doveri di legge, che impongono la denuncia/segnalazione all'Autorità dei reati per i quali si procede d'ufficio (abbandono, abuso dei mezzi di correzione, maltrattamento in famiglia, violenza sessuale) e dei quali si venga a conoscenza nell'esercizio dell'attività sanitaria.

Il maltrattamento è talvolta segnalato dal bambino stesso, da un familiare, spesso un genitore separato, o da estranei, ma più frequentemente viene sospettato nel corso di un controllo medico per altro motivo, in base alla storia, ai comportamenti, ai dati obiettivi. Questi elementi non sono assoluti e vanno valutati con prudenza, per la delicatezza del problema, per la necessità di salvaguardare il bambino e la sua famiglia e per evitare false diagnosi, con possibili gravi conseguenze. Singolarmente essi hanno un valore relativo, a parte i casi estremi; associati tra loro acquistano maggior valenza rendendo più chiaro l'approfondimento del caso. Per ciascuno di essi vanno opportunamente considerate situazioni accidentali o naturali che escludono ogni volontarietà.

ELEMENTI DI SOSPETTO DEL MALTRATTAMENTO FISICO

Nel caso in cui l'infermiere triagista venga a conoscenza del fenomeno direttamente da chi accompagna il bambino, assegna il codice di priorità gial-



lo (al fine di creare un percorso clinico-assistenziale e terapeutico preferenziale) e raccoglie una breve anamnesi in un ambiente tranquillo. Qualora il quadro clinico non sia ben chiaro, al fine di individuare il sintomo principale, risulta necessario indagare ulteriormente: in questo caso l'anamnesi va raccolta senza pregiudizi né atteggiamenti inquisitori e con senso di disponibilità all'aiuto dell'intero nucleo familiare e non solo del bambino. Gli elementi desumibili dalla storia sono elencati nella tabella 1. Nel maltrattamento familiare infatti vanno tenute presenti tre componenti di rischio:

- 1) Bambini "predisposti": disabili, immaturi, illegittimi, caratteropatici, iperattivi sono più frequentemente vittime rispetto agli altri;
- 2) Genitori "a rischio" (immaturi, depressi, socialmente aggressivi, spesso a loro volta maltrattati in età infantile) e famiglie "a rischio" (degrado morale, economico, culturale, disaggregazione, isolamento, promiscuità);
- 3) Eventi scatenanti anche banali (malattie intercorrenti, pianto incoercibile del lattante) o importanti (perdita del lavoro, decesso di un familiare, separazione familiare, dipendenze da alcool o droghe). Si deve pertanto sempre approfondire l'anamnesi familiare, oltre che quella personale, raccogliendola separatamente dagli accompagnatori e dai due genitori nonché dallo stesso bambino, ove l'età lo permetta, ed eventualmente ripetendola in tempi brevi.

Vedi tabella 1.

Nell'abuso sessuale, particolarmente se ripetuto, gli elementi anamnestici da considerare sono in parte diversi e caratteristici (tab. 2) mentre i comportamenti dei familiari e/o del bambino sono spesso indicativi (tab. 1, punti 5,6), ma anche a questo riguardo bisogna tener presente le possibili situazioni non collegate al maltrattamento.

Vedi tabella 2.

BAMBI - AMBULATORIO DEDICATO

L'esame obiettivo deve essere generale e accurato, con una descrizione minuziosa delle lesioni e possibilmente con la loro documentazione fotografica. Esso richiede la massima delicatezza per non aggiungere ulteriori violenze, particolarmente in caso di abuso sessuale.

A completamento dei dati clinici va ricordato che alcuni accertamenti, di per sé, rivelano un maltrattamento insospettato:

- fratture delle ossa lunghe a livello delle metafisi o a spirale, in un bambino che non cammina (in assenza di malattie responsabili di fratture patologiche);
- fratture costali in età inferiore a 5 anni;
- ematomi sottodurali o subaracnoidei in lattanti, soprattutto in assenza di segni esterni (sindrome del bambino scosso);
- malattie sessualmente trasmesse in caso di abuso sessuale, purché sia esclusa la possibilità, nei primi anni di vita, della trasmissione perinatale;
- livelli incompatibili con l'asserita assunzione accidentale di tossici esogeni.

Il ricovero ospedaliero è indispensabile nei casi gravi ed è utile comunque per interrompere una crisi in atto, per approfondire le indagini e per effettuare consulenze specialistiche. In molti casi tuttavia il ricovero può essere evitato mediante l'osservazione temporanea per breve periodo o l'esecuzione degli accertamenti ambulatorialmente.

Le indagini vanno finalizzate a confermare il sospetto di maltrattamento e a documentarne l'entità e le conseguenze; devono pertanto mirare a:

- 1) Escludere le patologie che mimano il maltrattamento fisico;
- 2) Documentare le lesioni fisiche, con un preciso esame obiettivo, corredato da fotografie e dalle opportune metodiche di diagnostica per immagini;
- 3) In caso di violenza sessuale recente (72 ore):
 - a. raccogliere e conservare elementi probatori del contatto (peli pubici e capelli presenti sul corpo o nei vestiti della vittima, eventuale sperma o sangue);
 - b. documentare eventuali agenti di malattie a trasmissione sessuale;
 - c. ricercare segni indicativi del Disturbo Reattivo dell'Attaccamento dell'Infanzia o della Prima Fanciullezza;
 - d. approfondire la situazione psicologica del bambino e quella relazionale della famiglia, senza limitarsi all'invio allo specialista.

I passi successivi sono rappresentati dalla **segna-**



Tab. 1 - Elementi di sospetto del maltrattamento fisico

ELEMENTI DI SOSPETTO	DA CONSIDERARE
1. Mancato/tardivo ricorso alle cure mediche (effettuato in genere per complicazioni del maltrattamento)	Comparsa tardiva di sintomi (es. ematoma esterno nel trauma cranico del lattante)
2. Anamnesi incerta o contraddittoria	Genitori non presenti all'incidente; non necessariamente finalizzata a mascherare un maltrattamento (bambino che nasconde la trasgressione di un divieto)
3. Contrasto tra anamnesi e obiettività - ustione importante da contatto fugace; - trauma isolato (es. frattura di zigomo in asserita caduta dalle scale); - intossicazione da farmaco non alla portata di un lattante; - trauma cranico grave da caduta accidentale in casa.	Bambino affidato ad altri (asili nido, baby-sitter)
4. Ripetizione degli "eventi" con tendenza a progressivo aggravamento	Bambino "accident prone", storia naturale della malattia
5. Atteggiamento dei familiari: - Indifferenza rispetto a situazioni serie - Minimizzazione/negazione dell'evidenza - Colpevolizzazione di altri	Senso di colpa dei genitori per l'incidente o preoccupazione per l'aggravamento dei sintomi della malattia
6. Comportamento del bambino - Pianto del lattante non consolato dal genitore - Bambino impaurito, reticente, passivo, apatico o violento, aggressivo o iperattivo - Attaccamento indiscriminato verso estranei	Valutazione delle varianti individuali del comportamento

ELEMENTI DI SOSPETTO DI ABUSO SESSUALE

Tab. 2 - Elementi di sospetto di abuso sessuale

ELEMENTI DI SOSPETTO	DA CONSIDERARE
Racconto del minore	Da raccogliere separatamente, in ambiente riservato
Racconto di altri	Soprattutto nella violenza ripetuta
Disturbi urinari (disuria, infezioni ripetute, enuresi)	Soprattutto nella violenza ripetuta
Turbe dell'alvo (stipsi, ematochezia, encopresi)	Soprattutto nella violenza ripetuta
Ragadi, emorroidi	Soprattutto nella violenza ripetuta
Turbe del sonno, incubi, pavor nocturnus	
Turbe del comportamento: - anoressia, bulimia; ridotto rendimento scolastico; masturbazione, atteggiamenti o comportamenti sessuali da adulto; depressione.	Soprattutto nella violenza ripetuta
Tentativi di suicidio	Soprattutto nella violenza ripetuta

lazione ai Servizi Sociali Ospedalieri o del Territorio e gli obblighi di segnalazione alle Autorità Giudiziarie.

Il principio su cui si fonda l'"Ambulatorio Dedicato" vuole essere quello di ridare ad un bambino, che è stato violato nel corpo e nello spirito, la considerazione come "persona" e la rassicurazione sul suo stato di salute fisico. L'obiettivo del PSP (e quindi dell'Ambulatorio Dedicato) è quello di garantire al bambino con sospetto abuso e/o maltrattamento che accede alla struttura un percorso preferenziale che permetta di:

- gestire il livello d'ansia presente nel minore e in chi lo accompagna impedendone così ripensamenti e fughe;

- eseguire una visita al minore da parte di personale "dedicato" con competenze specifiche e strumentazione adeguata;
- documentare in modo adeguato l'iter del minore al suo arrivo in ospedale;
- attivare nel minor tempo possibile, in tutti i casi in cui vi sia la necessità, una indagine sociale sulla famiglia;
- impedire "intasamento" del PSP;
- trasmettere in tempi brevi le necessarie segnalazioni alla procura adulti e minori;
- permettere l'applicazione di un protocollo di un intervento univoco a tutti i bambini;
- effettuare prestazioni strumentali e di laboratorio esenti da ticket.



LA NOSTRA CASISTICA

ANNO	NUOVI CASI
2002 (dal 1° giugno al 31.12.02)	22
2003	39
2004	43
2005	70
2006	125
2007	138
2008	154

ANNO 2008	NUOVI CASI
Primi accessi	154
Controlli in follow-up	71
Totale visite	225
Prese in carico sociali	60
Referti/segnalazioni in Procura, Tribunale Minorile e/o Tribunale Ordinario di Torino e Regione Piemonte	103

24

BIBLIOGRAFIA

- [1] WHO, World Report on Violence and Health (Ginevra), 2002.
- [2] Chard KM. An Evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73 (5):965-71.
- [3] Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSCPV/99.1).
- [4] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA *et al.* eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- [5] Organizzazione delle Nazioni Unite Studio sulla Violenza ai bambini. 2006. www.violencestudy.org/r25. Ultima consultazione 09 settembre 2009.
- [6] Manna E. Censis: sintesi della ricerca "Sfruttamento sessuale e minori", Pianeta Infanzia due, Firenze, Centro di documentazione e analisi dell'infanzia e dell'adolescenza, Istituto degli Innocenti, maggio 1998.
- [7] Foti C. L'ascolto dell'abuso e l'abuso nell'ascolto. Abuso sessuale sui minori: contesto clinico, giudiziario, sociale. Franco Angeli Editore, Milano, 2003.
- [8] Candelori C, Mancone A. Genitorialità: situazioni a rischio e psicopatologiche. In M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2001, pp. 91-124.
- [9] Walsh WA, Cross TP, Jones LM *et al.* Which sexual abuse victims receive a forensic medical examination? The impact of Children's Advocacy Centers. *Child Abuse & Neglect*, Volume 31, Issue 10, October 2007, Pages 1053-1068.
- [10] Edinburgh L, Saewyc E, Levitt C. Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based children's advocacy center. *Child Abuse & Neglect* Volume 32, Issue 12, December 2008, Pages 1119-1126.

* *Specialista in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, S.C. Pediatria d'Urgenza A.O. OIRM - S. Anna, Torino*

Algorà
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: Vicolo caratteristico 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@ipasvicom.it

Numero chiuso il 7 luglio 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.

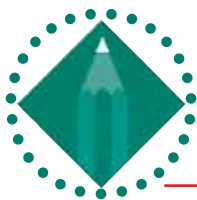
Il testo dei contributi deve essere dattiloscritto, possibilmente su file (formato Word) ed accompagnato da un breve riassunto (max 200 parole). Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità e vanno numerate progressivamente e/o accompagnate da didascalie. Vanno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

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

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

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





È evidente che...

A cura di Lenzi Lorena¹

Estratto dall'elaborato finale per la tesi di Laurea in Scienze Infermieristiche

... le infezioni respiratorie possono essere il risultato di infezioni causate da batteri anaerobi. Tali batteri possono annidarsi tra i componenti della cavità orale (sono più di 300 specie), quali i denti, la mucosa orale, la saliva, la superficie delle protesi dentali e la placca dentale, che diventano quindi potenziali serbatoi per la loro colonizzazione (Terpenning *et al.*, 2001), (Ohrui *et al.*, 2006). Dal cavo orale, i batteri possono migrare nei polmoni attraverso la saliva o le particelle contaminate che vengono

Gli interventi infermieristici di igiene del cavo orale possono contribuire alla riduzione delle infezioni respiratorie dell'anziano

la principale causa di morte tra gli anziani delle case di riposo, con una percentuale di mortalità tra il 7% e il 41% (Bassim *et al.*, 2008). Gli anziani sono inoltre più a rischio di aspirazione perché fisiologicamente diminuiscono i riflessi della deglutizione e della tosse che proteggono le vie aeree dalle secrezioni orofaringee (Weitzel *et al.*, 2006).

Questo articolo ha lo scopo di verificare, attraverso la ricerca bibliografica effettuata, se gli interventi infermieristici di igiene del cavo orale possono contribuire alla riduzione delle infezioni respiratorie dell'anziano e come devono essere effettuati perché siano efficaci.

MATERIALI E STRUMENTI

Per rispondere al quesito "gli interventi infermieristici di igiene del cavo orale possono contribuire alla riduzione delle infezioni respiratorie dell'anziano?" è stata condotta una revisione della letteratura tramite la consultazione delle banche dati elettroniche Medline sulla piattaforma ufficiale PubMed, CINAHL e Cochrane Library partendo dalla piattaforma del Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (Sbbl) attraverso la Biblioteca Scientifica dell'Ospedale S. Anna di Como. Il quesito è stato scom-

posto nelle seguenti parole chiave: *old* adults, old* people, elderly, aged, old age, aged 80 and over; oral hygiene, oral care, oral health; nurs*, nurs* care, nurs* assessment, nurs* education; respiratory tract infection*, lung infection*, pneumonia*. La strategia di ricerca è stata impostata



aspirate e possono causare polmoniti (Jablonski *et al.*, 2005). Il problema è particolarmente rilevante nella popolazione anziana: le infezioni polmonari sono infatti la causa dei principali problemi di salute collegati alla mortalità delle persone anziane (Awano *et al.*, 2008), in particolare sono



sia come parola chiave utilizzando il thesaurus di ciascuna banca dati, sia in parola libera; i risultati sono stati combinati tra loro utilizzando gli operatori booleani OR e AND. Per ottenere materiale pertinente ai fini della ricerca sono stati definiti i seguenti criteri di inclusione: popolazione anziana con respiro autonomo, articoli in lingua italiana, inglese e francese e articoli redatti dal 2000 ad oggi. I criteri di esclusione sono stati: documenti che richiedessero un pagamento per la consultazione e articoli non pertinenti con l'argomento di ricerca. La ricerca è proseguita consultando siti di interesse infermieristico (www.evidencebasednursing.it - www.rnao.org - www.guideline.gov - www.joannabriggs.edu.au) e siti internet di ambito geriatrico. Sono state passate in rassegna alcune riviste infermieristiche (Nursing Oggi, Assistenza Infermieristica e Ricerca, Professioni Infermieristiche) ed infine sono stati consultati libri di testo di ambito geriatrico ed infermieristico. Il materiale reperito è stato in seguito analizzato criticamente e sono stati selezionati 47 documenti ritenuti più rilevanti e utili ai fini della ricerca, tra cui 4 revisioni sistematiche, 2 studi randomizzati controllati e 3 linee guida.

DISCUSSIONE

Abe *et al.* (2008) hanno dimostrato che pulire la lingua agli anziani edentuli porta a una notevole riduzione quantitativa dei batteri orali e che un'efficace igiene del cavo orale riduce l'incidenza di infezioni delle vie respiratorie e la mortalità per polmonite (Coleman, 2004). A dimostrazione di ciò, Yoneyama *et al.* (2002) hanno effettuato uno studio randomizzato su 417 anziani, residenti in 11 case di riposo. Al gruppo assegnato alle cure venivano spazzolati i denti incluso il palato, la mucosa mandibolare e il dorso della lingua, dagli operatori sanitari - per cinque minuti dopo ogni pasto - due volte al giorno. Inoltre ricevevano le cure dell'igienista dentale e del dentista quando necessario. I risultati hanno dimostrato una riduzione dell'incidenza di polmonite dal 19% all'11% con conseguente riduzione del 50% della mortalità per polmonite rispetto ai soggetti che eseguivano l'igiene orale autonomamente. Poiché non sono state osservate differenze tra pazienti con denti propri e pazienti edentuli, i dati suggeriscono che l'aumento della colonizzazione di batteri

nell'orofaringe è indifferente all'assenza o presenza di denti: anche negli anziani edentuli sono quindi importanti le cure del cavo orale per ridurre le malattie gengivali e la placca, che contribuiscono ad aumentare la colonizzazione batterica (Oh *et al.*, 2004; Loeb *et al.*, 2003).

La popolazione anziana ha una maggiore prevalenza di problemi orali e dentali a causa della maggiore incidenza di alcune patologie che interessano direttamente il cavo orale. La tipica comorbidità dell'anziano predispone agli effetti secondari della polifarmacoterapia, di cui il cavo orale è un bersaglio frequente (xerostomia, infezioni da Candida) e a limitazioni funzionali e cognitive (ridotta capacità di movimento o di comprensione). La coesistenza di questi problemi, unita alle difficoltà economiche e di accesso ai servizi, riduce drasticamente la possibilità di prevenire e curare le patologie orali (Lunardelli e Pizzi, 2004). Gli anziani che vivono in strutture protette sono particolarmente a rischio, non solo perché più fragili e disabili, ma anche perché l'igiene orale, in tali ambienti di vita e di assistenza, non è considerata una priorità né una misura di prevenzione (Fitzpatrick J., 2000).

Sulle modalità per l'igiene orale *The Joanna Briggs Institute* (2004) ha pubblicato una revisione sistematica e ha fornito le prove di efficacia sui provvedimenti più validi da adottare per gli adulti con demenza nelle case di cura per anziani: spazzolare regolarmente i denti, la lingua e le gengive con dentifricio al fluoro; lavare i denti "dal rosa al bianco", cioè dalla gengiva al dente; tenere lo spazzolino con una inclinazione di 45° rispetto alle gengive e ai denti; bere e utilizzare acqua con fluoro per cucinare; applicare dentifricio con fluoro ultra forte 5000ppm; sciacquare o applicare prodotti in gel; utilizzare clorexidina gluconato come antimicrobico in gel o collutorio/spray; utilizzare sostitutivi della saliva o utilizzare regolarmente gomme da masticare senza zucchero per ridurre la xerostomia; pulire regolarmente la protesi e rimuoverla durante la notte; ridurre la quantità e la frequenza di assunzione di zucchero; far controllare regolarmente i denti e far effettuare una pulizia di tipo professionale.

Una recente Linea Guida della *Registered Nurses' Association of Ontario* (2008) aggiunge inoltre di effettuare un regolare controllo della protesi per



individuare eventuali danneggiamenti (bordi taglienti, scheggiature, perdita di denti); porre attenzione ai farmaci che danno xerostomia e consultare eventualmente il medico per ridurli o impiegare farmaci alternativi e utilizzare il filo interdentale almeno una volta al giorno. Quest'ultima pratica è relativamente nuova per la maggior parte delle persone anziane ma è importante promuoverne l'abitudine per prevenire e rimuovere la placca dentale che causa malattie gengivali, principale causa della perdita di denti (Holman *et al.*, 2005).

Sarin *et al.* (2008) raccomandano inoltre, per l'igiene delle protesi, di: rimuoverle e lavarle a fondo con spazzolino, acqua e sapone due volte al giorno dopo i pasti; rimuoverle anche di notte, lavarle e immergerle in una tazza piena di acqua naturale; fare risciacqui con soluzione di clorexidina allo 0,12% 30 o 60 minuti dopo aver lavato i denti o in un altro momento della giornata per evitare di dissipare gli effetti terapeutici del dentifricio al fluoro e applicare una crema emolliente sulle labbra completata l'igiene orale.

Riguardo ai prodotti per l'igiene orale la ricerca ha evidenziato che: i tamponi per l'igiene del cavo orale (neutri o già imbevuti di soluzioni specifiche) risultano essere gli strumenti preferiti dagli infermieri, ma sono inefficaci per la pulizia della superficie dei denti ed il controllo della placca dentale in quanto non sostituiscono l'uso dello spazzolino, ma possono essere usati per pulire la mucosa orale e prevenire traumi sui tessuti delicati (Coleman, 2002).

I tamponi al limone e alla glicerina sono stati utilizzati nella pratica clinica per più di sessanta anni ma sono considerati inefficaci sia per pulire sia per idratare il cavo orale; inoltre, il limone riduce il pH del cavo orale dai valori normali di 6-7 a 2-4; la condizione acida irrita le mucose, provoca dolore, decalcifica i denti e aumenta il rischio di carie dentali. Coleman (2002) evidenzia che la glicerina disidrata la mucosa orale.

Per i risciacqui del cavo orale l'uso del perossido di idrogeno, che ha attività antimicrobica e permette la rimozione meccanica dei residui di cibo, risulta essere sgradito alla persona e recenti prove di efficacia indicano che può danneggiare la mucosa orale (Coleman, 2002), mentre l'uso del bicarbonato di sodio è controverso: scioglie il

mucosa e i residui dalla mucosa orale ma ha un pessimo gusto e, se non diluito in modo appropriato, può causare ustioni sulla mucosa orale. Inoltre, alterando il pH, può distruggere la flora comunemente presente. È importante segnalare che la placca batterica continua ad accumularsi quando gli sciacqui del cavo orale sono l'unica forma di igiene orale (Coleman, 2002).

La clorexidina (collutorio, spray o gel) presenta notevoli capacità antisettiche e battericidi. Oggi è il miglior antibatterico utilizzato in campo odontoiatrico, maggiormente sotto forma di collutorio in soluzioni alle concentrazioni dello 0,12% o dello 0,2% (Sekino *et al.*, 2004). È efficace anche sulla placca batterica colonizzata dai germi responsabili delle polmoniti, riduce quindi il rischio di polmoniti nosocomiali e il suo utilizzo è consigliato soprattutto negli anziani istituzionalizzati, nelle persone sottoposte a chemioterapia, nelle persone in genere che necessitano di un'efficace cura del cavo orale (Coleman, 2002).

CONCLUSIONI

La prevenzione della polmonite in ospedale deve concentrarsi sulla riduzione dei rischi di aspirazione e prevenire la colonizzazione del tratto respiratorio: un intervento semplice e di basso costo è l'igiene del cavo orale (Weitzel *et al.*, 2006), che può avere effetti significativi anche sulla riduzione dei giorni di ricovero, dei tassi di mortalità e degli alti costi di cura sanitaria (Terpenning *et al.*, 2002). Si potrebbe in questo modo evitare circa 1 caso su 10 di morte per polmonite, che è la principale causa di morte tra gli anziani delle case di riposo. Alcuni studi svolti in ambito ospedaliero sia in reparti geriatrici per acuti sia di riabilitazione, hanno però evidenziato la disabitudine ad effettuare l'esame di routine della bocca da parte dei medici (Morgan *et al.*, 2001). Ugualmente, in campo infermieristico, vi sarebbe una scarsa attitudine a mettere in atto misure di igiene orale a causa di un gap tra conoscenze teoriche ed applicazioni pratiche (Preston *et al.*, 2000; Gil-Montoya *et al.*, 2006; Costello e Coyne, 2008).

Da ciò consegue che il personale infermieristico ha una diretta responsabilità nell'effettuazione di un'accurata valutazione dello stato del cavo orale nella persona anziana (prima fase del processo di assistenza infermieristica), per identificare even-



tuali problemi e pianificare interventi appropriati per curare e prevenire le malattie e le complicanze legate ad una scarsa igiene del cavo orale (Roberts, 2000).

Ulteriori responsabilità sono legate alla funzione educativa del personale sanitario verso persone assistite e *care giver*. Lunardelli *et al.* (2005) affermano che un'efficace educazione sanitaria passa attraverso un intervento multiprofessionale (geriatrici, odontoiatri, infermieri) e che potrebbe portare a realizzare linee guida e protocolli che possono rappresentare un importante riferimento per l'assistenza e l'igiene orale in persone anziane con disabilità e compromissione cognitiva.

Lavorando insieme, infermieri e professionisti dentali, possono incentivare maggiore consapevolezza, educazione e pratica clinica per promuovere alti *standard* di cura del cavo orale e migliorare la salute orale e la qualità di vita delle persone anziane (Coleman, 2005).

Poiché l'igiene del cavo orale rientra nelle norma-

li abitudini quotidiane e la sua frequenza può variare secondo la consapevolezza della persona circa l'importanza di tale atto (Sironi e Baccin, 2006), ottenere che una persona anziana segua le istruzioni riguardanti i trattamenti può rappresentare una sfida, anche in considerazione di oggettive difficoltà nell'osservanza delle procedure, quali vista o udito scarsi, inabilità fisica o inconsapevolezza dell'importanza di eseguire una efficace igiene orale (Chiaromonti e Donati, 2000). La mancanza di conoscenze che spesso le persone anziane e i loro *caregivers* hanno riguardo all'importanza dell'igiene del cavo e ai rischi e alle complicanze che una scarsa igiene provoca a livello sistemico genera la nascita di un bisogno di assistenza infermieristica che può essere soddisfatto unicamente dal professionista infermiere, in quanto egli possiede le conoscenze, la competenza tecnica e l'indirizzo deontologico che possono portare alla risoluzione del bisogno (Cantarelli, 2003).

BIBLIOGRAFIA

- Abe S., Ishihara K., Adachi M., Okuda K. (2008) Tongue-coating as risk indicator for aspiration pneumonia in edentate elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 47(2): 267-275
- Awano S., Ansai T., Takata Y., Soh I., Akifusa S., Hamasaki T., Yoshida A., Sonoki K., Fujisawa K., Takehara T. (2008) Oral Health and Mortality Risk from Pneumonia in the Elderly. *Journal of Dental Research*, 87 (4): 334-339
- Bassim C.W., Gibson G., Ward T., Paphides B.M., DeNucci D.J. (2008) Modification of the Risk of Mortality from Pneumonia with Oral Hygiene Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56 (9): 1601-1607
- Cantarelli M. (2003) *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. 2^a edizione. Milano: Masson.
- Chiaromonti G., Donati D. (2000) *Assistenza geriatrica*. Milano: McGraw-Hill
- Coleman P. (2002) Improving Oral Health Care for the Frail Elderly: a Review of Widespread Problems and Best Practices. *Geriatric Nursing*, 23(4): 189-197
- Coleman P. (2004) Pneumonia in the long-term care setting: etiology, management and prevention. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(4): 14-23
- Coleman P. (2005) Opportunities for nursing-dental collaboration: Addressing oral health needs among the elderly. *Nursing Outlook*, 53(1): 33-39
- Costello T., Coyne I. (2008) Nurses' knowledge of mouth care practices. *British Journal of Nursing*, 17(4): 264-268
- Fitzpatrick J. (2000) Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6): 1325-1332
- Gil-Montoya J.A., Ferreira de Mello A.L., Cardenas C.B., Lopez I.G. (2006) Oral Health Protocol for the Dependent Institutionalized Elderly. *Geriatric Nursing*, 27(2): 95-101
- Holman C., Roberts S., Nicol M. (2005) Promoting oral hygiene. *Nursing Older People*, 16(10): 37-38
- Jablonski R.A., Munro C.L., Grap M.J., Elswick R.K. (2005) The Role of Biobehavioral, Environmental, and Social Forces on Oral Health Disparities in Frail and Functionally Dependent Nursing Home Elders. *Biological Research for Nursing*, 7(1): 75-82
- Loeb M.B., Becker M., Eady A., Walker-Dilks C. (2003) Interventions to Prevent Aspiration Pneumonia in Older Adults: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(7): 1018-1022
- Lunardelli M.L., Pizzi S. (2004) Salute orale dell'anziano: un aspetto determinante per la qualità di vita. *Giornale di Gerontologia*, 52(5): 236-242
- Lunardelli M.L., Pizzi S., Fazzi M., Frigeri S., Giordano A., Manfredi M., Modugno M., Nardelli A., Vescovi P. (2005) Oral care



- nella Unità Geriatrica per Acuti: risultati di un progetto di formazione sul campo. *Giornale di Gerontologia*, 53(5): 199-204
- Morgan R., Tsang J., Harington N., Fook L. (2001) Survey of hospital doctors' attitudes and knowledge of oral conditions in older patients. *Postgraduate Medical Journal*, 77(908): 392-394
 - Oh E., Weintraub N., Dhanani S. (2004) Can We Prevent Aspiration Pneumonia in the Nursing Home? *Journal of the American Directors Association*, 5(3) 174-179
 - Ohru T., Matsui T., Yoshida M., Yoneyama T., Adachi M., Akagawa Y., He M., Yamaya M., Arai H., Sasaki H. (2006) Dental status and mortality in institutionalized elderly people. *Geriatrics & Gerontology International*, 6(2): 101-108
 - Preston A.J., Punekar S., Gosney M.A. (2000) Oral care of elderly patients: nurses' knowledge and views. *Postgraduate Medical Journal*, 76(892): 89-91
 - Registered Nurses' Association of Ontario (2008) *Oral Health: nursing assessment and interventions - Nursing Best Practice Guideline* [on line] Disponibile da: www.mao.org/Storage/50/4488_Oral_Health-jan9.09-web.pdf [consultato il 12 maggio 2009]
 - Roberts J. (2000) Developing an oral assessment and intervention tool for older people:1. *British Journal of Nursing*, 9(17): 1124-1127.
 - Sarin J., Balasubramaniam R., Corcoran A.M., Laudendbach J.M., Stoopler E.T. (2008) Reducing the Risk of Aspiration Pneumonia among Elderly Patients in Long-Term Care Facilities through Oral Health Interventions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9 (2): 128-135
 - Sekino S., Ramberg P., Uzel N.G., Socransky S., Lindhe J. (2004) The effect of a chlorhexidine regimen on de novo plaque formation. *Journal of Clinical Periodontology*, 31(8): 609-614
 - Sironi C., Baccin G. (2006) *Procedura per l'assistenza infermieristica*. Milano: Masson
 - Terpenning M.S., Arbor A., Shay K. (2002) Oral Health is Cost-Effective to Maintain but Costly to Ignore. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (3): 584-585
 - Terpenning M.S., Taylor G.W., Lopatin D.E., Kerr C.K., Dominguez B.L., Loesche W.J. (2001) Aspiration Pneumonia: Dental and Oral Risk Factors in an Older Veteran Population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5): 557-563
 - The Joanna Briggs Institute (2004) Oral hygiene care for adults with dementia in residential aged care facilities. *Best Practice. Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals*, 8(4) [on line] Disponibile da: www.joannabriggs.edu.au/pdf/BPISEng_8_4.pdf [consultato l'8 maggio 2009]
 - Weitzel T., Robinson S.B., Holmes J. (2006) Preventing Nosocomial Pneumonia: Routine oral care reduced the risk of infection at one facility. *American Journal of Nursing*, 106(9): 72A - 72E
 - Yoneyama T., Yoshida M., Ohru T., Mukaiyama H., Okamoto H., Hoshiba K., Ihara S., Yanagisawa S., Ariumi S., Morita T., Mizuno Y., Ohsawa T., Akagawa Y., Hashimoto K., Sasaki H. (2002) Oral Care Reduces Pneumonia in Older Patients in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3): 430-433.

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

RISCOSSIONE QUOTE ANNO 2010

Ricordiamo agli iscritti che il termine per il pagamento della quota di iscrizione per l'anno 2010 è scaduto il 28/02/2010.

Coloro i quali non hanno ancora provveduto al pagamento della quota, possono versare al più presto, l'importo di € 70,00 utilizzando una delle seguenti modalità:

- **c/c postale n. 40220469**
- **bonifico bancario cod. IBAN IT49E 07601 10900 000040220469**

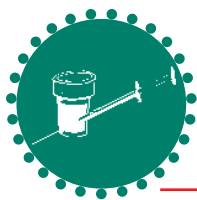
Intestato a Collegio IPASVI Como - causale "quota di iscrizione anno 2010" ed inviare copia della ricevuta via fax al n. 031/262538.

Per qualsiasi informazione contattare la segreteria.

Orari di Segreteria:

da lunedì a venerdì 8.30/12.00 14.00/16.30 - Tel. 031/300218 - Mail: info@ipasvicomo.it





Infermieristica e Cure complementari

Aspettando l'estate

30

A cura di Valentina Iacchia*

In considerazione all'interesse suscitato con il racconto dei rimedi primaverili, proseguo nell'accompagnarvi all'incontro delle cure naturali riguardanti l'estate.

Il primo aspetto da presidiare è l'**idratazione**, si consiglia l'introduzione di almeno 2 litri e mezzo di acqua al dì che va ad aggiungersi ai liquidi che introduciamo con l'alimentazione, questa attenzione viene considerata

vitale e addirittura "ringiovanente" per la medicina Ayurvedica. Naturalmente la prima cosa che dobbiamo

fare è la protezione della nostra pelle. In vacanza la pelle può correre molti pericoli a causa delle "aggressioni" degli agenti esterni, siano essi raggi solari troppo intensi, umidità, punture d'insetto, sostanze urticanti. Per fortuna la natura ci viene in soccorso con una serie di rimedi che possiamo portare in viaggio o procurarci facilmente nel luogo di villeggiatura. Ad esempio se vi siete esposti per lunghe ore al sole, soprattutto nei primi giorni di vacanza, è probabile che vi ritroviate con la **pelle arrossata** e calda. Un rimedio naturale efficace è l'impacco di lattuga. Si prepara facendo scaldare in acqua bollente 2-3 foglie di lattuga che vanno poi tritate e messe su due garze. L'impacco va applicato sulla pelle arrossata per almeno venti minuti, poi si risciacqua con acqua fresca. Se invece si sono provocate delle vere e proprie scottature rinfrescate e reidratate la pelle scottata, con dell'idrolato di lavanda. Imbevete con questo liquido una garza e applicatela sulla zona di pelle infiammata. Dopo l'applicazione stendete un velo di pomata di resque remedy (rimedio d'emergenza dei fiori di Bach). Tutto ciò accelererà la guarigione. Anche il problema delle **micosi** estive, favorite dal caldo/umido, è

un problema che si può tentare di arginare con rimedi naturali prima dell'utilizzo degli antimicotici classici; il rimedio naturale per eccellenza è l'olio di melaleuca o tea tree, da applicare puro o diluito sulla parte lesa dopo averla ben lavata e asciugata.

Se si sceglie di diluirlo, basta mettere una goccia di melaleuca in un cucchiaino di olio vegetale, per esempio di germe di grano, e procedere poi con l'applicazione. Se invece

il fastidio che dobbiamo gestire riguarda la **puntura d'insetto** si possono utilizzare dei gel a base di Aloe, rinfrescante e lenitiva, e dei rimedi omeopatici molto efficaci come Ledum palustre, un rimedio omeopatico estratto da una

pianta che vive nelle paludi infestate dalle zanzare. Oppure, se a infastidirvi è soprattutto il dolore pungente, un altro rimedio omeopatico è Apis. Entrambi i rimedi vanno presi nella dose di cinque granuli ogni ora fino al miglioramento del sintomo. Se invece avete avuto la sfortuna di avere un contatto con una medusa, dopo il contatto mettete subito sulla parte interessata una pomata a base di ammoniaca e poi fate uno scrub con della sabbia calda. Quando la pelle si sarà asciugata all'aria, applicate della crema alla calendula, ottimo rimedio per lenire il bruciore e potente disinfiammante naturale. Inoltre per lavorare sul **drenaggio del corpo**, sulla circolazione, per depurare la linfa e stimolare il metabolismo cellulare è utile un cocktail di gemmoderivati: specifici per il drenaggio cutaneo sono quelli preparati con *Ulmus campestris* (l'olmo), *Cedrus Libani* (il cedro del Libano) e *Platanus orientalis* (il platano). Bere 10 gocce di ogni gemmo derivato sciolte in mezzo bicchiere d'acqua per tre volte al giorno per un mese. Tutto ciò può essere accompagnato da un bagno purificante da fare a sere alterne. Mentre la vasca



si riempie, versare nell'acqua 7 gocce di olio essenziale di pino mugo. Restare immersi 15-20 minuti respirando i sapori balsamici: l'acqua calda smuove dai tessuti le scorie più profonde e li tonifica.

Un'altra problematica da gestire è legata ai **problemi circolatori degli arti inferiori**. Ottime per le gambe sono le proprietà benefiche dell'argilla verde, che unita con acqua si trasforma in un fango da applicare ogni sera, lasciandolo seccare per poi risciac-



quarlo con acqua fredda. Anche l'olio essenziale cipresso è un alleato della salute di vene e capillari. Naturalmente fondamentali son le doccette di Kneipp con getti caldo/ freddi dal basso verso l'alto, tutte le sere. Il problema dell'**ipertensione** deve essere gestito prima di tutto mantenendo una buona volemia quindi, bere molto durante la giornata: acqua minerale non gassata, ma anche succhi e centrifugati di frutta e verdura, oltre ad eventuali integratori salini. In più, si può adottare anche qualche utile accorgimento suggerito dalla dietetica curativa cinese: ridurre gli alimenti "riscaldanti", come carne e alcolici, e privilegiare sapori rinfrescanti, come l'acido e l'amaro; tra le verdure vanno quindi preferite la cicoria e l'indivia.

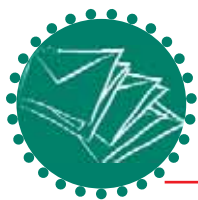
Anche la fitoterapia offre diversi rimedi per riprendersi prontamente da un abbassamento di pressione. Tra questi, per esempio, c'è l'eleuterococco, o ginseng siberiano, che contribuisce, tra l'altro, ad aumentare la resistenza fisica. Si può assumere sotto forma di tintura madre nella dose di 50 gocce in mezzo bicchiere d'acqua, al mattino a digiuno. La cura non va protratta per più di 3 mesi, perché può dare qualche effetto collaterale, come provocare insonnia e mal di testa». Anche la rhodiola rosea è indicata per trattare l'ipotensione, perché aumenta la resistenza allo stress e alla fatica. «La dose media è di 50 gocce di tintura madre in mezzo bicchiere d'acqua, al mattino al risveglio. Infine, utili anche i trattamenti proposti dall'idroterapia di Kneipp, come il bagno parziale agli avambracci. Esecuzione: riempire il lavabo di acqua fredda e immergere le braccia, in modo che l'acqua arrivi a circa 10 centimetri al di sopra del corpo.

Rimanere in questa posizione per mezzo minuto, quindi sollevare le braccia e, senza asciugarle, scuoterle sino a sentire una sensazione di calore.

Per contenere la **sudorazione eccessiva** invece, si può ricorrere anche a qualche rimedio omeopatico. I più utili? Sono quelli mirati al problema individuale: quindi deve essere l'omeopata a consigliare il preparato più opportuno. In ogni caso, tra i rimedi più efficaci ci sono *Hepar Sulfur* per il sudore

intenso e profuso, *Silicea* per le estremità, *Thuya* per il viso e *Rhus* per il corpo». I **mal di testa** estivi, possono a volte, disturbare le nostre vacanze. Sarà quindi necessario evitare alcuni cibi e bevande che contengono delle sostanze, come la tiramina e i derivati dell'acido glutammico, che nelle persone predisposte possono scatenare il mal di testa. I cibi a rischio, sono, per esempio, i formaggi molto fermentati, il vino rosso, la cioccolata, i prodotti che contengono solfiti, come la frutta secca e i vini bianchi. Ma, a volte anche i formaggi poco stagionati, leggeri e molto appetibili in estate, possono riservare qualche sorpresa, perché spesso vengono prodotti con pesanti sistemi di acidificazione e corretti con sali fosfati, che in alcune persone creano le condizioni favorevoli alla comparsa del mal di testa. Ma, sempre in tema di alimentazione, qualcosa, in più, si può fare; Per esempio, si può ricorrere alla radice fresca di zenzero, reperibile anche nei supermercati, da grattugiare su carni e marinare. Questa spezia, infatti, è utilizzata tradizionalmente dalla medicina indiana anche contro l'emicrania e la nausea che spesso l'accompagna. Utile anche l'omeopatia. «Per sedare l'emicrania "da week end" è particolarmente indicato *Iris versicolor*. La diluizione consigliata in fase acuta è la 5 o 9 CH; la dose: 4 granuli, 3 o più volte al giorno. Ma in realtà il rimedio più importante che dobbiamo tenere presente è quello di "assaporare" bene il periodo delle nostre vacanze dedicandoci del tempo a svaghi o curiosità che ci appassionano senza però stancarci troppo e ricordandoci ogni giorno quanto valiamo e il bene che dobbiamo volere a noi stessi.





Posta e risposta

32

a cura di Stefano Citterio

D.: Sono un'Infermiera che lavora in RSA ed ho come responsabile di reparto un'educatrice. Questa figura professionale può avere responsabilità organizzative del reparto ed in particolare l'infermiere deve fare riferimento a lei?

R.: Gent.ma Collega, la tua domanda è interessante e tocca il problema della relazione/integrazione tra professioni.

In termini generali tutte le professioni sanitarie ricomprese nella legge 251/2000 e successive (fino alla legge 43/2006) possono/devono avere responsabilità organizzative. In particolare la legge 43/06 all'art.6 "istituzione della funzione di coordinamento", rinviando anche ad un successivo accordo stato/regioni (sancito nel nov del 2007 e recepito anche nei contratti di lavoro del pubblico impiego) individua requisiti, criteri e modalità per l'esercizio di tale funzione.

È chiaramente espresso che per tutti i profili (quindi anche l'educatore) può essere istituita la funzione di coordinamento, per il cui esercizio occorrono il master di primo livello in management (o per le funzioni di coordinamento, 1 anno di corso e tirocinio di almeno 500 ore), e tre anni di esperienza nel proprio profilo di appartenenza (salvo le eccezioni già individuate per chi già svolgeva le funzioni di coordinamento). Nel comma 6, sempre della art. 6 legge 43/06, si dice anche che: "Il coordinamento viene affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali". Ciò significa che è necessario rispettare le competenze del profilo di appartenenza, da cui deriva che il rapporto tra professionisti diversi non può essere di subordinazione gerarchica. Ovvero, un educatore non può coordinare infermieri (e viceversa), ma potrebbe, invece, coordinare OSS o ausiliari.

È chiaro che gli infermieri non possono ritenersi estranei dall'organizzazione complessiva della struttura ed è necessario individuare i necessari meccanismi/strumenti di integrazione. Il riferimento al coordinatore identificato dai responsabili della struttura ci deve necessariamente essere in termini funzionali al buon andamento delle attività complessive della UO.

In caso di pareri differenti, se non si riesce a trovare un accordo che tenga conto di tutti i fattori in gioco e con la necessaria flessibilità e comprensione reciproca, occorre riferirsi alle specifiche competenze richieste. Se si tratta di competenze esclusive infermieristiche la decisione ultima la deve prendere l'infermiere, mentre per le altre decisioni che attengono l'organizzazione la scelta la deve effettuare chi ha la responsabilità del coordinamento.

Come spesso accade si tratta di un lavoro quotidiano e continuo le cui risposte sono spesso patrimonio solo di chi le vive direttamente.

D.: Volevo sapere se con la laurea specialistica è possibile partecipare ad una selezione per diventare Coordinatore?

R.: Gentile Collega, ad oggi per effettuare l'attività di coordinamento, secondo quanto definito dalla legge 43/2006 occorrono il master di primo livello in management (o per le funzioni di coordinamento, 1 anno di corso e tirocinio di almeno 500 ore), e tre anni di esperienza nel proprio profilo di appartenenza (salvo le eccezioni già individuate per chi già svolgeva le funzioni di coordinamento). Di conseguenza, nonostante l'evidente incongruenza della situazione, la laurea specialistica non assolve l'obbligo dei requisiti richiesti per esercitare la funzione di coordinamento pur essendo il requisito utile per diventare dirigente.





Sottopongo alla vostra attenzione alcuni video disponibili sul sito della Federazione Nazionale

A cura di Inf. AFD Paola Pozzi*

- <http://www.ipasvi.it/video.htm>

Campagna promossa dalla Federazione Ipasvi (Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia), dal ministero della Salute e dal ministero dell'Università, con la collaborazione del ministero della Pubblica Istruzione allo scopo di promuovere le iscrizioni ai corsi di laurea in Infermieristica. La campagna, rivolta agli studenti degli ultimi due anni delle scuole medie superiori, è imperniata su un ciclo di incontri di orientamento che si svolgeranno nel mese di maggio negli istituti di numerose città italiane. Uno dei problemi che ostacolano la scelta della professione infermieristica da parte dei giovani è rappresentato dalla mancanza di una sufficiente informazione sulla figura degli infermieri e sul ruolo che svolgono nel sistema salute del Paese.

- http://www.ipasvi.it/show_video.asp?video=video1

Il video sulla professione infermieristica oggi

- http://www.ipasvi.it/show_video.asp?video=video2

Il video su "The race for the cure"

Video sugli infermieri da www.youtube.com

- <http://www.youtube.com/watch?v=BUIJD4krmgc>

Filmato proiettato in occasione del convegno "Il nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere. I valori che orientano la professione", tenutosi presso il Centro Internazionale "Loris Malaguzzi" di Reggio Emilia il 17 novembre 2009.

- <http://www.youtube.com/watch?v=U59BrDPzyTM&feature=related>

Lo scopo di questo video è quello di rendere giustizia ad una categoria di lavoratori che spesso viene dimenticata: gli infermieri italiani.

N.B.: Questo video fa appello al Diritto di Libera Manifestazione del Pensiero, Art. 21 della Costituzione Italiana in quanto:

- Non offende il "buon costume", perchè non si serve di immagini che mostrano atti osceni in luogo pubblico (in questo caso accessibile come YouTube)
- Sancisce il diritto alla riservatezza e della privacy di ogni cittadino italiano.
- Non fa diffusione di segreti di stato, segreti d'ufficio, segreto professionale e industriale.
- Non intende offendere la dignità e l'onore di alcun cittadino ("ignorante" espresso nel video, non è inteso come insulto, ignorante= colui/colei che ignora)

- <http://www.youtube.com/watch?v=Zg1DlwjtJZg>

Il compito dell'infermiere è di assistere i malati; sono il tramite tra il medico e i pazienti di cui si curano. La professionalità è in continua evoluzione e gli operatori molto ricercati. Video tratto dalla trasmissione "Salute" dell'Ulss 20 di Verona.

Se vuoi vedere la puntata intera della trasmissione vai all'indirizzo: <http://video.ulss20.verona.it/salute0...>

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



Le novità dell'ECM per il 2010 e per la formazione futura

A cura di dott.ssa Paola Zappa*

34

L'articolo 11 del Codice deontologico dell'infermiere del 2009 (CD) recita: "L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati". L'articolo 15 dice: "L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza". Ancora una volta la professione riconosce alla formazione un valore aggiunto, la identifica tra le reali fonti di cambiamento e accrescimento del sapere e della competenza, la fa assurgere a elemento imprescindibile a garanzia di un'assistenza infermieristica di qualità. Un'immagine ideale di infermiere viene dunque coniugata con la necessità di "manutenzione delle competenze" per rispondere alla erosione del tempo e per adeguarsi ai mutamenti esterni. È a partire da questi assunti che la formazione infermieristica va ad integrarsi in forma armonica con il sistema ECM, rinnovato in data 5

novembre 2009 con l'accordo Stato Regioni concernente "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina.

Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti".

All'accordo, assai articola-

to e corposo, che illustra nuovi ruoli, regole e funzioni per gli organizzatori di eventi e per i fruitori, si sono aggiunti tre ulteriori documenti approvati dalla Commissione nazionale per la formazione continua nel gennaio 2010: "Regolamento applicativo dei criteri oggettivi di cui all'Accordo Stato Regione del 5 Novembre 2009 per l'accreditamento", "Criteri per l'assegnazione di crediti alle attività ECM" e "Formazione sul campo (FSC) e criteri per l'assegnazione di crediti ECM alle attività di FSC". In questo articolo, che si basa sostanzialmente sulla sopra citata documentazione, si è fatto lo sforzo di estrapolare quanto di interesse diretto per gli infermieri chiamati ad assolvere il debito formativo ECM, tralasciando le parti più squisitamente di pertinenza degli infermieri promotori o organizzatori di attività

formative.

Una prima parte ripuntualizza il valore equivalente dell'offerta formativa italiana: "I crediti formativi attestati ai professionisti della

Sanità da Provider accreditato a livello nazionale o regionale, hanno valore nazionale".

Una seconda precisazione concerne il numero di crediti formativi da acquisire nel periodo 2008 - 2010, che è pari a **150**, con l'opportunità di considerare nel calcolo 60 crediti derivanti dagli anni precedenti. I crediti vengono attribuiti previo accertamento della presenza, valutazione dell'apprendimento individuale (quando previsto e

BOX 1 - OFFERTA FORMATIVA

credito ECM/CPD Regione Lombardia o di altre Regioni = Credito ECM nazionale

BOX 2- CREDITI NEL TRIENNIO

- 2008: 50 (minimo 25 massimo 75)
- 2009: 50 (minimo 25 massimo 75)
- 2010: 50 (minimo 25 massimo 75)

REGISTRAZIONE DEI CREDITI

Consorzio gestione anagrafica professioni sanitarie (COGEAPS)

CERTIFICAZIONE DEI CREDITI

Ordini e Collegi



secondo le diverse modalità definite), misurazione in forma anonima della qualità percepita, comprensiva delle opinioni sull'influenza di eventuali sponsor sui contenuti didattici.

La terza nota si riferisce agli obiettivi a cui la formazione deve fare riferimento, con una iniziale differenziazione tra gli obiettivi formativi nazionali e quelli regionali, che devono orientare i programmi ECM verso i bisogni prioritari del SSN. I primi vengono definiti dalla Commissione ECM e devono essere riconducibili alle attività sanitarie e socio sanitarie collegate ai livelli essenziali di assistenza (LEA), i secondi, che si allargano agli obiettivi aziendali, sono stabiliti da Regioni e aziende sanitarie e tengono conto dei piani sanitari regionali e delle progettualità aziendali. Vengono inoltre distinti obiettivi for-

utilizzabili, alle quali vengono assegnati crediti diversificati (si rimanda per approfondimenti al documento integrale della Commissione ECM) e, per talune, è stata definita la percentuale massima complessiva ottenibile nel triennio, così come riassunto nel BOX 4.

Le tipologie:

1. formazione residenziale
2. convegni e congressi
3. formazione residenziale interattiva
4. training individualizzato
5. gruppi di miglioramento o di studio, commissioni, comitati
6. attività di ricerca
7. audit clinico e/o assistenziale
8. autoapprendimento senza tutoraggio (FAD)
9. autoapprendimento con tutoraggio (FAD)
10. docenza e tutoring + altro

Con aperta la possibilità di integrazione delle diverse tipologie - sistema misto o blended -, in particolare per i progetti formativi più articolati e corposi. Questo aspetto è di grande interesse per gli infermieri, che possono pertanto scegliere come apprendere, selezionando la formazione che meglio si adatta ad una prassi quotidiana orientata a prestazioni infermieristiche sicure e basate sulle evidenze scientifiche più aggiornate. È curioso notare come nel documento che tratta i criteri per l'asse-

BOX 3 - GLI OBIETTIVI

Obiettivi NAZIONALI e REGIONALI

che si coniugano con:

- Obiettivi **tecnico-professionali**: es. assistenza infermieristica generale e/o specifica di area/settore
- Obiettivi **di processo**: es. costruzione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il paziente diabetico
- Obiettivi **di sistema**: es. rischio clinico; management sanitario; sicurezza e tutela dei lavoratori

mativi tecnico - professionali, finalizzati allo crescita della specificità professionale e della disciplina di appartenenza; obiettivi formativi di processo, per operatori ed équipe che collaborano alla realizzazione di specifiche attività e procedure sanitarie; obiettivi formativi di sistema, di carattere più generale legati allo sviluppo dei sistemi sanitari. Tutti i citati obiettivi si devono articolare concretamente ed armonizzarsi nel *dossier formativo* del singolo operatore e/o di équipe, strumento che dovrebbe rappresentare il *portfolio* delle competenze indispensabili all'esercizio professionale e, anche, che qualifica la posizione dell'infermiere nell'organizzazione.

Quarto elemento: poiché la formazione può realizzarsi mediante modalità tradizionali o attraverso percorsi e processi innovativi, sono state identificate 10 possibili *tipologie di formazione/apprendimento*

BOX 4 - PERCENTUALE DEI CREDITI

- per la tipologia 2 (convegni, congressi, simposi, conferenze)
- per la tipologia 2 (gruppo di miglioramento ecc)
- per la tipologia 6 (attività di ricerca)
- per la tipologia 10 (docenze e tutoring + altro)

60% del debito triennale, pari a 90 crediti su 150

Solo per gli **INFERMIERI**
crediti **FAD**: **60%** del monteore, pari a 90 crediti su 150

gnazione dei crediti vi sia un punto che si riferisce ai soli infermieri, ossia la nota 4 di pagina 15 "Per la tipologia formazione a distanza **con o senza tuto-**



raggio, il numero massimo dei crediti acquisibili dagli infermieri professionali non può eccedere complessivamente il 60% del monte ore dei crediti triennali ottenibili da ogni singolo infermiere professionale ... in attesa della definizione del dossier formativo". Un quinto

punto affronta il tema delle attività formative realizzate all'estero. Il professionista italiano può chiedere il riconoscimento dei crediti acquisiti fuori dal territorio nazionale all'azienda presso cui presta servizio o al proprio ordine/collegio/associazione professionale, se libero professionista. Quest'ultimo aspetto può essere di particolare interesse per gli infermieri comaschi che esercitano nella vicina Svizzera o anche per coloro che siano iscritti a dottorati, master o corsi di perfezionamento, la cui frequenza esonera dall'acquisizione dei crediti per il triennio.

Il sesto aspetto riguarda gli obblighi ECM per i liberi professionisti con indicazione di possibili interventi a loro favore quali l'agevolazione sui costi sopportati, una diversa individuazione del debito in termini di qualità e modalità di acquisizione (modalità blended), supporto dei propri organi di rappresentanza per favorire i percorsi per i propri iscritti presso provider pubblici e privati in base a specifici accordi. Resta avvolta in una nebulosa la risposta ai quesiti «Cosa accade a chi non sana copre il debito formativo? Quali gli incentivi o le eventuali sanzioni?», e si rimanda ancora una volta a tavoli di confronto, contratti di lavoro, leggi. Termina qui questa mia disamina, che non ha la pretesa di esaurire il tema in oggetto, ma vuole essere solo un aiuto a muoversi nel panorama formativo italiano dei nostri giorni, nella consapevolezza che gli organi centrali e regionali interverranno sicuramente nei prossimi mesi per precisare alcuni aspetti e risolvere eventuali dubbi su come è stato reso coerente il sistema della regione con il sistema nazionale. In conclusione si può affermare che mentre l'ECM prosegue il suo percorso di progettazione di un sistema innovativo, in parallelo e in sintonia la professione infermieristica sostiene una formazione in grado di generare competenza negli infermieri, riconoscendo nella

BOX 5 - TIPOLOGIE PRESSO STATO ESTERO RICONOSCIUTE:

- formazione residenziale e residenziale interattiva
- stage
- attività di ricerca
- docenza in ECM
- tutoring

valorizzazione del capitale intellettuale degli operatori uno dei più potenti strumenti per poter "... assistere, curare e prendersi cura della persona..." (art 3 CD) e tener fede pertanto all'impegno assunto verso le persone, le famiglie, la collettività.

NORMATIVA E DOCUMENTI CONSULTATI

- Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007 "Riordino del sistema di Formazione Continua in Medicina in Italia".
- Accordo Stato Regioni del 5 novembre 2009 "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina. *Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti*".

BOX 6 - LIBERI PROFESSIONISTI

Dal 1 settembre 2009 l'iscrizione ai corsi accreditati ECM NON richiede il pagamento dell'IVA, ai sensi dell'art 10 DPR 633/72, e successive modifiche e integrazioni".

- "Regolamento applicativo dei criteri oggettivi di cui all'Accordo Stato Regione del 5 Novembre 2009 per l'accreditamento", "Criteri per l'assegnazione di crediti alle attività ECM" e "Formazione sul campo (FSC) e criteri per l'assegnazione di crediti ECM alle attività di FSC" approvati dalla Commissione Nazionale per la formazione continua il 13 gennaio 2010.
- Deliberazione n° VIII/011267 del 10 febbraio 2010 "Determinazioni in merito all'attuazione del nuovo sistema lombardo ECM-CPD (educazione continua in medicina - sviluppo professionale continuo) - Anno 2010.

SITI WEB

www.salute.gov.it/ecm/ecm.jsp
www.sanita.regione.lombardia.it



Applicazione del modello del Case Management all'interno di un servizio psichiatrico territoriale

A cura di Donatella Brusa*

37

Questo elaborato si colloca all'interno di un cambiamento organizzativo/assistenziale di un Polo Psichiatrico della provincia di Como. Il progetto di riorganizzazione ha previsto l'applicazione del modello organizzativo - assistenziale relazionale del "Case Management". L'introduzione di questo modello ha rappresentato un'importante sfida per fornire risposte ai complessi bisogni dei pazienti con disagio psichico, al sempre crescente bisogno di personalizzazione della gestione di situazioni cliniche e sociali complesse e per il miglioramento della qualità del servizio.

Elaborare strategie per migliorare l'organizzazione del servizio, l'assistenza infermieristica e conseguentemente il benessere del personale rappresenta uno degli obiettivi prioritari che il coordinatore deve perseguire. È importante che ogni coordinatore operi nel proprio contesto consapevole di poter fare la differenza in termini di qualità, risultati, clima organizzativo e soddisfazione lavorativa.

Finalità della tesi è quella di verificare se l'introduzione di questo modello va ad aumentare la qualità assistenziale percepita dagli utenti e dai loro familiari e se aumenta la motivazione e la soddisfazione dei professionisti chiamati a svolgere il ruolo di Case Manager.

INTRODUZIONE

L'introduzione di nuovi modelli organizzativi all'interno dei servizi psichiatrici rappresenta un'importante sfida per rispondere in maniera efficace ed efficiente ai complessi bisogni dei pazienti con disagio psichico. Il Case Management, sperimentato dagli anni 60 nei Paesi Anglosassoni rappresenta una modalità privilegiata di approccio a tali utenti, poiché attraverso l'assegnazione di un

"referente del caso" viene facilitata la continuità delle cure, il coordinamento e la verifica degli interventi sanitari, educativi e sociali erogati.

Il modello organizzativo assistenziale del Case Management, o gestione del caso, si propone come strumento empirico nella realizzazione di percorsi di cura, atto a favorire l'efficacia e il controllo dei costi attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni sanitari (**Santullo 2001**).

In letteratura si trovano varie definizioni di tale modello:

- Sistema di accertamento, pianificazione, fornitura, erogazione, coordinamento di servizi e monitoraggio dei bisogni multipli del paziente (**Zender 1990**)
- Insieme di fasi logiche e processo di interazione tra i servizi di un sistema di enti, per assicurare che l'utente riceva le prestazioni necessarie in modo efficace, efficiente, a costi giusti (**McKenzie et al 1989**)
- Modello organizzativo assistenziale che ha lo scopo di provvedere alla qualità delle cure, aumentare la qualità della vita, diminuire la frammentazione e contenere i costi dell'assistenza (**L'American Nurse Association ANA 1988**).

Dopo l'analisi delle criticità organizzative presenti all'interno del Polo psichiatrico di Appiano Gentile (Provincia di Como), effettuata dal Coordinatore è emerso che l'intervento multidisciplinare, necessario ad assicurare risposte appropriate ai complessi bisogni psichici del paziente e della sua famiglia, e, a garantire interventi efficaci richiede la definizione di un modello organizzativo che consente di organizzare e ottimizzare le scarse risorse presenti nel servizio, al fine di garantire la



tempestività degli interventi diagnostico terapeutici, la continuità dei trattamenti riabilitativi, il coordinamento dei diversi interventi ed il collegamento con i servizi psichiatrici e gli altri servizi, per i minori e per la disabilità, siano essi sanitari o sociali. È stata prevista quindi l'applicazione del modello organizzativo - assistenziale relazionale del "Case Management", scelto perché si ritiene che tale modello rappresenti un'importante sfida per fornire risposte efficaci ai bisogni complessi degli utenti che accedono al servizio.

L'obiettivo generale è quello di creare e favorire le migliori condizioni possibili per sviluppare una cultura sanitaria fondata sulla promozione e mantenimento della salute della persona psichiatrica, nell'ottica del rafforzamento dell'autonomia decisionale dell'utente, attraverso lo sviluppo di un'offerta assistenziale differenziata ed integrata. Inoltre un ulteriore obiettivo è quello di rispondere al crescente bisogno di presa in carico di tale utente e garantire a lui e alla sua famiglia, un'adeguata assistenza personalizzata attraverso interventi assistenziali educativo-riabilitativi.

MATERIALI E METODO

È stato condotto uno studio di tipo descrittivo che ha esplorato e verificato il livello di gradimento degli utenti rispetto alla qualità del servizio erogato e la soddisfazione professionale degli infermieri.

A otto mesi dall'avvio dell'attivazione del progetto (Novembre 2008) è stata prevista la somministrazione di uno strumento di verifica della soddisfazione percepita (Questionario), finalizzato a rilevare l'impatto del nuovo modello organizzativo sugli utenti, e nella fattispecie, il livello di gradimento del servizio erogato.

Inoltre è stato somministrato uno strumento per la verifica della soddisfazione professionale agli infermieri coinvolti nel progetto (Questionario).

Il questionario utilizzato per la **verifica della soddisfazione professionale** è stato elaborato utilizzando alcune domande tratte dal "Questionario Psicosociale di Copenhagen (COPSOQ)" sviluppato dal Dipartimento Psicosociale, dall'Istituto Nazionale Professionale per la Salute, Copenhagen e Danimarca, tale questionario permette di indagare le condizioni psicosociali, di salute e benessere degli operatori.

Il questionario utilizzato (rivisto) al fine di rilevare la

soddisfazione dell'utente è uno strumento tratto dal "Core Assessment and Outcomes Package for Mental Health Service", tradotto da FACE Recording System di P.Clifford e Y. Webb. Il Core Assessment è costituito da una serie di strumenti progettati per favorire un'elevata qualità dei Servizi di Salute Mentale. Gli strumenti di valutazione sono costruiti in modo da fornire un'immagine sintetica e quantificabile dei problemi, della situazione sociale, della qualità di vita e dell'esperienza rispetto al trattamento del paziente/utilizzatore del servizio.

Il questionario di rilevazione "**Informazione sulle cure e l'assistenza**" interroga il paziente sulla sua esperienza relativa al trattamento e all'assistenza ricevuta, è composto da 25 items suddivisi in 3 aree tematiche: 1) **Il tuo progetto di cura**, 2) **L'aiuto che ricevi dall'operatore di riferimento**, 3) **Valutazione complessiva**.

Il Campione oggetto dell'indagine è costituito da 48 utenti "presi in carico" che hanno usufruito del nuovo servizio "Infermiere Case Manager" a sei mesi dell'avvio del medesimo, (Tali utenti, 4 pazienti per ogni infermiere Case Manager, sono stati selezionati in base agli appuntamenti fissati dall'infermiere nella prima settimana di Giugno: i primi due pazienti del giorno 2 e 3 Giugno per ogni infermiere Case Manager).

RISULTATI E DISCUSSIONE

I questionari di rilevazione della **soddisfazione professionale** restituiti sono stati 12, pari al 100% di quelli distribuiti. I risultati ottenuti hanno permesso di tracciare il profilo medio degli infermieri Case Manager che hanno partecipato al progetto. Si tratta di infermieri con età dai 31 a 40 anni (59%), prevalentemente femmine (75%), che svolgono il proprio ruolo da 11-25 anni (67%) e che nell'attuale servizio lavorano da 1-5 anni (39%) con una tipologia di rapporto professionale full-time (67%).

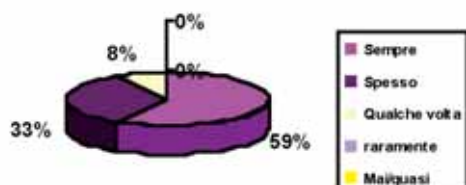
L'area tematica della **responsabilità-processo decisionale**, composta da 15 items, ha indagato l'atteggiamento dell'infermiere Case Manager rispetto alle sue capacità/ possibilità decisionali nell'ambito lavorativo, all'assunzione di responsabilità, alla possibilità personale di esprimere le proprie opinioni e al grado di autonomia delle scelte di assistenza infermieristica.



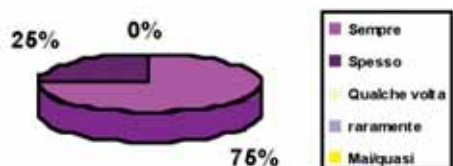
Gli infermieri Case Manager ritengono che per svolgere il proprio ruolo sia necessario possedere delle abilità personali/professionali che permettano loro di fornire al paziente un'assistenza personalizzata. Secondo gli intervistati il ruolo del Case Manager richiede un livello di decisionalità e di responsabilità etico-professionale, sempre presenti nelle competenze del singolo.

L'84% del personale ritiene che l'assunzione del ruolo del Case Manager comporti la necessità di assumersi molte responsabilità nello svolgimento del proprio lavoro.

6) Sono responsabile del progetto riabilitativo dell'utente a me assegnato



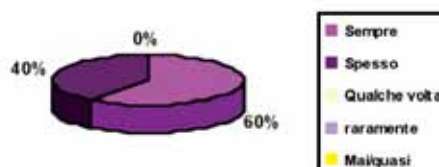
7) Sono responsabile della qualità dell'assistenza erogata



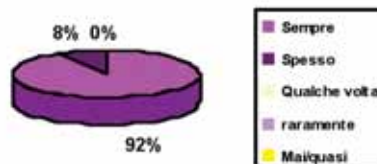
Analizzando l'area tematica della competenza si evince che il 100% del campione ritiene che per svolgere al meglio il ruolo di infermiere Case Manager è necessario possedere conoscenze specifiche. Il lavoro svolto richiede un alto livello di abilità e di competenza nel realizzare piani di insegnamento ai pazienti e alle loro famiglie per il 92% degli operatori di riferimento e il 100% del campione indagato è concorde circa la necessità di possedere abilità di comunicazione per poter svolgere il proprio lavoro al meglio.

Questa analisi pone l'attenzione, a parere di chi scrive, su un dato particolarmente rilevante, la totalità del campione in oggetto è consapevole di aver bisogno di competenze che gli permettano un contatto con la realtà più profonda ed autentica del paziente, rendendosi così parte integrante del processo terapeutico.

1) Sono necessarie molte conoscenze per poter svolgere al meglio il mio lavoro



5) Sono necessarie buone capacità di comunicazione per poter svolgere al meglio il mio lavoro

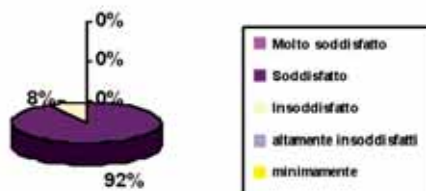


L'area tematica della soddisfazione lavorativa, composta da 9 items, si propone di indagare il livello di soddisfazione personale espresso attraverso i vissuti di utilità percepita e di motivazione relativa all'esercizio della propria professione.

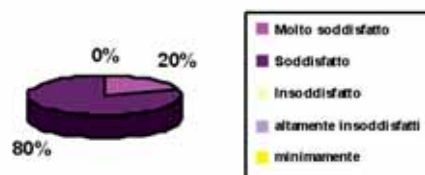
L'80% degli infermieri Case Manager si ritengono soddisfatti dei risultati ottenuti con i propri pazienti mentre il 100% sentono che il proprio lavoro è loro utile. Il 92% del personale coinvolto nell'indagine si sente soddisfatto del modello assistenziale utilizzato nel servizio e il 100% si ritiene soddisfatto del rapporto di collaborazione esistente con i colleghi. Dall'analisi dei dati dell'area della soddisfazione si evidenzia un dato particolarmente rilevante: il grado di soddisfazione del personale si dimostra particolarmente elevato a seguito del modello organizzativo adottato.



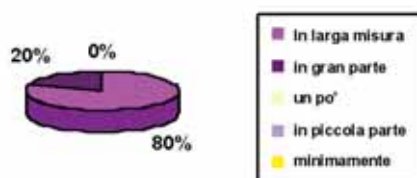
5) Mi sento soddisfatto del modello assistenziale utilizzato nel mio servizio



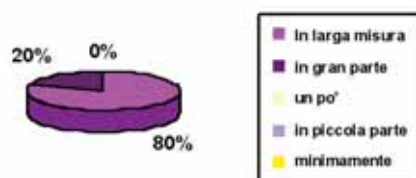
4) So di poter contare sul mio coordinatore in caso di bisogno



6) Mi sento soddisfatto rispetto alla collaborazione esistente con i miei colleghi



2) Il mio coordinatore si occupa di favorire la formazione del personale



Nell'ultima area tematica **"stile e leadership"**, composta da 6 items, si indaga la qualità del rapporto tra gli infermieri Case Manager e il coordinatore, espresso mediante vissuti inerenti l'affidabilità e la disponibilità del leader, la collaborazione e la condivisione dei processi lavorativi. Il vissuto degli infermieri rispetto all'attenzione del coordinatore nel favorire la formazione del personale si evince dai dati emersi, il 20% del campione ritiene che tale attenzione sia in gran parte presente, mentre l'80% la percepisce presente in larga misura, inoltre il 92% degli infermieri ritiene che il proprio coordinatore dia risposte agli specifici bisogni del personale. Per il 92% degli infermieri il coordinatore è attento alla soddisfazione lavorativa del personale, e il 100% del campione sa di poter contare su di lui in caso di bisogno. I dati relativi all'area della leadership esprimono un grado di accordo e soddisfazione rispetto al rapporto con la leadership, un alto coinvolgimento degli operatori nell'organizzazione del lavoro e una chiarezza in merito agli obiettivi condivisi con il coordinatore. Da questi dati emerge chiaramente che la maggior parte dei soggetti riconoscono la disponibilità, l'affidabilità del leader e la condivisione dei processi lavorativi.

Dall'analisi dei dati socio-anagrafici (sesso, età) del campione preso in esame attraverso il questionario di rilevazione **"Informazione sulle cure e l'assistenza"** si evince che il 52% è di sesso femminile contro il 48% di quello maschile, che il 53% degli intervistati appartiene alla classe d'età compresa tra i 17 e i 28 anni, il 31% tra i 29 e i 39 anni, un 8% tra i 40 e i 50 anni e un 8% superiore ai 50 anni.

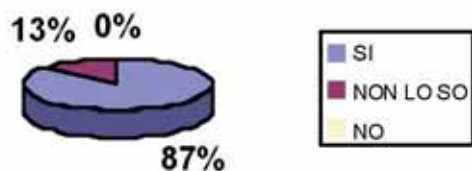
Dal numero di questionari che sono stati compilati e restituiti si può dedurre che l'indagine eseguita sulla qualità percepita, grado di soddisfazione degli utenti che hanno usufruito del servizio Infermiere Case Manager, ha destato un buon interesse da parte degli intervistati. Infatti, su 48 questionari inviati, 48 sono stati restituiti debitamente compilati, evidenziando un tasso di partecipazione all'indagine pari al 100% del campione considerato.

Il 90% del campione afferma di conoscere il **proprio progetto di cura** e di aver partecipato per l'82% alla stesura di tale progetto. Tale dato ci conferma che l'operatore di riferimento coinvolge il proprio utente in tutte le fasi del percorso assistenziale/riabilitativo, attivando così la sua auto-

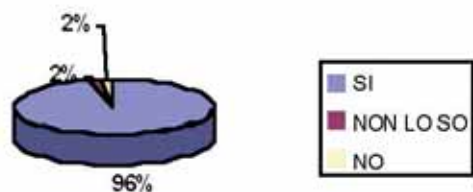


nomia decisionale. La quasi totalità dei soggetti ritiene di aver avuto spiegazioni riguardo il proprio progetto di cura da parte del proprio operatore di riferimento, il 98% dei pazienti ha ricevuto informazioni circa l'importanza dell'assunzione delle terapie, sa a che cosa servono e conosce gli effetti collaterali dei farmaci.

4) L'operatore di riferimento mi ad aiuta affrontare i miei problemi



3) L'operatore di riferimento mi ha spiegato il mio progetto di cura



Dai risultati si evince che il campione ritiene un valido interlocutore l'infermiere Case Manager, in grado di dare informazioni professionali esaustive per quanto riguarda il progetto terapeutico individuale, l'educazione per il raggiungimento dell'autonomia e l'informazione sui trattamenti.

I dati raccolti evidenziano che gli utenti se hanno problemi possono facilmente contattare l'infermiere Case Manager, (90%), con lui il paziente riesce a parlare facilmente dei propri problemi (83%) e si sente a suo agio nel farlo. Da questi dati emerge chiaramente il rapporto di fiducia professionale che l'infermiere Case Manager è riuscito ad instaurare con i propri assistiti. Anche la tutela della privacy, il tempo dedicato dall'operatore di riferimento e la sua capacità di capire e condividere i problemi con il paziente, sono stati conside-

rati ottimi dalla stragrande maggioranza dei rispondenti.

Dall'area tematica **"Valutazione complessiva"** gli utenti risultano essere soddisfatti del nuovo servizio offerto, infatti, il 69% del campione si ritiene soddisfatto del trattamento ricevuto, il 71% si dichiara molto soddisfatto del rapporto instaurato con l'operatore di riferimento ritenendolo molto gentile nel 77% dei casi. Dopo l'introduzione della figura del Case Manager gli utenti campione dell'indagine percepiscono una diminuzione delle proprie difficoltà.

CONCLUSIONI

Dai dati analizzati possiamo dire che attraverso l'implementazione del modello del Case Management si è assistito ad un aumento della soddisfazione degli utenti e ad un miglioramento della qualità delle cure, frutto di un'assistenza personalizzata più vicina e attenta alla persona e alla famiglia.

In seguito all'applicazione del Case Management il paziente, soddisfatti i suoi bisogni clinici e relazionali, si è sentito direttamente seguito e ha collaborato con più facilità. Il modello del Case Management ha aumentato la compliance del paziente attraverso una maggiore incisività dell'educazione terapeutica con un aumento delle conoscenze, della comprensione della malattia, della capacità di autocura e un generale miglioramento della qualità della vita. Si può quindi affermare che assicurando una presenza continua e costante sul territorio, l'infermiere Case Manager diventa una figura riconosciuta, della quale gli utenti si possono fidare e che rappresenta un punto di riferimento per fornire una risposta ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione psichiatrica.

Dai dati analizzati sulla soddisfazione professionale emerge che il modello introdotto nel servizio permette una significativa valorizzazione professionale a fronte di un "utilizzo" più razionale ed appropriato della risorsa infermieristica, si è riscontrato inoltre un elevato coinvolgimento motivazionale, un aumento delle competenze professionali e una presa di coscienza del nuovo ruolo che l'infermiere riveste come Case Manager.

Il progetto ha valorizzato e sviluppato le competenze dei singoli operatori, il modello utilizzato ha



permesso al personale di raggiungere gli obiettivi di lavoro in completa autonomia gestionale e professionale permettendo così al professionista di sentirsi più responsabilizzato e soddisfatto del proprio lavoro.

Chiaramente, per l'impostazione dello studio e per la complessità dell'argomento, questo lavoro si guarda bene dal voler essere esaustivo o dal voler imporre una soluzione definitiva al problema dell'assistenza del paziente con disagio mentale, con la consapevolezza che rimangono ancora insoluti diversi aspetti di carattere gestionale, organizzativo e assistenziale, ma vuole essere un elemento a sostegno di una direzione da prendere, la cui appropriatezza, per chi è nel bisogno come per chi lavora per rispondervi, è scritta nella natura stessa dell'uomo.

I dati di attività e l'indagine sulla qualità percepita dagli utenti, rappresentano in questo senso, un

primo punto di forza su questa strada. Permette infatti di avere un fondamento concreto nel sostenere come un approccio all'assistenza infermieristica che non si appiattisca sulle componenti prestazionali, ma sia fondata sulla continuità delle cure, sul coordinamento e la verifica degli interventi sanitari, educativi e sociali forniti, sulle variabili relazionali (non semplicemente come relazioni tra le persone ma come relazioni con il contesto), migliori la qualità dell'intervento assistenziale e aumenti la soddisfazione del professionista. Da quanto presentato, si evince il carattere innovativo della proposta rappresentata dalla figura dell'infermiere Case Manager, come cambiamento radicale di sguardo nei confronti del significato e dell'organizzazione dell'assistenza in ambito psichiatrico, ma anche, in maniera per nulla secondaria, come cambiamento rispetto alla professione infermieristica sul territorio.

BIBLIOGRAFIA

- Bower K.D., Case manager by nurses. American Association, Kansas city, 1992
- Chiari P., Santullo A. L'infermiere Case Manager McGraw-Hill Milano 2001
- Cohen E.L., Cesta T.G., Nursing Case management 2° ed., Mosby, St. Louis, 1997
- Patrizia Magrin, L'infermiere Case Manager: strumento per la qualità assistenziale, Feedback n. 3 e 4, 2006.
- Corlito G., "Un modello di lavoro per le professioni Sanitarie della Salute Mentale: il Case Management", Arezzo Maggio 2007
- Brusa D., Applicazione del modello del Case Management all'interno di un servizio psichiatrico territoriale: ruolo del coordinatore. (estratto dalla tesi 2009 "Tor Vergata Roma)

*Coordinatore Infermieristico Dip Salute Mentale CPS/CRT - Az. Ospedaliera S. Anna - DSN Appiano Gentile

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

Corsi FAD per gli iscritti di Como

È stata sottoscritta una convenzione con il Collegio IPASVI di Milano per l'attivazione del programma Nursing Fad con la collaborazione dell'editore Zadig. La convenzione prevede l'acquisto con lo sconto del 40% - € 48.00 - del prezzo di vendita del Programma Nursing FAD previsto per il 2010 in € 80,00, per gli iscritti del Collegio IPASVI di Como. Il Programma è centrato su dossier evidence based e su casi clinico-assistenziali collegati ai dossier.

Per il 2010 sono previsti 24 corsi per un totale di 18 crediti ECM: per saperne di più <http://www.ipasvimi.it/corsiFad.php>, oppure www.ipasvicomo.it

Costituzione dell'associazione PROTIN

Si rende noto a tutti gli iscritti che è nata l'associazione dei genitori della terapia intensiva neonatale PROTIN con la finalità di sostenere i genitori nel difficile percorso dopo la nascita del loro bimbo. Per chi volesse contattare i genitori dell'associazione il sito è www.protin.it. L'indirizzo mail è info@protin.it



La continuità assistenziale tra ospedale Valduce e ASL di Como

Progetto Vincitore 1° Edizione THE GOLD PROJECT

(Progetti vincenti per la gestione della DOCUMENTAZIONE IN OSPEDALE)

Responsabile scientifico: IPAFD Annalisa Martinelli Coordinatore SITRA Ospedale Valduce

Il Progetto "Continuità Assistenziale tra l'Ospedale Valduce e l'ASL di Como" è stato promosso dall'Ospedale Valduce e realizzato da un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da coordinatori infermieristici dell'Ospedale Valduce, dal Responsabile Assistenza Domiciliare Infermieristica Dipartimentale ASSI ASL Como, con approvazione del Responsabile Dipartimento di Fragilità ASL Como.

INTRODUZIONE

Negli anni più recenti il nostro sistema sanitario è stato investito da profondi cambiamenti.

I problemi di salute hanno chiesto alle istituzioni erogatrici di servizi alla salute, risposte più adeguate e funzionali alle necessità di una popolazione di età sempre più elevata e afflitta da patologie multiple, spesso ad andamento cronico e in presenza di vincoli economici sempre più rilevanti.

La necessità di effettuare un riordino del "sistema" ha avviato un percorso che prevede:

- Una ridistribuzione dei servizi su territori di vastità crescente;
- Raccordi operativi e sinergici tra articolazioni di uno stesso ente e tra enti diversi, pubblici e privati;
- Coinvolgimento di una molteplicità di ambiti e di soggetti erogatori di prestazioni sanitarie nei percorsi assistenziali.

L'Ospedale ha risentito notevolmente di questi cambiamenti poiché in esso si sono concentrati i trattamenti della patologia acuta e complessa, mentre è stata demandata a ad altre strutture la gestione di prestazioni assistenziali, in alternativa o in successione al ricovero. Un insieme di fattori correlati ha contribuito a evidenziare seri problemi di comunicazione tra operatori con ricadute sulla sicurezza delle cure. Proprio la consapevolezza dei cambiamenti sopradescritti, connotati dal susse-

guirsi di passaggi del paziente attraverso organizzazioni differenti per complessità e tipologie di prestazioni, unitamente alla crescita di aspettative di utenti sempre meno passivi, ha spinto i Coordinatori del nostro Ospedale a proporre un *ripensamento organizzativo del percorso di rientro a domicilio della persona fragile*.

Obiettivi del Progetto:

- Definire chiaramente con efficienza ed efficacia il percorso di rientro a domicilio della persona fragile in un'ottica di garanzia di sicurezza e integrazione dei servizi.
- Garantire la continuità assistenziale sanitaria e/o sociale post-dimissione della persona fragile nel rientro a domicilio dall'Ospedale Valduce di Como, mediante l'attivazione e l'integrazione dei servizi garantiti dai Comuni e dall'ASL della provincia di Como, con il coinvolgimento attivo del Medico di Medicina Generale (MMG) e/o Pediatra di Libera Scelta (PLS).

Le **Responsabilità del percorso** afferiscono per ambiti di competenza a: Direttore Sanitario Ospedale Valduce, Medici U.O. Ospedale Valduce, Coordinatori Infermieristici Ospedale Valduce, MMG Infermiera Case Manager Distrettuale, Direttore sanitario e sociale ASL Como.

Al fine di assicurare un'attenta valutazione clinico assistenziale della persona fragile e un appropriato trasferimento della sua presa in carico da parte di altri operatori, sono stati strutturati dei percorsi in ambito gestionale, organizzativo ed informativo documentale.

Percorso Gestionale

- a) Individuare sin dall'inizio del ricovero (o il più precocemente possibile) la persona che necessita o necessiterà del supporto assistenziale (sanitario e/o sociale) post-dimissione, ivi comprese le pro-



blematiche sociali e/o le situazioni borderline che possono ostacolare la dimissione.

- b) Analizzare il bisogno di Continuità assistenziale della persona orientati al Percorso diagnostico-terapeutico, al Processo di assistenza infermieristica o al Progetto riabilitativo.
- c) Valutare le risorse di rete (care giver, associazioni e centri di aiuto alla persona) e indagine del domicilio (logistica e strutturale).
- d) Attivare canali assistenziali garantiti dai Comuni e dall'ASL della provincia di Como (Voucher Socio Sanitari e Credit).

Percorso Organizzativo

L'implementazione della Procedura Generale n. 04.40 del 07/01/2009 "Continuità assistenziale tra l'Ospedale Valduce e l'ASL di Como" è così essenzialmente riassunta:

- 1) Servizio di assistenza domiciliare (SAD) gestito dalle amministrazioni comunali con l'utilizzo di buoni socio sanitari e voucher sociali specificando le modalità e i riferimenti territoriali indirizzi e recapiti telefonici, fax e indirizzi mail dei Piani di Zona Provincia di Como;
- 2) Servizio di assistenza domiciliare integrata per l'erogazione di prestazioni medico, infermieristiche, riabilitative e socio-sanitarie in stretta collaborazione con il MMG del soggetto assistito; si rivolge in via preferenziale a malati allettati affetti da gravi patologie (danni cerebrali, fratture del femore, lesioni da decubito), pazienti terminali affetti da malattie cronico- degenerative.

Nel documento aziendale, vengono specificate le modalità di attivazione ADI e i riferimenti/recapiti dei Distretti Sanitari dell'ASL di Como con l'identificazione della infermiera case manager distrettuale che svolgerà la valutazione multidimensionale e collaborerà con il MMG per la stesura del Piano di Assistenza Individualizzato, nonché con le ditte patenti accreditate che verranno liberamente scelte dall'utente.

Sono inoltre specificati i livelli di assistenza erogati distinguendo:

- a) Credit per accessi infermieristici da un minimo di 8 a un massimo di 13 con *carattere di attivazione immediata, previa informativa attraverso la Scheda di Valutazione Infermieristica preliminare alla dimissione* da inviare direttamente (tramite fax) all'infermiera case manager e con specifica segnalazione sulla lettera di dimissione al MMG;

- b) Voucher Socio Sanitari di 1 2 3 livello, a seconda della complessità assistenziale della persona fragile in rientro a domicilio. L'attivazione ADI avviene tramite apposita modulistica ASL corredata da:

- scheda di valutazione infermieristica preliminare alla dimissione, (fig. 1);
- scale di valutazione;
- certificazione addestramento care giver (fig. 2)
- modulistica richiesta ausili;
- richiesta nutrizione artificiale domiciliare.

Percorso Informativo Documentale

La condivisione delle informazioni tra le diverse componenti della rete assistenziale è fondamentale per garantire una pianificazione del rientro a domicilio della persona fragile.

Un'assistenza per percorsi, connotata dal susseguirsi di passaggi del paziente attraverso setting assistenziali differenti per tipo, intensità e complessità, esige documenti sanitari concorrenti alle nuove occorrenze e nell'ottica della Sicurezza del Paziente. Ne è esempio quanto contenuto nel manuale di accreditamento della Joint Commission International nel quale si afferma *"un Ospedale deve considerare le prestazioni erogate come parte di un sistema integrato di servizi, professionisti sanitari e livelli di assistenza che, insieme, creano continuità nell'assistenza sanitaria"*.

Nel Progetto sono stati strutturati documenti cartacei e informatici che consentono il trasferimento delle informazioni tra chi dimette il paziente e chi lo accoglie sul territorio.

All'ingresso della persona in ospedale avviene la presa in carico dei bisogni di assistenza infermieristica attraverso l'avvio del processo assistenziale, che si documenta nella cartella infermieristica orientata al Modello delle Prestazioni Infermieristiche.

Il proprio della continuità assistenziale è di prendersi cura delle persone *fragili, attraverso un approccio olistico, che tiene conto non solo di aspetti clinici, ma anche socio-ambientali e orienta gli interventi alla realizzazione della massima capacità funzionale e della miglior qualità di vita.*

In coerenza con il modello disciplinare sopra enunciato, al fine di garantire la continuità assistenziale nella fase di rientro a domicilio della persona fragile, è stata introdotta la Scheda di Valutazione Infermieristica Preliminare alla Dimissione dove si documenta per ogni bisogno di assistenza infermieristica aperto in fase di dimissione, l'eventuale azione pianificata, distinguendo in **BA** (Bisogno di



Tabella 1 - Livelli di Assistenza: in funzione del tipo di assistenza socio-sanitaria sono individuati i seguenti livelli di intervento:

	Accessi Infermieristici Programmati (prelievi, cateteri, interventi di educazione sanitaria)
Credit A	N. 8-13 accessi infermieristici/mese Assistenza sanitaria esclusivamente infermieristico (brevi cicli di medicazioni, controllo PEG post-posizionamento, controllo stomia, ecc.)
Credit B	N. 8-13 accessi personale riabilitativo/mese Interventi di fisiokinesiterapia
Voucher sanitario livello 1	N. 14-18 accessi/media Per Pazienti multiproblematici, affetti da gravi patologie croniche, in labile compenso, con pericolo di ricutizzazione
Voucher sanitario livello 2	N. 19-24 accessi/media Per pazienti cronici-critici (malati in coma, patologie neurologiche complicate, Pz ventilati, LDD, S.I.M., ecc.)
Voucher sanitario livello 3	N. 25-30 accessi/media Per Pazienti terminali Progetti di intervento che coinvolgono specialisti in cure palliative, psicologi, UVMT e Ass. di Volontariato (www.asl.como.it-ASL Como-Servizi per Anziani -Organizzazioni ONLUS)

45

Tabella 2 - Come procedere in funzione del Livello di assistenza

Credit A	lettera di dimissione: segnalare la necessità di intervento immediato ADI (che dovrà essere richiesto dal MMG o PLS del Paziente)
	In caso di intervento ADI immediato: lettera infermieristica da allegare alla lettera di dimissione
Credit B	- Compilare modulo ADI: riportare la relazione del fisiatra con progetto riabilitativo (questo consente di iniziare più velocemente il trattamento FSK a domicilio) - Coinvolgere MMG
	- Compilare modulo ADI in ogni sua parte, specificando i bisogni del Pz e le problematiche sociali - Inserire i dati del familiare che si prenderà cura del Pz (care giver) - Contattare il MMG (o PLS) in quanto responsabile della cura a domicilio del Pz. E che deve validare e farsi carico dei provvedimenti clinico-assistenziali del Pz.
Voucher livelli 1, 2 e 3	- Inviare il modulo ADI compilato via fax almeno 4 giorni lavorativi prima della dimissione (esclusi sabato, domenica e festivi) al distretto ASL del Comune di residenza - Allegare Valutazione Preliminare di Dimissione Infermieristica ed eventuali scale di valutazione - La Richiesta per Nutrizione Artificiale Enterale va inviata all'Uff. Farmaceutico tramite FAX - La prescrizione degli ausili che dev'essere fatta su mod 03 con codici compilati possono essere inviati tramite familiari o consegnati all'in. case manager. - Contatto telefonico diretto per i casi più problematici alla Infermiera Case Manager di riferimento.

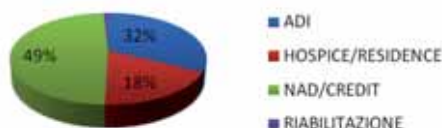
Assistenza, che prevede l'intervento di personale di supporto ASA o OSS) e **BAI** (Bisogno di Assistenza Infermieristica che prevede l'intervento dei professionisti Infermieri).

Occorre inoltre sottolineare l'importanza di una interazione con l'utente e con chi lo assiste (care giver) finalizzata all'apprendimento di tutte le manovre volte al risparmio di energia fisica, alla migliore ergonomia possibile e non ultimo alla ricerca delle soluzioni concretamente perseguibili per soddisfare al meglio i bisogni del paziente.

Presso la Direzione Sanitaria è stato identificato un referente amministrativo che provvede al coordinamento del flusso documentale tra ospedale e servizi territoriali (invio cartaceo e comunicazioni mail), nonché alla gestione di un data base che prevede il monitoraggio dei seguenti dati per il periodo Febbraio 2009 Giugno 2010:

- N° di richieste attivazioni ADI
- N° di dimissioni protette /per distretto ASL
- Tipologia di prestazione richiesta
- Tipologia di documentazione trasmessa

Protocolli di continuità assistenziali attivati



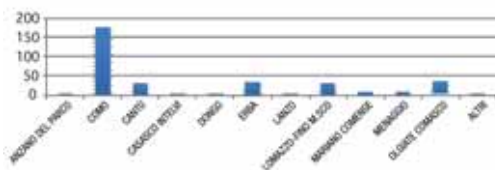
Sempre nell'ottica del miglioramento dell'uso e dell'integrazione delle risorse stiamo valutando altri outcome quali:

- Completezza ed adeguatezza della documentazione compilata in uscita e in entrata
- Tempistica presa in carico a domicilio
- Riospedalizzazione persone con patologie croniche
- Customer operatori coinvolti
- Customer utenti

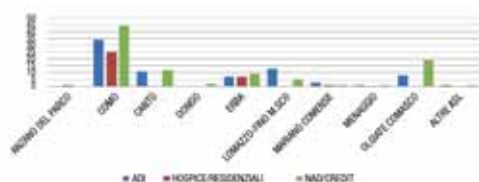
La Procedura Generale è pubblicata sul Sistema di Gestione Documentale Aziendale e consultabile in



Distribuzione ADI distretti



Distribuzione presa in carico continuità assistenziale (riferiti al 2009)



46

tempo reale e comprensiva di mappatura dei servizi socio sanitari del territorio di Como con indirizzi e riferimenti.

La diffusione della stessa è avvenuta con incontri informativi con i direttori di unità operativa complessa e i coordinatori infermieristici dell'Ospedale Valduce e le infermiere case manager dell'ASL.

Articolazioni organizzative interessate:

- Direzione Sanitaria e Amministrativa
- Dipartimenti e Unità Operative
- Sistema Qualità/Formazione/Rischio Clinico
- ASL e Comuni Provincia di Como

Collaborazioni con altri enti:

- Dipartimento di fragilità ASL di Como
- Piani di Zona
- Associazioni

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il riconoscimento ottenuto dalla Regione Lombardia, quale Progetto vincente per la **gestione della documentazione sanitaria**, premia un percorso intrapreso dall'Ospedale Valduce per

garantire un'assistenza alla persona caratterizzata dalla massima attenzione clinica e umana, nonché dalla disponibilità alla continua integrazione con i servizi ASL e territoriali comaschi. Per l'ospedale Valduce perciò, il premio costituisce un ulteriore conferma del costante impegno a operare con competenza e dedizione nel solco che fin dalla fondazione la Congregazione ha tratto dalla propria idealità costitutiva.

Un sentito ringraziamento alla Dott.ssa M.C. Corradini Dirigente SITRA Ospedale Valduce che con la sua competenza e passione ci sostiene e ci accompagna nella quotidiana esperienza di sviluppo professionale e ai Coordinatori e colleghi dell'Ospedale Valduce che sempre si offrono disponibili a intraprendere percorsi innovativi, caratterizzati da una sistematica integrazione dei contributi di professionalità distinte e dalla ricerca di un efficiente e convinto coordinamento operativo.

Infine un grazie alla collega Alunni Emanuela che, con la sua preziosa esperienza, ha collaborato alla stesura del progetto in qualità di allora Responsabile Assistenza Domiciliare Infermieristica Dipartimentale ASSI ASL Como.

BIBLIOGRAFIA

- Standard per Ospedali e per la Sicurezza del paziente Joint Commission International
- Documentazione e continuità assistenziale I Quaderni AiDOS
- La documentazione infermieristica Monica Casati Mc Graw Hill
- Il modello delle prestazioni infermieristiche M.Cantarelli Masson

RIFERIMENTI

- D.L. 502/92 e D.L. 299/99 Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.
- DPCM 14 Febbraio 2001 Individua quali destinatari delle prestazioni integrate le persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali" (art. 2, comma 1)
- DPCM 29 Novembre 2001 Definizione dei Liv ADI)
- Legge Regionale 31 Luglio 2003
- Piano Sanitario Regionale



Commissione Esercizio Professionale Docenti corsi OSS

Gentili colleghi, Il collegio IPASVI di Como intende coinvolgere gli infermieri impegnati nelle docenze dei corsi OSS in un progetto finalizzato al miglioramento del percorso formativo erogato, attraverso un confronto costruttivo ed efficace. Chiediamo la collaborazione dei colleghi docenti per partecipare ad un gruppo di lavoro. Chi fosse interessato, può comunicare l'adesione - compreso il recapito telefonico e l'indirizzo di posta elettronica - alla sede del Collegio (n° telefonico 031 300218), anche tramite mail (info@ipasvicomo.it).

47

COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE

A cura di Sandro Tangredi*

Il ritorno del tariffario

Sabato 13 marzo u.s. si è tenuto un interessante incontro presso l'ospedale Niguarda di Milano dal titolo "L'esercizio professionale nel pubblico e privato: valori giuridici e deontologici".

Organizzato dal collegio IPASVI Milano-Lodi ha avuto come obiettivi generali:

- delineare l'identità giuridica del libero professionista, gli aspetti amministrativi fiscali e previdenziali nelle rispettive forme contrattuali e nei diversi contesti di cura;
- tracciare possibili scenari e nuovi strumenti legislativi per la libera professione dei dipendenti pubblici;
- riconoscere e valorizzare le responsabilità professionali e deontologiche con il nomenclatore tariffario e la carta dei servizi sanitari.

La presenza di autorevoli relatori ha permesso di approfondire tematiche che nel corso degli anni sono emerse come critiche per lo svolgimento della attività libero professionale.

Tra i temi affrontati mi soffermo su:

• Il ritorno del tariffario

Alcuni collegi lombardi (Bergamo, Sondrio e altri) hanno ripristinato il nomenclatore tariffario allo scopo di garantire un giusto compenso rispettoso

della cittadinanza e dei liberi professionisti: la sua mancanza (è stato abolito per legge nel 2006) ha prodotto una deregolamentazione che si è concretizzata in molti casi in tariffe minime insostenibili per il decoro della professione. L'iniziativa ha anticipato il legislatore in quanto, è notizia di queste ultime settimane, il ministro della giustizia si incontrerà a breve con i presidenti dei consigli nazionali degli ordini professionali allo scopo di procedere con il riordino delle Professioni ed il ripristino appunto dei minimi tariffari. I tempi si annunciano lunghi e forse, entro il termine di questa legislatura, si riuscirà ad arrivare ad una legge che regolamenti il settore.

Nel frattempo il consiglio provinciale del collegio di Como non esclude azioni che siano anticipatrici della legge, così come deliberato in altri collegi lombardi. Comporterebbe questo un carico di lavoro ulteriore: il collegio in quanto ente regolatore della professione è preposto a vigilare ed intervenire laddove non venga applicato il tariffario minimo che, se deliberato, costituisce vincolo per tutti i liberi professionisti della provincia.

• La cassa ENPAPI

Era presente il presidente dell'ENPAPI, Mario Schiavon. Nella sua relazione ha evidenziato la solidità economica della cassa che in questi anni



ha accumulato un patrimonio di 230 milioni di euro. La costituzione di un sì ingente capitale non deve però far illudere i futuri pensionati della cassa stessa: il criterio di accantonamento individuale e il calcolo su base contributiva e non retributiva, stabiliti per legge, produrrà redditi pensionistici esigui, nell'ordine del 15% del reddito dichiarato. Non voglio rendere "sindacale" la mia riflessione ma è necessario che chi si avvia ad iniziare attività libero professionale (o la stia svolgendo) abbia la possibilità di contabilizzare anche questo non irrilevante aspetto. Interpellato sull'argomento il presidente Schiavon ha precisato che il metodo contributivo introdotto con la riforma pensionistica ha prodotto un impoverimento/riduzione generale dei trattamenti e che per incrementare il montante contributivo individuale il libero professionista può versare aliquote maggiori al minimo stabilito per legge. Il rischio per gli iscritti, se non si pone qualche correttivo, sarà di avere una cassa solida e ricca, come rela-

**È IN PROGRAMMAZIONE
PER IL MESE DI NOVEMBRE UN
EVENTO FORMATIVO DEDICATO AI
LIBERI PROFESSIONISTI AL QUALE
PARTECIPERANNO I REFERENTI
DELLA CASSA ENPAPI.
MAGGIORI DETTAGLI SUL SITO
DEL COLLEGIO E SUL PROSSIMO
NUMERO DELLA RIVISTA.**

zionato dal presidente, e una pensione "povera". Il reddito medio nazionale degli iscritti alla cassa è poco più di 30.000 euro annui (dati forniti dal presidente) e il 15% di tale reddito corrisponde ad un importo pensionistico annuo di 4.500 euro e cioè circa 375 euro mensili. Per cui una volta maturato il diritto al trattamento pensionistico, e cioè aver lavorato e versato continuativamente alla cassa per 40 anni, il libero professionista percepirà un reddito ben al di sotto della soglia di povertà.

Vi allego per completezza la definizione di soglia di povertà che dà Wikipedia: "...è un livello di reddito al di sotto del quale una famiglia o un individuo vengono considerati poveri (...) Se ad esempio prendiamo una famiglia composta da due persone nel 2008 in Italia veniva considerata relativamente povera se aveva un reddito mensile medio inferiore alla soglia di 1.000 euro, mentre per una famiglia con due figli a carico la soglia era di 1.630 euro (...).

Buon lavoro a tutti!

** Inf. LP - Responsabile della commissione libera professione*

Regolamento pubblicità sanitaria

Nell'ultimo consiglio direttivo il collegio IPASVI di Como ha approvato il nuovo regolamento in tema di pubblicità sanitaria. Il decreto legislativo 223/2006, il c.d. decreto Bersani, ha introdotto una serie di liberalizzazioni sia in ambito pubblicitario che economico.

In particolare l'articolo 2 abroga:

1. le disposizioni che stabiliscono le tariffe obbligatorie minime o fisse;
2. il divieto anche parziale di pubblicizzare i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto e il prezzo delle prestazioni.

La federazione nazionale IPASVI nel 2008 ha emanato a sua volta delle linee guida che sono state oggetto di una parziale revisione da parte del consiglio. Seppur consentita, la pubblicità sanitaria deve rispettare criteri di trasparenza e veridicità ed il collegio IPASVI è l'ente cui è demandata la vigilanza sul rispetto delle regole da parte degli iscritti a tutela della collettività. Il regolamento dispone inoltre una serie di obblighi ed orientamenti per la pubblicità on line (apertura siti internet).

Il regolamento è disponibile sul sito del Collegio www.ipasvicomo.it nella sezione libera professione.



COMMISSIONE FORMAZIONE



Corsi FAD in convenzione - PREX S.p.A.

Si informa che è stata attivata la convenzione con la società Prex S.p.A., specializzata nella realizzazione e progettazione di attività formative a distanza.

Sul sito www.prex.it è attivo il corso FAD "Le interazioni dei farmaci antinfiammatori non steroidei".

La convenzione prevede l'acquisto del corso FAD al costo di € 4,80 anziché € 9,60

Per avere maggiori informazioni sulle modalità di acquisto vi invitiamo a contattare la Segreteria Organizzativa Prex S.p.A. al seguente indirizzo e-mail fad@prex.it oppure al numero 02 679721

49

INDICAZIONI PER I CORSI

A seguito di alcune criticità che si sono rilevate durante lo svolgimento di alcuni corsi, la commissione formazione comunica quanto segue:

in caso di malattia, dietro presentazione di fotocopia o scansione del certificato medico (la copia senza diagnosi), per poter fruire di un'altra opportunità formativa:

- l'iscritto ha diritto ad essere reinserito nell'edizione successiva del medesimo corso quando questa è in programma per l'anno in corso;
- qualora non vi siano edizioni successive in programma nell'anno in corso, all'iscritto viene offerta in prima battuta la partecipazione ad un corso con tema simile e possibilmente con lo stesso docente;
- in seconda battuta o se il punto precedente non può essere soddisfatto, all'iscritto viene proposta la partecipazione ad un altro degli eventi in programma, corso o convegno, anche con tema diverso;

- l'iscritto si farà ovviamente carico dell'eventuale integrazione di quota di iscrizione, se l'evento scelto in sostituzione, si svolge su un numero di giornate maggiore di quello al quale non ha partecipato.

Ad ogni corso, il Collegio offre l'opportunità di proseguire la formazione con l'estrazione di un partecipante che ha diritto di:

- scegliere l'abbonamento annuale ad una rivista tra quelle proposte;
- iscriversi ad una associazione (che eventualmente prevede l'abbonamento ad una rivista) annuale tra quelle proposte;
- acquistare il testo proposto dal docente;
- acquistare un testo a scelta che non superi la spesa prevista;
- iscrizione al programma annuale di FAD proposto da Zadig in convenzione con il collegio IPASVI (24 corsi FAD per un totale di 18 crediti).

LO SCORSO APRILE È MANCATO IL COLLEGA CARLO BESANA, INFERMIERE PRESSO LA CHIRURGIA DELL'OSPEDALE S. ANNA DI COMO. QUESTO È IL RICORDO CHE ALCUNI SUOI AMICI HANNO DIFFUSO NELLA STRUTTURA PER RICORDARLO.

"Ciao Carlo, in questo momento di immenso vuoto nel quale ci hai lasciato vogliamo ricordarti per quello che eri, sei e sempre sarai nei nostri cuori e nelle nostre menti.

Scanzonato, sorridente, scherzoso con tutti, hai lasciato un'impronta indelebile in tutti noi. Tutti conoscono Carlo, tutti noi abbiamo qualche aneddoto da ricordare e raccontare. I tuoi modi spicci di risolvere le problematiche lavorative, le tue risposte ai "perché" profonde e mai superficiali. La tua camminata, il tuo modo di accavallare le gambe, le tue battaglie, la tua scrittura a volte illeggibile...

Vogliamo ricordarti così: selvaggio come venivi definito da noi colleghi ma una grande persona che ha fatto un percorso di vita insieme a noi in modo tangibile, vero, che non possiamo né vogliamo dimenticare...

Ciao Carlo un abbraccio...

I tuoi amici e colleghi



Costo:

€ 20,00 iscritti IPASVI

Como

€ 40,00 iscritti IPASVI

ad altri Collegi

Posti a disposizione:

n. 120

Infermieri n.100

Assistenti sanitari n.10

Infermieri pediatrici n.10

Data apertura

evento:

martedì 27 luglio

2010 e fino

ad esaurimento

posti

50

Assistenza al paziente portatore di tracheotomia

Como 4 settembre 2010
Centro Cardinal Ferrari

Docenti: Dott. Rocco Masella, Inf. Daniela Paganini, Inf. Federica Mogroni

Inf. Simona Cimetti, Fisioterapista Angelo Longoni

Programma

8.30/12.30

- ▷ Registrazione partecipanti e apertura dei lavori
- ▽ Tracheotomia e tracheostomia - **dott. Rocco Masella**
 - ▷ Brevi cenni di storia e anatomia
 - ▷ Indicazioni
 - ▷ Tecniche chirurgiche
 - ▷ Tecniche percutanee
 - ▷ Complicanze
- ▽ Il paziente tracheotomizzato in terapia intensiva: **inf. Daniela Paganini**
 - ▷ peculiarità assistenziali
 - ▷ gestione della cannula per ventilazione meccanica
 - ▷ broncoaspirazione
 - ▷ assistenza al bambino portatore di tracheotomia

11.00/11.30 pausa caffè

- ▽ Tipi di cannule tracheali, le loro caratteristiche e classificazioni - **inf. Federica Mogroni**
 - ▷ Classificazione in base ai materiali
 - ▷ Classificazione in base alla forma
 - ▷ Elementi costitutivi delle cannule
 - ▷ Caratteristiche intrinseche ed estrinseche
 - ▷ Pulizia delle cannule
 - ▷ Medicazione delle cannule

12.30/13.30 Pausa pranzo

13.30/18.00

- ▽ Aspetti epidemiologici e prevenzione delle complicanze infettive - **inf. Simona Cimetti**
 - ▷ cenni di epidemiologia: dati aziendali
 - ▷ manovre a rischio per la trasmissione delle infezioni attraverso tracheostomie
 - ▷ corretta gestione del materiale potenzialmente infetto.
- ▽ Strategie fisioterapiche nel paziente tracheotomizzato: fisioterapista **Angelo Longoni**
 - ▷ La riabilitazione respiratoria: team e scopi
 - ▷ Gestione familiare
 - ▷ Sindrome d'allettamento: quali trattamenti
 - ▷ Umidificazione: a freddo a caldo
 - ▷ Tecniche dirette e indirette fkt respiratoria
 - ▷ Postura e forza di gravità
 - ▷ Riespansione polmonare
 - ▷ Assistenza alla tosse
 - ▷ Miscellanea di errori da evitare

ECM: in attesa

Dibattito

Compilazione questionario di gradimento ECM e chiusura dei lavori.



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

SegreteriaOrganizzativa

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.

Modalitàdi pagamento:

- bonifico bancario intestato a Focusgroup srl - IBAN IT11X0886911100000000000517 (Banca Cred. Coop. Sorisole)
- bollettino di c/c postale: da versare sul c/c n. 84479260 intestato a FOCUSGROUP srl

Crediti ECM:

in attesa

Il dialogo strategico: nuove tecniche e nuovi strumenti per comunicare efficacemente con il paziente, i familiari, i colleghi, i nostri capi

Como, 6 ottobre 2010
Como - Auditorium Don Guanella via T.Grossi,18

*Docenti: dr.ssa Claudia Ravelli - Esperto in sistemi relazionali e organizzativi,
dr.ssa Roberta Prato Previde - Consulente e formatrice affiliata al Centro di Terapia Strategica*

51

Programma**08.00**

- ▷ Registrazione dei partecipanti

08.30

- ▷ Il dialogo strategico: uno strumento capace di produrre cambiamenti nelle relazioni interpersonali e professionali - **R. Prato Previde**

09.45

- ▷ Le tentate soluzioni: reazioni e comportamenti ripetuti che complicano piuttosto che risolvere situazioni problematiche - **C. Ravelli**

11.00 - Break**11.20**

- ▷ Le domande strategiche: una tecnica di porre domande che aiuta il paziente / l'altro a trovare soluzioni più funzionali alla sua situazione / al suo problema - **R. Prato Previde**

12.50 - Pausa pranzo**13.40**

- ▷ La parafrasi ristrutturante: una tecnica che utilizza le risposte del paziente / dell'altro per verificare la nostra corretta comprensione rispetto alla situazione e/o al problema presentati, orientando verso la soluzione - **C. Ravelli**

14.50

- ▷ Evocare sensazioni: un modo di comunicare che parla al cuore prima che alla mente - **R. Prato Previde**

15.40

- ▷ Riassumere per ridefinire: una tecnica per aiutare se stessi e gli altri a sentire e affrontare in modo diverso un problema scoprendo prospettive nuove e più funzionali - **C. Ravelli**

16.40

- ▷ Sintesi delle diverse tecniche presentate e loro applicazione pratica attraverso la simulazione di casi concreti

17.30

- ▷ Compilazione questionari e chiusura lavori



Costo:

€ 60,00 iscritti IPASVI

Como

€ 120,00 iscritti IPASVI

ad altri Collegi

Posti a disposizione:

n. 30

Infermieri n.25

Assistenti sanitari n.3

Infermieri pediatrici n.2

Data apertura

evento:

mercoledì 8

settembre 2010

e fino

ad esaurimento posti

ECM: in attesa

La comunicazione con la persona assistita quale strumento dell'attività professionale infermieristica

**Come via Dante, 11 Ospedale Valduce, via Dante 11
11 - 18 - 25 ottobre 2010**

Docente: Dott.ssa Pierluigia Verga

Programma

PRIMA GIORNATA - 11 ottobre 2010

9.00 - 12.30

- ▽ La comunicazione quale strumento operativo
 - ▷ Presentazione del corso e dei partecipanti
 - ▷ La comunicazione e la relazione: le questioni di fondo
 - ▷ Possibilità e impedimenti comunicativi nel rapporto con l'assistito: la parola ai professionisti
- ▽ Il linguaggio nella comunicazione interpersonale
 - ▷ I modelli nello studio della comunicazione: implicazioni pratiche
- ▷ Feed-back e compliance nel paziente

12.30 - 13.30 Pausa pranzo

13.30 - 17.00

- ▽ Aspetti pragmatici della comunicazione umana nella relazione professionale
 - ▷ Presentazione del modello della Pragmatica della Comunicazione Umana (P. Watzlawick) quale griglia per l'osservazione del comportamento professionale
 - ▷ Comunicazione e realtà di primo e secondo livello
 - ▷ L'impossibilità di non comunicare: il comportamento quale comunicazione
 - ▷ L'aspetto di contenuto e di relazione nella comunicazione professionale
 - ▷ La punteggiatura nella comunicazione professionale
 - ▷ Azioni e re-azioni nella comunicazione professionista-utente: "prima l'uovo o prima la gallina"?
 - ▷ Comunicazione analogica e comunicazione numerica: l'importanza di tutti i linguaggi
 - ▷ Simmetria e complementarietà nella relazione professionista-utente
- Docenti

SECONDA GIORNATA - 18 ottobre 2010

8.30 - 12.30

- ▽ Le abilità comunicative "in uscita":
 - ▷ Precondizioni psicologiche e di pragmatica della comunicazione per la relazione interpersonale
 - ▷ Personalità e impersonalità nel messaggio
 - ▷ Le fasi di avviamento di un'interazione comunicativa
 - ▷ I livelli di profondità nella relazione
 - ▷ La comunicazione di fatti, concetti, preferenze, opinioni, esperienze, emozioni
- ▽ Elementi e principi per una comunicazione efficace:
 - ▷ Il feed-back
 - ▷ Il Principio di Cooperazione (P. Grice)
 - ▷ Il Principio di Cortesia (R. Lakoff)



12.30 - 13.30 Pausa pranzo**13.30 - 17.00**

- ▽ Le abilità comunicative "in entrata":
 - ▷ L'attenzione: cenni di neurofisiologia e ricadute sulla comunicazione
 - ▷ L'ascolto attivo
 - ▷ Il processo di comprensione
- ▽ La risposta ai concetti e alle opinioni:
 - ▷ la parafrasi,
 - ▷ le domande,
 - ▷ l'espressione dell'apprezzamento e del dissenso
- ▽ La risposta alle emozioni positive e alle emozioni negative.

53

TERZA GIORNATA - 25.10.2010**9.00 - 13.00**

- ▽ Elementi di counseling sanitario
 - ▷ Il counseling: presupposti e ambiti di impiego
 - ▷ Cenni alle tecniche della comunicazione consulenziale
- ▽ Psicologia della Comunicazione
- ▽ Verifica dell'apprendimento e conclusione dei lavori

Costo:

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

Posti a disposizione:

Infermieri n. 30

Data aperturaevento:

**mercoledì 6 ottobre
2010** e fino
ad esaurimento posti

ECM: in attesa

PEG, STOMIE, ELIMINAZIONE: aspetti clinico-assistenziali e pedagogici

Erba - Ospedale Fatebenefratelli 8 novembre 2010

In collaborazione con Centro Studi Fatebenefratelli

Docente: Inf. Calogero Papa - Stomaterapista

Programma**9.00 - 12.30**

- ▷ Review sugli aspetti anatomici e fisiopatologici dell'apparato digerente
- ▷ Incidenza di problematiche nelle persone anziane, derivanti da Malpractice
- ▽ Evidenza scientifica e best practice:
 - ▷ linee guida, protocolli e procedure per la corretta gestione del bisogno di eliminazione
 - ▷ aspetti pedagogici

12.30/13.30 pausa pranzo**14.00/18.00**

- ▷ Dal monitoraggio dell'alvo alla costruzione di procedure per la gestione di stomie/PEG
- ▷ lavoro di gruppo, applicazione di correttivi con il docente e presentazione dei documenti conclusivi
- ▷ Chiusura della sessione e somministrazione del test di verifica



Costo:

€ 20,00 per iscritti
Collegio IPASVI Como
€ 40,00 iscritti altri
Collegi

Posti a disposizione
n. 240

Destinatari:

Infermieri n. 150
Assistenti sanitari n. 10
Inf. pediatrici n. 10
Ostetriche n. 20
Medici n. 50

Data apertura
evento:

mercoledì 27 ottobre
2010 e fino
ad esaurimento posti

ECM: in attesa

Per questo evento
utilizzare
esclusivamente
la scheda sotto
riportata, seguendo
le consuete modalità
di iscrizione (vedi
pag. 56)

Salute globale e equità in salute

Como 27 novembre 2010
Opera Don Guanella via T. Grossi

Programma preliminare

8.45 - 9.15: Apertura del convegno

- ▷ Saluto dei Presidenti: Collegio IPASVI Como; Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Como; Collegio Ostetriche delle province di Como e Lecco

9.15 - 10.00

- ▽ La salute e i suoi determinanti
 - ▷ La definizione di salute.
 - ▷ I modelli concettuali dei determinanti di salute.
 - ▷ Le relazioni tra determinanti distali (le cause delle cause) e i determinanti prossimali nella traiettoria di vita delle comunità e delle persone.
 - ▷ Definizione di disuguaglianza nella salute.
 - ▷ Disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria tra nazioni e all'interno di una nazione.
 - ▷ Disuguaglianze nella salute e condizioni socio-economiche, genere, razza ed età.

10.00 - 11.00

- ▽ L'origine e lo sviluppo dei sistemi sanitari. La salute come diritto umano
 - ▷ La nascita e lo sviluppo dei sistemi sanitari moderni.
 - ▷ Welfare e assistenza sanitaria: modelli Bismarck e Beveridge; la sanità americana.
 - ▷ L'Organizzazione Mondiale della Sanità e altre organizzazioni internazionali: ruoli e funzioni. La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948).
 - ▷ La Dichiarazione di Alma Ata (1978).
 - ▷ La crisi degli anni '80. Neo-liberismo e politiche sanitarie.
 - ▷ La trappola medica della povertà.
 - ▷ Il ruolo della Banca Mondiale.
 - ▷ Le politiche sanitarie internazionali negli anni 2000.

11.00 - 11.15 Pausa

11.15 - 11.30

- ▷ Caso studio mortalità materna in Africa: esperienze sul campo.

11.30 - 12.00

- ▷ Caso studio: il ruolo dell'infermiere in contesti di povertà: esperienze sul campo.

12.00 - 12.30

- ▷ Caso studio: gestione di un ospedale rurale ugandese: esperienze sul campo.

12.30 - 13.00 Discussione

13.00 - 14.00 Pausa pranzo

14.00 - 14.45

- ▽ L'infermiere immigrato, quale risorsa?
 - ▷ Interventi di tre infermieri provenienti da paesi diversi



14.45 - 15.30 Immigrazione e salute

- ▷ Scenario globale delle migrazioni.
- ▷ Brain drain globale del personale sanitario.
- ▷ Il quadro di riferimento socio-demografico e normativo dell'immigrazione in Italia. I diritti sanitari degli stranieri.
- ▷ I fattori che influenzano la vulnerabilità della popolazione immigrata.
- ▷ Il profilo di salute della popolazione immigrata.
- ▷ Interventi di prevenzione e di tutela.
- ▷ Aspetti transculturali nell'assistenza agli immigrati.

15.30 - 16.00

- ▷ Discussione plenaria sugli argomenti trattati su immigrazione e salute

16.00 - 16.15 Pausa**16.15 - 17. 30 Cooperazione sanitaria internazionale**

- ▷ Politiche di contrasto delle disuguaglianze nella salute a livello nazionale e internazionale.
- ▷ La cooperazione sanitaria internazionale.

17.30 - 17.50 Commenti e conclusioni.**17.50 - 18.00 Questionario di gradimento**

Possibilità di pranzo presso il ristorante dell'Opera Don Guanella a € 10,00 da pagarsi direttamente in loco con prenotazione obbligatoria da indicare sulla scheda di iscrizione di pagina 56.

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

Certificati di malattia telematici

Nella G.U. n. 112 del 15/5/2010 è pubblicata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri la circolare 11 marzo 2010, n. 1 recante: Indicazioni operative per la trasmissione per via telematica dei certificati di malattia, ai sensi dell'articolo 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, introdotto dall'articolo 69 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. In particolare la circolare prevede che "il certificato medico attestante l'assenza per malattia dei dipendenti pubblici sia inviato, per via telematica, direttamente all'INPS dal medico o dalla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia, secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente per la trasmissione telematica dei certificati medici nel settore privato. Una volta ricevuto il certificato, l'INPS lo invia immediatamente, sempre per via telematica, all'amministrazione di appartenenza del lavoratore. La citata norma specifica che l'inosservanza degli obblighi di trasmissione telematica come sopra descritti costituisce illecito disciplinare e, in caso di reiterazione, comporta il licenziamento o, per i medici convenzionati, la decadenza dalla convenzione". Nella circolare si precisa che "l'invio telematico effettuato dal medico soddisfa l'obbligo del lavoratore di recapitare l'attestazione di malattia ovvero di trasmetterla tramite raccomandata a/r alla propria amministrazione entro due giorni lavorativi successivi all'inizio della malattia, fermo restando l'obbligo di quest'ultimo di segnalare tempestivamente la propria assenza e l'indirizzo di reperibilità, qualora diverso dalla residenza o domicilio abituale, all'amministrazione per i successivi controlli medico fiscali".



SCHEDA ISCRIZIONE EVENTO

Salute globale e equità in salute del 27/11/2010

COGNOME/NOME

INDIRIZZO

TEL. E:MAIL

DATA E LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE

QUALIFICA

COLLEGIO DI APPARTENENZA

SEDE DI LAVORO

N. TESSERA DATA DI ISCRIZIONE

Possibilità di pranzo presso il ristorante dell'Opera Don Guanella a Euro 10,00 da pagarsi direttamente in loco con prenotazione obbligatoria.

Sì ☐ No ☐

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

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

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

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

Data

Firma



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.

57

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



NUOVE ISCRIZIONI ALL'ALBO INFERMIERI DAL 17/02/2010 AL 08/06/2010

Cavedo Letizia
Gravante Biagio
Pagani Rosaria
D'Souza Laavena
Lerma Paucar Margot Elizabeth
Sanchez Larico Jemima Elisa
Smiskova Martina
Anumiri Patricia
Grigoras Genoveva
Grigoras Liliana

Tigga Suman Jyotny
Della Fonte Anita
Bazzanella Eleonora
Brenna Veronica
Carcapede Gessica
Echili Chiara
Luraghi Lorenzo
Gusatto Cristiane
Thomas Anuja
Kochuparambil Bilj George

Martucci Luana
Mascheroni Manuela
Tettamanti Omar
Deliallis Stela
Thomas Renil
Colzani Alessandra
Durini Davide
Bulgarelli Filippo
Cerardi Salvatore Claudio

NUOVE ISCRIZIONI ALL'ALBO ASSISTENTI SANITARI DAL 17/02/2010 AL 08/06/2010

Sciuto Jessica
Galessi Laura

NUOVE ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO DA ALTRI COLLEGI

Zenaj Anida
Kotollaku Petrit
Oldjan Gura
Toska Agim

Gheorghiu Camelia
Tipau Crina
Onut Eleonora
Buscemi Gina

Radu Adrian
Auletta Mariarosaria

CANCELLAZIONI PER CESSATA ATTIVITÀ

Bonetta Andreina
Ahvonen Senja Irene

Polti Angioletta Suor Clemens
Inf. Pediatrico Benescu Grunzu Julia

CANCELLAZIONI PER TRASFERIMENTO AD ALTRI COLLEGI

Saltarel Ivan
Enache Lenuta
Pistacchi Anna

Delle Fave Luca
Hasa Irma
Cozzi Michela

Shametaj Fatjon
Bendaj Jetlira
Jose Sheena

CANCELLAZIONI PER DECESSO

Bellati Maria Luisa
Besana Carlo



CIRCOLARE AGLI ISCRITTI

Molti colleghi ci hanno segnalato il ritardo con cui è giunta nelle loro case la circolare che informava (tra le altre cose) delle iniziative messe in campo dal Collegio per la giornata dell'infermiere. Ci scusiamo per il disagio che ciò ha provocato e segnaliamo che la comunicazione è stata diffusa anche attraverso il sito web, via mail agli iscritti alla mailing list. La campagna informativa ha anche coinvolto i mass media locali (Inserzione su La Provincia, Intervento alla Tv Locale- EspansioneTV) e le strutture socio-sanitarie della Provincia, cui è stata trasmessa la locandina appositamente predisposta (vedi quarto di copertina del presente numero). Nonostante ciò abbiamo comunque provveduto a segnalare l'accaduto alle poste per avere le necessarie giustificazioni. Di seguito riportiamo la nota trasmessa. Scusandoci ancora per l'accaduto. Cordiali saluti.

Il Presidente Stefano Citterio

59

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



Como,

09 GIU. 2010

Prot. 1897/10

Spett.le
Direzione Commerciale Business
Poste Italiane spa
Via Gallio, 6
22100 Como

Oggetto: segnalazione disagio

In riferimento alla stampa, mailing e spedizione di n. 3228 invii con il vs. servizio posta target, del quale è stato dato ok di stampa in data 27 aprile u.s. vorremmo segnalare il nostro disappunto sul notevole ritardo con il quale è stata recapitata la missiva.

Buona parte dei nostri iscritti hanno segnalato di avere ricevuto la comunicazione dopo il 17 di maggio u.s., ed ancora oggi, (prima settimana di giugno) riceviamo segnalazione di iscritti che hanno appena ricevuto la nota.

Tenendo conto che la comunicazione indicava importanti appuntamenti svolti nella settimana dal 10 al 14 maggio, questo notevole ritardo ha comportato gravi disagi per la nostra attività istituzionale.

Nella speranza che non si ripetano nuovamente tali disservizi, al fine di mantenere la collaborazione sino ad ora intercorsa fra il Collegio e Poste Italiane spa, siamo a chiedere sollecite motivazioni in merito all'accaduto nonché eventuale rimborso a giustificazione del danno arrecato.

In attesa di vostro cortese riscontro porgiamo distinti saluti.

IL PRESIDENTE
Dott. Stefano Citterio



Il biotestamento entra in aula

Dopo 10 mesi, 43 sedute e 19 emendamenti il Ddl sul biotestamento è pronto per entrare nell'aula di Montecitorio. L'esame dovrebbe cominciare a inizio giugno. La settimana scorsa la commissione Affari sociali della Camera ha licenziato il testo delle "Dichiarazioni anticipate di trattamento" che ha già incassato il via libera del Senato dove dovrà tornare per l'ultimo sì. Diverse le modifiche introdotte sul Ddl Calabrò, che comunque non cambiano la sostanza del provvedimento fortemente voluto dall'ala più intransigente della maggioranza.

Tra gli emendamenti approvati - sei del relatore Domenico Di Virgilio (Pdl), 13 dell'opposizione - c'è anche una piccola breccia al divieto di interruzione della nutrizione forzata: l'alimentazione e l'idratazione artificiali potranno essere sospese in casi eccezionali, quando cioè non sono più utili al paziente.

Il nuovo testo allarga, poi, la platea di persone a cui si applicherà la legge: non più solo ai pazienti in stato vegetativo, ma anche ai "soggetti che si trovino nell'incapacità permanente di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze" (quindi chi si trova in situazioni di fine vita). Tra le altre modifiche c'è anche la norma che disciplina i casi in cui non sia stato nominato un fiduciario: i suoi compiti saranno "adempiti dai familiari", indicati dal Codice civile. Bocciata, dunque, la possibilità di sentire il parere dei conviventi "more uxorio", come richiesto dal Pd. Infine nel caso vi sia controversia tra il medico e il fiduciario - è quanto prevede un altro emendamento approvato in commissione Affari sociali - a decidere sarà un collegio medico.

Ma il medico potrà sempre rifiutarsi di porre in essere prestazioni contrarie alle sue convinzioni scientifiche e deontologiche.

Nonostante alcune piccole "aperture" l'opposizione boccia il testo perché secondo Livia Turco (Pd) "non rispetta la volontà del paziente, non prevede la sua presa in carico e la valorizzazione della relazione di fiducia tra medico e lo stesso paziente". Mentre per il senatore Ignazio Marino (Pd) "il Ddl è una vera sopraffazione". Il relatore Di Virgilio (Pdl) rivendica invece "l'ampio spazio alla discussione" garantito anche all'opposizione. In aula l'approvazione non sarà sicuramente in discesa. Oltre all'opposizione anche i "finiani" del Pdl promettono battaglia.

Fonte; sole 24 ore 18-24 maggio 2010

Le "pagelle" alla sanità italiana della Scuola Sant'Anna di Pisa

Il Ministro della Salute, Prof. Ferruccio Fazio, lancia l'operazione trasparenza nella Sanità. Il lavoro delle Asl e delle Aziende ospedaliere da oggi sarà alla portata dei cittadini. L'efficienza, l'appropriatezza dei servizi erogati, per la prima volta in Italia sono oggetto di verifica oggettiva mediante i dati assunti con le SDO (Schede di Dimissione Ospedaliere) o altri flussi ministeriali.



A tal fine il Ministro Fazio ha affidato nell'ambito del progetto SIVEAS (Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria), al Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa l'elaborazione, in via sperimentale, di un primo gruppo di indicatori per misurare l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati, elaborati a livello regionale, Asl per Asl, Azienda ospedaliera per Azienda ospedaliera.

Si tratta in tutto di un set di 34 indicatori, utili per comprendere le criticità e gli aspetti positivi dei principali aspetti della sanità. Un primo strumento che andrà a comporre un complessivo sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali attualmente allo studio dell'Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali). Per questa prima valutazione sono stati analizzati alcuni aspetti considerati più significativi del sistema sanitario quali il governo della domanda, l'efficienza, l'appropriatezza delle prestazioni mediche e chirurgiche, la qualità clinica, l'efficacia assistenziale delle patologie croniche, l'efficienza prescrittiva farmaceutica, l'efficacia dell'assistenza collettiva e di prevenzione.

Nei documenti sono riportati i risultati anche con il metodo del bersaglio, dove al centro si posizionano le migliori performance, mentre più lontano dal centro si rappresentano i risultati di maggiore criticità.

Si tratta di una fotografia sintetica dei punti di forza e di debolezza di ciascun sistema sanitario regionale che permette di entrare poi nel dettaglio di ciascun indicatore calcolato per gli anni 2007 e 2008 per Asl o per soggetto erogatore in base alla tipologia di misura.

I Risultati promuovono il Nord (in speciale modo: Lombardia, Piemonte e Friuli) e bocciando le Regioni del Sud.

Secondo la ricerca oggi l'usuale dicotomia fra Nord e Sud è stata superata dall'immagine di un Paese diviso in tre parti: tre Paesi diversi, uno dei quali relegato nel Sud del mondo.

I dati sono on line e dovrebbero servire da stimolo per le varie realtà locali; essi, tra l'altro, rivelano un altro aspetto interessante: sia nelle Regioni con il sistema sanitario migliore che in quelle con un sistema sanitario disastroso ci sono differenze eclatanti di qualità, in base agli indicatori dati, tra un Asl e l'altra. Così, il lavoro svolto serve pure per chiedersi perché questa variabilità insiste su uno stesso territorio.

Quanto si resta "parcheeggiati" in reparto prima di finire sotto i ferri; il ricovero di persone con il diabete (meno finiscono in ospedale, più funziona il sistema di assistenza territoriale); lo screening per il tumore alla mammella (fondamentale attività di prevenzione) e la questione dei parti cesarei (con i record di Sicilia, 52,78% e Campania, 61,88%) sono solo alcuni dei metri di valutazione usati dalla Scuola.

(Tutti documenti sono consultabili al seguente indirizzo: <http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=273>)



POLIZZA INFORTUNI PER ISCRITTI AL COLLEGIO

Segnaliamo la proposta per aderire ad una specifica polizza infortuni riservata agli iscritti al Collegio di Como pervenutaci dal broker assicurativo che gestisce già la polizza assicurativa RC.



62

SCHEDA PER ADESIONE ALLA CONVENZIONE POLIZZA INFORTUNI DEGLI ISCRITTI AL COLLEGIO IPASVI

NOME	COGNOME
------	---------

Via	Città	PV
TEL	FAX	E-MAIL

CODICE FISCALE /PARTITA IVA

PROFESSIONE	ISCRITTO AL COLLEGIO DI
-------------	-------------------------

DECORRENZA POLIZZA

OPZIONE RICHIESTA: Barrare quella scelta	(1)	(2)	(3)
--	-------	-------	-------

OPZIONE (1)	PREMIO EURO 233,00
GARANZIE:	
- CASO INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO, CAPITALE ASSICURATO	EURO 150.000
- DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO E CONVALESCENZA EURO 50 AL GIORNO	
- DIARIA DA GESSO EURO 25 AL GIORNO	

OPZIONE (2)	PREMIO EURO 345,00
GARANZIE:	
- CASO MORTE DA INFORTUNIO, CAPITALE ASSICURATO	EURO 100.000
- CASO INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO, CAPITALE ASSICURATO	EURO 200.000
- DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO E CONVALESCENZA EURO 50 AL GIORNO	
- DIARIA DA GESSO EURO 25 AL GIORNO	

OPZIONE (3)	PREMIO EURO 383,00
GARANZIE:	
- CASO MORTE DA INFORTUNIO, CAPITALE ASSICURATO	EURO 100.000
- CASO INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO, CAPITALE ASSICURATO	EURO 250.000
- DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO E CONVALESCENZA EURO 50 AL GIORNO	
- DIARIA DA GESSO EURO 25 AL GIORNO	

FRANCHIGIE VALIDE PER TUTTE LE IPOTESI:

- CASO MORTE DA INFORTUNIO, NESSUNA FRANCHIGIA
- CASO INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO NESSUNA FRANCHIGIA
- CASO DI RICOVERO DA INFORTUNIO E GESSO NESSUNA FRANCHIGIA

Per attivare la copertura è sufficiente l'invio della presente scheda, al fax della CIS Broker 02-54128393, debitamente compilata, unitamente alla copia della disposizione di bonifico bancario C/o Banca Pop. Etruria e Lazio sede di Milano conto corrente intestato a CIS srl IBAN: IT91 G053 9001 6000 0000 0000 357. La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di valuta del bonifico. Per eventuali informazioni contattare il Dott. Pietro Locatelli 02-5513053

CIS BROKER SRL – Direzione Generale
Via Ripamonti n. 129 – 20141 MILANO ITALY
TEL. +039025513053 FAX +0390254128393
WWW.CISBROKER.IT INFO@CISBROKER.IT
ISCRIZIONE RUI N. B00014393 - P.IVA 06996970155



Lo scorso 14 maggio presso il ristorante Tarantola di Appiano Gentile, lo staff infermieristico e medico del reparto Geriatria ha salutato la collega Pinuccia Zaffaroni, collocata in pensione dopo 40 anni di onorato servizio. Apprezzata da tutti per la serietà, l'impegno e la carica umana che ha sempre profuso nell'esercizio della sua professione, ci piace ricordarla con le parole della collega Di Lella.

Venerdì 14 maggio 2010

63

Cara Pinuccia,

quando ho iniziato a lavorare in geriatria, circa 25 anni fa, ero una delle tante ragazze arrivate dal sud con una valigia piena di sogni.

Avevo tanti dubbi e pochissime certezze, spesso ero incline alla nostalgia per gli affetti lontani e faticavo parecchio ad ambientarmi; poi sei arrivata tu.

*i tuoi toni garbati,
la voce calda,
il sorriso rassicurante,
mi hai teso la mano,
mi hai regalato il tuo tempo,
i tuoi preziosi consigli,
mi hai assicurata nei momenti difficili,*

soprattutto, mi hai fatto conoscere l'essenza dell'amicizia.

In questa serata che vuole rappresentare una tappa importante della tua vita alla presenza di tutte queste persone che sono qua per testimoniarti affetto e stima, voglio dirti GRAZIE come non ho mai fatto.

Sei sempre stata un modello di riferimento e non solo perché sei una grande professionista ma perché sei una persona speciale.

Abbiamo condiviso tanti turni di lavoro e ti ho vista sempre fedele a te stessa, portatrice sana di gentilezza, infermiera carismatica, persona coerente.

Anni addietro mi chiedevo qual'era il tuo segreto e come mai riuscivi a conquistare sempre tutti, poi ho capito che è la tua semplicità a farti diventare grande.

Adesso per te si aprono nuovi orizzonti e con la tua capacità di dare tanto a tutti sono sicura che scriverai ancora tante belle pagine di vita.

Ti auguro un futuro luminoso
con immenso affetto
la tua amica CARMELINA



MAGGIO
2010

**Il calore
che si irradia dalla mano,
applicato ai malati,
è altamente salutare.**



IPASVI
COMO

www.ipasvicomo.it

GLI EVENTI SI TERRANNO
PRESSO LA TENSOSTRUTTURA
DI COMOCUORE PIAZZA CAVOUR, COMO.

🕒 10.00/12.00

STILI DI VITA E DIABETE: QUALE PREVENZIONE

In collaborazione con **OSDI**
(Associazione Operatori
Sanitari Diabetologia Italiani)

Interverranno: **Rosangela Ghidelli**
e **Silvana Pastori**, Infermiere OSDI

INCONTRO PUBBLICO - INGRESSO LIBERO

🕒 14.00/18.30

LA SANITÀ CHE OFFRIAMO, LA SANITÀ CHE VORREMMO.

SALUTO DELLE AUTORITÀ

1° PARTE: LA SANITÀ CHE OFFRIAMO

Interverranno:

Dr. Andrea Mentasti, D.G. Ospedale S. Anna
Dott.ssa Anna Michetti, Direttore SITRA
Dr. Nicola De Agostini, D.G. Ospedale Valduce
Dott.ssa M. Cristina Corradini, Dirigente SITRA
Dott.ssa Maria Carolina Bona,
D.S. Ospedale Sacra Famiglia Erba
Dott.ssa Sandra Riva, Dirigente Infermieristico
Dr. Roberto Antinozzi, D.G. ASL Como

Moderatore:

Dott. Stefano Citterio,
Presidente Collegio IPASVI Como

2° PARTE: LA SANITÀ CHE VORREMMO

Interverranno gli eletti al Consiglio Regionale
della Regione Lombardia della Provincia di Como
Giorgio Pozzi, Consigliere Regionale Pdl
Gianluca Rinaldin, Consigliere Regionale Pdl
Luca Gaffuri, Consigliere Regionale PD
Dario Bianchi, Consigliere Regionale Lega Nord

Moderatore:

Dott.ssa Donatella Pontiggia
Coordinatore Corso di Laurea Infermieri Como

AL TERMINE VERRÀ OFFERTO UN APERITIVO



ORE 21.00
PROIEZIONE DEL FILM

La forza della mente

REGIA: MIKE NICHOLS

Presentazione e dibattito
a cura di **Paola Zappa** (Dott. Infermiera)
e **Pierluigia Verga** (Psicologa e Infermiera)

INCONTRO PUBBLICO - INGRESSO LIBERO