

Dicembre 2010 - N. 46

Algorà

Spazio di informazione del Collegio IRASVI di Como



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

La rivista è consultabile sul sito www.ipasvicomo.it

Editoriale	2
<i>Specializzazione infermieristica: quali orientamenti e aspettative?</i>	
ATTUALITÀ	
CRONACA DI DUE CONSIGLI NAZIONALI STRAORDINARI: il 7 agosto e il 20 novembre	
Antefatti e sviluppi	5
Il comunicato stampa della Federazione Nazionale dei Collegi	7
Il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale: le osservazioni dei Collegi Lombardi	8
ECM-CPD REGIONALE, alcuni cambiamenti non piacciono all'IPASVI	10
Nuovo ospedale S. Anna di Como: è iniziata una nuova era per la sanità comasca	12
Cernobbio, conferenza ECM	14
ENPAPI - Regolamento e nuovo statuto	15
Dalla parte del bambino	
Come promuovere lo sviluppo sensoriale in terapia intensiva neonatale	17
È evidente che...	
Prevenire l'ipotermia durante il periodo intraoperatorio con il sistema di riscaldamento attivo	21
Infermieristica e cure complementari	
I colori nella nostra vita	26
News from the web	
Proposta di alcuni blog infermieristici	29
Articoli originali	
Puntura ad occhiello o buttonhole	
Tecnica di venipuntura della Fistola Arterovenosa (FAV)	30
Case Study	
Nuovo Ospedale S. Anna: il progetto codice colore	32
Dal Collegio	
Il sito del Collegio Ipasvi	38
Commissione libera professione	40
Eventi formativi 2011	44
Iscritti e cancellati	49

SPECIALIZZAZIONE INFERMIERISTICA: QUALI ORIENTAMENTI E ASPETTATIVE?

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

È un dato di fatto che gli infermieri vengano coinvolti, sempre di più e con maggiore responsabilità, nei processi di cura ed assistenza alla persona.

Ne sono testimonianza i recenti sviluppi di competenze e responsabilità attribuite agli infermieri nel contesto del "triage" in Pronto soccorso (progetto SEE and TREAT della Toscana, vedi box), nell'ambito del processo perioperatorio (progetto Perimed in Emilia Romagna), in quello dell'emergenza sanitaria con la costante e crescente diffusione dei mezzi di soccorso intermedio (meglio conosciute come auto-infermieristiche). Allo stesso modo anche le esperienze avviate di strutture di Low Care a completa gestione infermieristica e le sperimentazioni intraprese in diverse regioni del nostro paese in merito all'Infermiere di famiglia o di comunità costituiscono esempi di come la professione infermieristica sia chiamata ad una partecipazione attiva alle nuove dinamiche della sanità italiana in risposta ai bisogni emergenti della popolazione.

Tutto ciò si colloca nel contesto di una crescita normativa e culturale degli infermieri rappresentando elementi di confine tra la vecchia e la nuova dimensione professionale dell'infermiere il cui spartiacque può essere identificato dalla legge n. 42 del 1999. Siamo nella fase conclamata del post-mansionario.

Questi sviluppi, da un lato rischiano di esasperare ed alimentare alcune tensioni (più o meno latenti) con la professione medica - l'esposto dell'Ordine dei medici di Bologna di cui diamo conto nelle pagine successive ne è una testimonianza - ma, contemporaneamente, pongono un dibattito anche all'interno della stessa professione infermieristica.

Da una grossa fetta della professione questi sviluppi vengono valutati come un effettivo riconoscimento professionale e l'anticamera di ulteriori progressioni economiche e di carriera per gli infermieri italiani ma, non va negato, che esiste una parte di professionisti che intravedono più rischi (anche di natura legale) che benefici in questi percorsi professionali.

Questi percorsi, in particolare quelli più vicini ad aspetti diagnostici e terapeutici (See and treat e Premed), vengono

interpretati come uno sviluppo non disciplinare delle competenze infermieristiche che, in una logica da neo-mansionario, attribuiscono nuove responsabilità agli infermieri più di natura clinica (medica) che assistenziale attraverso procedure e protocolli codificati.

Si tratta quindi di comprendere quali scelte la professione intende sostenere. È ovvio che tali scelte discendono dall'identità professionale che gli infermieri intendono e vogliono affermare.

Su questo vorrei aggiungere anche un'altra riflessione più di carattere normativo che prende spunto dal fatto che lo stesso profilo (Dm 739/94) identifica l'infermiere come "responsabile dell'assistenza generale infermieristica" e, implicitamente, ipotizza l'esistenza di un infermiere specialista.

Lo stesso profilo di fatto identificava 5 settori relativi alla formazione post-base, che rappresentavano dei titoli preferenziali per l'esercizio di ulteriori competenze e comunque vincolati alle condizioni di fatto e quindi temporanei (vedi comma 7, box 1).

Anche la legge 43/2006 ha definito dei livelli di specializzazione legati al percorso formativo nell'articolo 6, comma 1 quali:

- a) professionisti in possesso del diploma di laurea, gli infermieri generalisti;
- b) professionisti coordinatori, con master di coordinamento;
- c) professionisti specialisti, con master specialistici;
- d) professionisti dirigenti con laurea magistrale/specialistica.

Su questo punto, ancora in attesa di pieno riconoscimento contrattuale, un aspetto della debolezza della posizione è rappresentata dalla scelta di attribuire ai Master (clinici o di coordinamento), il valore di requisito abilitante, considerando che per le Università i Master non sono dei veri e propri titoli di studio ma solo dei corsi di perfezionamento/aggiornamento. Una scelta alternativa forte, sarebbe stata quella di caratterizzare i due anni di laurea specialistica con tre indirizzi differenti legati alla forma-

zione/ricerca, alla organizzazione e alla clinica (con 1 anno uguale per tutti e il secondo anno specifico per le diverse aree specialistiche). È ovvio che questa soluzione avrebbe risolto l'altro grande ostacolo a questo percorso costituito dalla carenza di risorse economiche disponibili che, con tutta probabilità sta alla base dei rinvii contenuti negli ultimi due contratti.

Box 1: Le "specializzazioni" previste dal profilo dell'infermiere (art. 1, commi 5-7):

5. La formazione infermieristica post - base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:
 - a. sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
 - b. pediatria: infermiere pediatrico;
 - c. salute mentale - psichiatria: infermiere psichiatrico;
 - d. geriatria: infermiere geriatrico;
 - e. area critica: infermiere di area critica.
6. In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del Ministero della sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.
7. Il percorso formativo viene definito con decreto del Ministero della sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

andando a connotare maggiormente e concretamente il concetto di Infermiere come professione sanitaria, definito dalla legge 42/99.

Se questa è la strada, gli infermieri non possono sottrarsi, sbandierando chissà quali vincoli disciplinari o di principio. Anzi, proprio per non infrangere il patto con i cittadini, gli infermieri devono e possono accettare tutte le sfide che la nuova sanità e i bisogni emergenti pongono.

È altrettanto vero che non è possibile chiedere maggiori competenze agli infermieri senza, allo stesso modo, introdurre degli incentivi economici correlati al livello di responsabilità richiesto e necessario.

Con questo auspicio, approfitto per augurare a tutti un sereno Natale ed un felice Anno Nuovo.

Tornando al tema della specializzazione, la questione che si pone ulteriormente è se l'orientamento assunto dalle circostanze enunciate nell'introduzione a questo articolo siano coerenti con la cornice legislativa delineata o se tendono a superarla verso una nuova regolamentazione.

Mi pare di poter dire che l'acquisizione di una tecnica o di una particolare competenza (più o meno infermieristica) da sola non possa determinare se lo sviluppo è disciplinare oppure no.

La dimensione professionale (e quindi disciplinare) non può essere superata dalla singola tecnica che deve essere inquadrata correttamente per quello che rappresenta effettivamente - una opportunità per dare risposte sempre più competenti ai cittadini.

Mi pare anche di poter affermare che il tutto sia coerente con il quadro normativo



Box 2: Cosa è il SEE and TREAT? Il "See and Treat" è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che ha avuto rapida ed estesa diffusione nel Servizio Sanitario Nazionale inglese e che è risultato efficace soprattutto nel contenimento delle attese. La regione Toscana con la D.G.R. 958 del 17/12/2007 "Proposta di sperimentazione del modello S&T come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori", propone un progetto di sperimentazione del modello S&T in sei Pronto Soccorso della Regione con il quale si affida, ad un infermiere opportunamente formato e certificato, la possibilità di gestire una parte ben definita e ben identificata di pazienti afferenti per problematiche minori. Durante la fase di sperimentazione è prevista la condivisione su ciascun caso con il medico tutor che valida l'appropriatezza e la coerenza del trattamento attuato dall'infermiere.

Il S&T può essere considerato un'estensione del triage di PS sul quale è stata intrapresa una diffusa opera di omogeneizzazione e modernizzazione. Nella fase di triage oltre alla priorità viene, con il S&T, assegnato un percorso specifico, differenziato sul piano professionale.

L'aspetto legato all'attribuzione all'Infermiere di una maggiore responsabilità ed autonomia operativa in situazioni ben definite, pre-determinate, rappresenta l'innovazione più significativa che promuove questo professionista dall'essere figura prevalentemente collaborativa.

La finalità principale di tale sperimentazione è verificare la possibilità di un'ottimizzazione dei tempi di risposta all'utenza, delle risorse e dei tempi a disposizione nei servizi attraverso la valorizzazione della professionalità infermieristica che consente, al contempo, la possibilità di concentrare le risorse mediche sui casi a maggiore complessità clinica.

L'infermiere, dopo un percorso formativo che certifichi le competenze acquisite potrà gestire in autonomia secondo procedure, protocolli e linee guida casistiche minori nelle diverse specialità arrivando anche ad effettuare trattamenti farmacologici e prescrivere esami radiologici su protocolli.

TEST D'AMMISSIONE: QUANTA FATICA E QUANTA PASSIONE PER L'INFERMIERE DEL FUTURO!

Con l'arrivo dell'autunno e lo svolgimento dei test d'ammissione ai corsi di laurea per le Professioni sanitarie, su tutti i giornali nazionali e locali c'è stato un ripetersi di titoli del tipo: "La carica degli infermieri" o "Tutti vogliono fare l'infermiere". Segno evidente che l'appeal della nostra professione cresce di anno in anno, anche grazie all'attività della Federazione e dei Collegi provinciali Ipasvi, impegnati costantemente in campagne per la promozione dell'immagine dell'infermiere e la corretta informazione sul cursus studiorum da intraprendere. Ma anche la selezione diventa più dura, proprio come conseguenza della crescita del numero di domande di giovani che aspirano a entrare nei corsi di laurea di Infermieristica. Infatti i posti messi a disposizione dai decreti Miur continuano ad essere troppo pochi sia in termini di rapporto con il mercato del lavoro, sia in relazione ad una equilibrata programmazione formativa. Continua cioè ad esserci da parte dell'Università una scarsa volontà di raccogliere le richieste avanzate dalle Regioni e dall'Ipasvi.

È innegabile, comunque, che una maggiore selezione, se correttamente impostata, potrebbe avere effetti positivi in termini di motivazioni, attitudini e qualità della futura generazione infermieristica. Le cifre parlano chiaro. Anche per il 2010-2011, a fronte della richiesta dell'Ipasvi di 22.673 nuovi posti, gli atenei italiani ne hanno messi a disposizione solo 16.336, tra l'altro con evidenti disparità da Regione a Regione.

Già, le Regioni. Anche loro, come l'Ipasvi, avevano avanzato richieste per 21.573 nuovi studenti di Infermieristica per l'anno appena iniziato: altro appello rimasto inascoltato. E così, questo settembre, come quelli precedenti, è stato contraddistinto da innumerevoli masse di neodiplomati alle prese con duri test d'ammissione per guadagnare il solo diritto a frequentare un corso di laurea in Infermieristica. Un percorso di studi che riscuote sempre più successo tra i giovani italiani. Entusiasmo che nel 50% dei casi è però destinato a rimanere deluso, proprio a causa della mancanza di posti programmati dalle singole Università. A Padova erano in 1.622 a contendersi 940 posti; a Cuneo e Asti erano in 400 per 228 posti; a Varese la musica non è cambiata: oltre 300 aspiranti infermieri per soli 155 posti. E, per fare ancora qualche esempio, in Lombardia i posti a disposizione sono circa la metà di quelli richiesti dall'Ipasvi ed anche in Campania non si è andati oltre i 700 nuovi posti, malgrado i 1.500 chiesti dall'Ipasvi.

(newsletter FN IPASVI)



CRONACA DI DUE CONSIGLI NAZIONALI STRAORDINARI: il 7 agosto e il 20 novembre

Antefatti e sviluppi

A cura del Comitato di Redazione

L'ordine dei Medici di Bologna, come annunciato nel contesto della 4 conferenza Nazionale della Professione tenutasi a Bologna il 6-7 ottobre u.s., ha inoltrato alle procure della Repubblica di Bologna e Firenze un esposto nei confronti delle

Regioni Emilia Romagna e Toscana.

L'esposto si riferisce alle attività:

- dell'infermiere coinvolto nel "triage" in Pronto soccorso (Emilia Romagna);
- dell'infermiere coinvolto nel "Seat & Treat" in Pronto soccorso (Toscana);
- dell'infermiere coinvolto nel processo peripetorio - Perimed (Emilia Romagna).

L'ordine dei medici di Bologna sottolinea l'illiceità dei provvedimenti Regionali che, oltre a trascendere le funzioni proprie in merito alla Sanità e alla definizione delle

competenze delle Professioni, metterebbero in serio pericolo la salute dei Cittadini favorendo, di fatto, l'esercizio abusivo della professione Medica da parte di professionisti (infermieri nella fattispecie) non adeguatamente preparati e formati.

Questo fatto ha determinato la convocazione di un

consiglio Nazionale Straordinario tenutosi a Bologna il 20 novembre u.s..

Avvisaglie di tale situazione erano state denunciate dal Coordinamento dei Collegi Lombardi e da quello dei Collegi del Piemonte già nel luglio scorso.

Infatti nella nota a sostegno del Consiglio nazionale straordinario svoltosi successivamente il 7 di agosto, i Collegi della Lombardia scrivevano alla Presidente Nazionale e a tutti i Presidenti dei Collegi d'Italia evidenziando "Come ormai ben noto e dichiarato dalla classe medica, non solo sulle testate giornalistiche, ma ancor più chiaramente da documenti approvati dalla FNOMCEO, nei quali è apertamente dichiarata la volontà di "contrastare la forte azione erosiva dei tradizionali ambiti di esercizio della professione medica,

da parte dell'insieme delle vecchie e nuove professioni operanti in ambito sanitario", la realtà dei "buoni rapporti" sta ormai decadendo, nonostante i tentativi sviluppati dalla Federazione con grandi capacità politico-relazionali, in favore di una netta virata verso modifiche di norme, dichiarazioni e attività che pun-

Box 1 - I fatti salienti che hanno portato alla convocazione dei Consigli Nazionali Straordinari del 7 agosto e del 20 novembre 2010

- **20 maggio 2010:** Convegno FNOMCeO a Rimini dove il dibattito ha evidenziato una significativa autoreferenzialità professionale dei Medici e una altrettanto significativa debolezza giuridica nei contenuti delle relazioni presentate dalla FCOMCeO fondata su una ipotetica posizione di garanzia del Medico (solo lui?) verso il cittadino;
- **Giugno 2010:** discussione circa il decreto attuativo sulle farmacie (vedi agorà precedente) con bozze - non accolte dall'IPASVI - che tendono ad affermare la subordinazione dell'infermiere al medico e limitarne l'autonomia professionale già sancita dalle norme vigenti
- **6- 12 luglio 2010:** Sul Sole 24ore Sanità della settimana viene pubblicato un lungo articolo di Gianfranco Iadecola nel quale si fa un'analisi articolata della professione infermieristica che rimanda ad una condizione di subordine e subordinazione, evidenziando i "pericoli per i cittadini" se venissero attribuite ulteriori responsabilità agli infermieri.
- **5 ottobre 2010:** Il Presidente dell'Ordine dei medici di Bologna, Dr Giancarlo Pizza presenta un esposto alle Procure di Bologna e Firenze a carico delle Regioni Emilia-Romagna e Toscana per profili di intera possibile violazione - da parte di enti, organi c/o soggetti di riferimento anche organizzativo - degli artt. 348 c.p. e 8 L. 175/94.



tano a svillire la professione infermieristica, nel tentativo di ritornare alla chiara subordinazione con riconoscimento della leadership e dell'unica responsabilità della parte medica in merito a tutto il processo clinico-assistenziale". Sempre in

quella comunicazione del 20 luglio 2010, i Collegi Lombardi sottolineavano la necessità che *"i rappresentanti della professione discutano e attuino in tempi rapidi forme di tutela nei confronti dei colleghi e del cittadino stesso, sensibilizzando l'opinione pubblica e dimostrando alla popolazione la necessità di un infermiere autonomo e responsabile del processo assistenziale, dipanando, se ancora fosse necessario, ogni dubbio sulla volontà dei professionisti di applicare il campo proprio di attività senza per questo "sconfinare in territori" riconosciuti come propri di altre professioni".*

Tali riflessioni ancora attuali, risultano utili per inquadrare il tema del Consiglio nazionale Straordinario del 20 novembre nel quale la discussione si è articolata fondamentalmente su tre temi:

- 1) l'attuale situazione degli infermieri Italiani dal punto di vista dello sviluppo normativo e professionale;
 - 2) lo stato dell'arte delle relazioni tra la professione Infermieristica e Medica per verificare il livello di conflittualità/collaborazione;
 - 3) le eventuali azioni e le strategie da intraprendere.
- Sul primo punto si è evidenziato come il percorso normativo della professione sia completo e sufficiente a garantire lo specifico professionale anche in contesti complessi come l'Ospedale, il territorio e nella relazione con le altre professioni. Anche il percorso culturale, nonostante sia ancora in fase di crescita, ha raggiunto un sufficiente grado di stabilizzazione ed omogeneità tali da poter garantire adeguate prestazioni infermieristiche su tutto il territorio nazionale. Insomma, non si possono mettere in dubbio i risultati e la crescita professionale degli infermieri italiani, la cui dedizione e responsabilità garantiscono ogni giorno il funzionamento del sistema salute e la

Box 2 – Cosa è il Consiglio Nazionale straordinario

Il Consiglio Nazionale (CN) riunisce tutti i Presidenti dei Collegi Provinciali ed è presieduto dal Presidente Nazionale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI che ha la responsabilità di convocarlo. Il CN è di norma convocato per il mese di febbraio in forma ordinaria.

Un CN straordinario può essere convocato dalla Presidente o dal Comitato Centrale ogni volta che si ritiene vi siano le condizioni oppure se viene richiesto da almeno 1/6 dei Presidenti di Collegio.

necessaria assistenza ai Cittadini.

Aumentare le responsabilità degli infermieri significa semplicemente riconoscere compiutamente il percorso intrapreso dalla professione e di conseguenza garantire la massima efficacia ed efficien-

za a tutto il sistema sanitario. Sul secondo punto è emerso come la posizione dell'Ordine dei Medici di Bologna sia una posizione non condivisa dall'intera professione Medica. In effetti si è rilevato come gli altri Ordini provinciali interessati direttamente (quelli dell'Emilia Romagna e della Toscana) oltre a non sottoscrivere l'esposto - come sarebbe stato logico se avessero condiviso l'azione - hanno anche manifestato il loro dissenso verso la condotta dei loro colleghi di Bologna sotto diverse forme, anche per il fatto che le Regioni implicate li avevano già coinvolti nel percorso di realizzazione/definizione delle iniziative contestate. Ugualmente, alcune sigle sindacali (CISL) e associazioni (SIMEU) hanno espresso pubblicamente il loro contrasto all'iniziativa dei medici bolognesi. Anche le dichiarazioni del Presidente FNOMCeO, seppur di assenso all'iniziativa dell'esposto, sono apparse piuttosto generiche e di circostanza più che di effettivo impegno e sostegno all'iniziativa dell'esposto. **È emerso quindi, che quella delineata dall'esposto è, al momento attuale, una posizione minoritaria sia dentro che fuori la professione Medica anche se non va sottovalutata.** Il dibattito ha così raffigurato una strategia volta ad evidenziare da un lato la compattezza della professione infermieristica e dall'altro l'opportunità di non compromettere i rapporti di buona collaborazione in essere con una grande fetta della professione medica e del mondo sindacale e associativo evitando di alimentare polemiche e o guerre corporativistiche. Il comunicato stampa di seguito riportato evidenzia e sintetizza l'insieme delle riflessioni emerse durante il Consiglio Nazionale Straordinario e i principi cui ispirare le singole azioni, con l'intenzione di mantenere alto il livello di vigilanza e attenzione per poter intervenire ulteriormente qualora si rendesse necessario.



COMUNICATO STAMPA A SEGUITO DEL CONSIGLIO NAZIONALE DEL 20 NOVEMBRE

La ridefinizione e l'evoluzione delle competenze degli infermieri risponde ai bisogni dei cittadini e del sistema sanitario: la posizione dell'IPASVI

Roma, 23 novembre 2010 Prot. P-5426/III.10

Il 20 novembre 2010 si è tenuto a Bologna il Consiglio della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri (FNC IPASVI) convocato in assemblea straordinaria per analizzare l'impatto dell'esposto presentato dall'Ordine dei medici di Bologna alle procure di Bologna e Firenze e definire la conseguente risposta della professione infermieristica. L'esposto contesta in particolare il modello organizzativo "See & Treat" approvato dalle regioni Toscana ed Emilia-Romagna per migliorare l'efficacia dei servizi di Pronto Soccorso e ridurre i tempi di attesa dei cittadini. La contestazione reativa di una parte del mondo medico sorprende soprattutto perché il progetto sotteso al modello organizzativo "See & Treat" - ad oggi in corso di sperimentazione - non contiene sostanziali elementi di novità rispetto a ciò che gli infermieri italiani fanno già dagli anni Novanta: ne formalizza unicamente le funzioni e le responsabilità sulla base di specifici protocolli condivisi tra medici e infermieri, oltre a definire i correlati e puntuali percorsi formativi. Dopo ampio ed approfondito dibattito e all'unanimità, il Consiglio della Federazione nazionale Collegi Infermieri:

- **esprime** sostegno e solidarietà ai professionisti infermieri che operano nelle strutture sede di sperimentazione, apprezzandone l'alto livello di competenze, responsabilità e dedizione;

- **ribadisce** che gli obiettivi principali degli infermieri sono la qualità e la personalizzazione dei servizi sanitari rivolti alla persona, che costituiscono il focus dell'agire infermieristico;
- **sottolinea** che le attività in fase di sperimentazione sono svolte nel pieno rispetto delle leggi nazionali e degli orientamenti regionali ed aziendali;
- **rifugge** da strumentali provocazioni foriere di conflitti inter professionali, che danneggiano l'attenta e responsabile risposta ai bisogni di salute dei cittadini;
- **si impegna** a mantenere un alto livello di collaborazione con i medici con cui da sempre gli infermieri condividono l'impegno assistenziale e curativo;
- **esprime** la volontà a proseguire in un confronto aperto e costruttivo che punti alla condivisione di valori, obiettivi e percorsi operativi.

Il Comitato centrale e il Consiglio della Federazione nazionale dei Collegi Infermieri, per continuare a presidiare l'evoluzione della vicenda sul piano professionale, politico e giudiziario nell'interesse dell'intero Sistema sanitario e dei cittadini, si riuniranno nuovamente in Assemblea straordinaria nei giorni 17 e 18 dicembre 2010.

Ufficio Stampa e Comunicazione Federazione Nazionale IPASVI

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

LAUREE SPECIALISTICHE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Con Decreto del 9 luglio 2010 il MIUR ha stabilito la ripartizione di 1.777 posti, che sono 83 in meno dei 1.944 dello scorso anno (-8,6%). La ripartizione per classi passa:

- da 915 a 831 per la I Infermieristica e Ostetrica (47% stabile), con richiesta Regioni di 739;
- da 356 a 330 per la II Riabilitazione (da 18% a 17% stabile), con richiesta Regioni di 244;
- da 369 a 320 per la III Tecnico Diagnostica (da 18% a 19%), con richiesta Regioni di 203;
- da 150 a 122 per la III Tecnico Assistenziale (7% stabile), con richiesta Regioni di 94;
- da 164 a 174 per la IV Prevenzione (da 10% a 8%), con richiesta Regioni di 185.

Le modalità di ammissione ai Corsi erano state stabilite con Decreto del 21 maggio 2010. L'esame si svolgerà martedì 26 ottobre 2010. Tutte le Università hanno pubblicato i bandi di ammissione sui rispettivi siti internet.

(fonte mail Mastrillo del 28 luglio 2010)



Il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale: le osservazioni dei Collegi Lombardi

A cura del Coordinamento dei Collegi IPASVI Lombardi

8

Nella seduta del Consiglio regionale del 17 novembre u.s., è stato approvato il Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014 (deliberazione n. IX/0088). Prima di questo importante evento i Collegi Lombardi hanno partecipato ad una audizione in commissione sanità portando alcune osservazioni e rilievi che vi proponiamo di seguito e che, purtroppo non hanno trovato accogliamento nella stesura definitiva del PSSR:

OSSERVAZIONI dei Collegi IPASVI Lombardi, alla PROPOSTA di PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE

PREMESSA

Come già evidenziato dalla proposta di Piano Socio Sanitario Regionale i mutamenti positivi intervenuti nella nostra Regione negli ultimi decenni, quali l'aumento della speranza di vita, il miglioramento delle condizioni di vita e di salute complessive ma anche l'invecchiamento della popolazione e l'espandersi di forme di disagio e fragilità sociale rendono indispensabile ripensare l'organizzazione socio sanitaria.

La complessità organizzativa del sistema sociosanitario evidenzia la necessità di ottimizzare e integrare processi e percorsi clinico assistenziali basati su modelli organizzativi avanzati e fondati sulla consapevole interazione delle diverse competenze professionali. L'offerta dei servizi territoriali e delle strutture ospedaliere è cambiata e richiede la capacità di definire progetti di cura e assistenza

multi professionali. In quest'ottica il Coordinamento dei Collegi IPASVI infermieri della Regione Lombardia si propone per collaborare alla definizione del piano Socio sanitario per "lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo e appropriato delle risorse" come previsto dal Codice deontologico degli infermieri in vigore dal 2009.

Per semplificare l'esposizione, i contenuti saranno suddivisi in diversi paragrafi.

FORMAZIONE

La formazione rappresenta un elemento cardine del sistema sociosanitario in cui si possono sviluppare le competenze relazionali, tecnico scientifiche

e le capacità manageriali necessarie per il mantenimento e l'innovazione di un servizio fondamentale per il progresso socio economico dell'intera regione.

Riteniamo utile l'investimento nell'offerta formativa e pertanto si propone di apportare le seguenti modifiche al testo proposto:

- 1) P. 10: "implementazione delle attività dell'Osservatorio delle Professioni sanitarie al fine di monitorare la formazione dell'infermiere, per definire e razionalizzare il fabbisogno del personale infermieristico, con la collaborazione del Coordinamento dei Collegi IPASVI".
- 2) P.10: "definizione dei programmi di formazione del personale di supporto (OSS e ASA)"
- 3) P. 12 "Con l'attivazione della formazione infermieristica universitaria che prevede il Corso di



Laurea e di Laurea magistrale, Master di I e II livello e il dottorato di ricerca si è dato avvio ad una preparazione culturale, tecnica e organizzativa che si è espressa



operativamente a livello assistenziale, nella ricerca e nello sviluppo e gestione del personale. Tuttavia si rende necessario prevedere e delineare i possibili sviluppi di carriera di questi professionisti e la spendibilità degli specifici ruoli all'interno del sistema sociosanitario, delle strutture universitarie e di tutte le Amministrazioni pubbliche e private".

ORGANIZZAZIONE

L'importanza della "rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie, funzionali" al raggiungimento della finalità di promozione delle "condizioni di benessere e inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e di prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di disagio dovute a condizioni economiche, psico-fisiche o sociali" previste dalla legge regionale 12 marzo 2008 n. 3 richiede la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi o il ripensamento degli attuali al fine di fornire servizi appropriati ed efficienti, che rispondano ai reali bisogni di tutti i cittadini.

Proponiamo pertanto le seguenti modifiche al testo del Piano:

1) P. 10 "valorizzazione del ruolo degli infermieri sia all'interno delle strutture sanitarie garantendo la direzione infermieristica sia attraverso la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi di gestione infermieristica nelle strutture sanitarie assistenziali per anziani o post acuzie sia attraverso l'investimento sull'infermiere di famiglia anche in collaborazione con le unità complesse di cure primarie".

2) P.23 "In un contesto di territorio modellato sulle reti di patologia i principali punti di raccordo saranno i medici di medicina generale (MMG) i pediatri di libera scelta, gli infermieri di famiglia, le ASL...".

3) P.23 "si provederà ad attivare strutture di ricovero intermedie tra ospedale, low care hospital ed ospedalizzazione domiciliare con monitoraggio H24, anche a gestione infermieristica, in grado di accogliere i pazienti nella fase post ricovero per i trattamenti meno complessi".

4) P. 30 "Il MMG e l'infermiere di famiglia sono i professionisti in grado di svolgere la funzione di accompagnamento dei pazienti".

RICERCA

Considerata un fattore chiave nello sviluppo sociale, la ricerca riveste un ruolo determinante anche nel sistema sanitario lombardo, così come dimostrato dagli esiti positivi delle sperimentazioni ad esempio con la telemedicina.

Si propone pertanto di portare la seguente modifica alla p.10: "implementazione del numero di ricercatori nel campo disciplinare delle scienze infermieristiche al fine di migliorare l'appropriatezza delle attività infermieristiche e di sperimentare modelli condivisi di controllo per l'efficacia delle prestazioni".

CONCLUSIONI

È auspicabile un confronto continuo e stabile tra il Coordinamento dei colleghi Lombardi e la Regione Lombardia al fine di valorizzare i professionisti coinvolti nel processo di cura e assistenza per garantire ai cittadini lombardi un'assistenza qualificata, efficace ed equa. Si chiede pertanto di poter collaborare sia alla definizione dei criteri di accreditamento sia alle attività dell'Osservatorio delle professioni sanitarie, inteso come strumento di governo del sistema socio sanitario regionale.



ECM-CPD REGIONALE, alcuni cambiamenti non piacciono all'IPASVI

A cura del Presidente dott. Stefano Citterio

10

Il sistema regionale ECM-CPD ha avuto sin dal suo nascere una grande capacità di anticipare e sviluppare con originalità alcuni temi poi ripresi a livello nazionale (vedi accreditamento dei provider anziché degli eventi – su tutte). Con il Decreto Direzione Generale Sanità n. 3684 – 14 aprile 2010 nel quale si danno indicazioni operative per l'anno 2010 vengono ridefiniti i contributi per la formazione continua da parte dei Provider, i quali vengono classificati in categorie differenti.

Gli Ordini e i Collegi sono stati classificati tra i provider di tipologia 2 (allegato n. 6), per i quali è previsto un contributo fisso di 2.500 euro, cui va aggiunto un ulteriore contributo per ciascun evento formativo secondo lo schema allegato (cfr. tabella Esempificazione quota variabile).

Vista l'impossibilità manifestata da parte della Regione di non modificare tale situazione che rischia di incidere pesantemente sui costi della Formazione, in particolare dei Collegi che sono anche provider (Milano e Brescia), e che con molta probabilità si ripercuoterà anche sui costi per il singolo professionista, il Coordinamento dei Collegi Lombardi ha deciso di intraprendere un ricorso avverso ai provvedimenti nazionali e regionali che hanno determinato tale situazione di fatto.

Nel frattempo si sta tentando di riallacciare i rapporti con i vertici Regionali con la finalità di individuare una soluzione per escludere la via giudiziaria.



ESTRATTO ALLEGATO N. 6 AL DECRETO – CONTRIBUTO ANNUALE ECM-CPD

“I Provider dovranno versare alla Regione Lombardia un contributo annuale che si compone di una quota fissa e una quota variabile.

Il rilascio del Decreto di accreditamento è subordinato al versamento della **quota fissa** del contributo annuale ECM/CPD e, pertanto, il versa-

mento rappresenta la pre-condizione necessaria. L'importo relativo alla **quota fissa si differenzia** rispetto alla tipologia del Provider:

Tipologia 1)

le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, le Aziende di servizi alla Persona, l'Ospedale Classificato, le Fondazioni che erogano prestazioni socio-sanitarie, Struttura socio-sanitaria, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, le Università pubbliche, i Consorzi pubblici, gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente, l'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza dovranno versare la quota fissa in ragione di **€ 500,00**.

Tipologia 2)

le Agenzie Formative, gli Enti di Formazione, le Società scientifiche, le Fondazioni che non erogano prestazioni socio-sanitarie, **gli Ordini e i Collegi professionali**, le Associazioni professionali, le Università Private, le Scuole o gli Istituti di Formazione, le Case



Tabella 1 - Estratta dall'allegato al Decreto DG Sanità

ESEMPLIFICAZIONE QUOTA VARIABILE

CORSO RESIDENZIALE	Prima edizione € 300,00,	Dalla seconda edizione e per ogni ulteriore edizione € 150,00
CONGRESSO/CONVEGNO	Prima edizione € 1.000,00,	Dalla seconda edizione e per ogni ulteriore edizione € 500,00
FORMAZIONE SUL CAMPO	Prima edizione € 200,00,	Dalla seconda edizione e per ogni ulteriore edizione € 100,00
FORMAZIONE A DISTANZA	Fino a nr. 500 partecipanti € 2.000,00	Per ogni ulteriore gruppo di 500 partecipanti successivo al primo € 750,00
EVENTO EFFETTUATO ALL'ESTERO	Prima edizione € 500,00	Dalla seconda edizione e per ogni ulteriore edizione € 250,00

Editrici, le Aziende di Tecnologia dell'Informazione, i Consorzi privati, le Case di cura private accreditate e non, le Associazioni, le Cooperative dovranno versare la quota fissa in ragione di € 2.500,00.

I Provider appartenenti alle tipologia 2 dovranno inoltre versare la quota variabile successivamente alla realizzazione degli eventi che viene rappresentata nella tabella 1.

11

BOX 1 – La cronaca degli eventi

- Il 14 aprile 2010 viene pubblicato il Decreto n. 3684 "Il sistema lombardo di educazione continua in Medicina – sviluppo professionale continuo (ECM. CPD): indicazioni operative per l'anno 2010".
- 27 aprile 2010 - Lettera dei Presidenti IPASVI Muttillo (Milano-Lodi) e Frisone (Pavia) alla Commissione ECM Regionale - in qualità di componenti rappresentanti l'IPASVI - per chiedere revisione e ridiscussione dell'argomento.
- 29 aprile 2010 - risposta del DG Sanità - Dott. Lucchina - che segnala come l'argomento rientra tra le facoltà previste per le Regioni e come sia stato ampiamente discusso in sede di commissione e quindi non modificabile. Vista la scadenza dell'attività della Commissione Regionale ECM (fissata per il 30 aprile) eventuali discussioni devono essere rinviate successivamente.
- 29 aprile 2010 - Lettera del Coordinatore Regionale IPASVI, Mazzoleni Beatrice (BG) con richiesta di incontro urgente al DG Sanità.
- 6 maggio 2010 - Risposta del DG Sanità, Dr Lucchina nella quale si ribadisce la scelta effettuata, indicandola come coerente con l'accordo stato regioni 5 novembre 2009 che lascia facoltà alla Regioni di scelta rispetto ai contributi da richiedere ai provider.
- 14 settembre 2010 - Presentazione da parte del Coordinamento dei Collegi IPASVI del ricorso c/o il Presidente della Repubblica avverso all'accordo stato regioni sulla formazione ECM 5 nov 2009, e agli atti della Regione Lombardia citati.



Nuovo ospedale S. Anna di Como: è iniziata una nuova era per la sanità comasca

A cura del Comitato di Redazione

12

Il 30 settembre sono iniziate le attività di trasferimento dei pazienti dalla vecchia sede del Presidio S. Anna di via Napoleona alla nuova sede di Via Ravona a S. Fermo della Battaglia. Un evento storico e atteso da tutta la città e dall'intera provincia che potrà così usufruire di un Ospedale moderno e all'avanguardia.



Tra mille polemiche e discussioni la nuova struttura, costruita in meno di tre anni, costata circa 260 milioni di euro e con già sei mesi di collaudi alle spalle ha iniziato le attività di cura ed assistenza. Un trasferimento record, primo del suo genere in Italia, che ha visto nel giro di pochi giorni la chiusura della vecchia sede e l'avvio a pieno regime della nuova struttura. Il trasferimento è stato perfetto e non vi sono stati intoppi di alcun genere. Questo grazie alla grande preparazione che è stata pensata e voluta dai vertici Aziendali e realizzata per

Box 2 - Tutti i numeri del S. Anna

76.220 mq di superficie coperta
589 posti letto
62 posti tecnici (Dialisi e Nido)
40 posti letto polivalenti destinati a rianimazione, sub intensiva, stroke unit, Neurochirurgia e Unità Coronarica
26 letti di Medicina per acuti e 20 letti per le urgenze chirurgiche
13 sale operatorie + 2 sale operatorie destinate all'ostetricia
4 sale parto
4 sale endoscopiche
4 sale angiografiche polivalenti per emodinamica, angiografia ed elettrofisiologia cardiaca
35 letti di Day Surgery e 40 di Day Hospital
64 ambulatori
2000 mq di laboratori diagnostici
2500 mq per la radiologia, comprese 2 TAC, 2 risonanze magnetiche e 1 PET
4 acceleratori lineari per radioterapia
1 sistema VERO (unico in Italia e secondo in Europa)
1 robot chirurgico
1 sistema di posta pneumatica per l'invio di documenti e/o provette che collega tutti i reparti e i laboratori
28 ascensori e/o montacarichi
3.000 porte
12.000 corpi illuminanti
1395 posti auto distribuiti su due parcheggi adiacenti all'Ospedale

Box 1 - La fasi di costruzione e avvio del nuovo S. Anna

Fase 1: Costruzione del Nuovo Ospedale.

Avvenuta in meno di tre anni. La consegna della struttura è avvenuta a novembre 2009, quindi è scattato il periodo dei collaudi durato oltre 6 mesi;

Fase 2: Arredamento, macchinari e formazione del personale: oltre 177 gare di appalto e definizione dei contratti di appalto per i servizi externalizzati, formazione e familiarizzazione con la struttura da parte del personale con il coinvolgimento di tutto il personale con Stage, formazione sul campo e FAD;

Fase 3: Trasloco e inizio attività: dal 30 settembre al 3 ottobre 2010.

Fase 4: Stabilizzazione e governo del sistema: in corso di realizzazione



merito dell'impegno di tutto il personale dell'ospedale (medici, infermieri, amministrativi, tecnici, ausiliari, ingegneri, ecc.).

In particolare, il personale infermieristico ha dato un contributo rilevante per l'organizzazione e realizzazione del trasloco.

Per gli infermieri (e non solo) tra un po' di malinconia per l'abbandono della sede storica "vissuta per molti anni" e un grande entusiasmo, è iniziata una nuova epoca non senza qualche preoccupazione.

Rispetto alla vecchia sede il salto di qualità è enorme in termini di struttura alberghiera, tecnologia e organizzazione.

Le camere di degenza sono tutte a due o ad un posto letto con annessi servizi igienici, climatizzate e dotate di TV. La struttura è articolata su 5 piani distinti in base ad un codice colore e al livello di intensità di cure richieste.

I Piani 1 (verde) e 2 (giallo) sono destinati alle cure a media intensità che comprendono le degenze mediche e chirurgiche, l'area materno infantile e l'SPDC.

Il piano ingresso (0 - BLU) è destinato ai settori diurni infatti accoglie i DH i DS, l'area ambulatoriale e l'area commerciale;



Il piano -1 (rosso) oltre ai servizi di Radiologia, Medicina Nucleare e radioterapia, accoglie tutti i

reparti destinati all'elevata intensità di cure (rianimazione aree sub intensive, stroke, UCC), il pronto soccorso e le sale operatorie. Il piano -2 (grigio) dove trovano spazio i laboratori analisi, la camera mortuaria e i servizi di supporto come la mensa i magazzini, la farmacia, l'ingegneria clinica e la logistica.

Ora è iniziata la quarta fase, forse quella più difficile e lunga che prevede la messa a regime di tutte le potenzialità della struttura, la sfida della nuova organizzazione per intensità di cure e complessità assistenziale, l'avvio delle nuove procedure, l'integrazione tra le diverse equipé, l'uso sempre crescente dell'informatica nei diversi processi, la nuova documentazione e così via. Si tratta di una rivoluzione VERA e come tale ha bisogno di tempo, energia e pazienza da parte di tutti non senza qualche piccolo rimpianto, nostalgia o errore. Per questo ci sentiamo di rivolgere un GRAZIE a tutti i colleghi del S. Anna che hanno raccolto la sfida e la vivono ogni giorno in corsia tra ostacoli e soddisfazioni.

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

SSN ESCLUSO DAL BLOCCO DEL TURN OVER PER I DIPENDENTI PUBBLICI PREVISTO DALLA MANOVRA DI RISANAMENTO

Il Servizio sanitario nazionale è escluso dal blocco del turn over per i dipendenti pubblici previsto dalla manovra di risanamento dei conti pubblici come ribadito dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio, precisando che l'esclusione per i dipendenti pubblici dal Ssn: "è scritta nella manovra, basta leggerla!".

Un concetto riproposto anche dal ministro dell'Economia, Giulio Tremonti, intervenuto in commissione Bilancio della Camera, dove è in corso l'esame della manovra: "A noi non risulta che ci sia il blocco del turn over nel settore sanitario all'interno della manovra", ha detto, sottolineando che "se in Parlamento non risulta il blocco, bisogna chiedersi il motivo che ha alimentato lo sciopero del settore".

Ne prendono atto i medici che, in una nota firmata Anaa Assomed, però, ribadiscono come: "vista la confusione sul tema che ha coinvolto anche la Commissione sanità del Senato, che nel suo parere alla manovra ha sostenuto posizioni di segno contrario, nonché autorevoli componenti della Commissione Affari Sociali della Camera, per scrivere la parola 'fine' alla vicenda, aspettiamo che sia messo nero su bianco l'esclusione della sanità dal blocco del turn over".

(Fonte newsletter Federazione IPASVI)



FORUM ECM

SECONDA CONFERENZA NAZIONALE SULLA FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

18 / 20 Ottobre 2010
Villa Erba - Cernobbio (Como)

14

A cura di inf. AFD Pozzi Paola vice presidente Collegio IPASVI

La seconda Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina, che si è svolta dal 18 al 20 ottobre 2010 presso il centro congressuale Villa Erba di Cernobbio (Como) sotto la direzione scientifica della Commissione Nazionale per la Formazione Continua e del Ministero della Salute ed in collaborazione con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), si è tenuta a chiusura di un importante anno che ha visto l'implementazione delle nuove regole del Programma ECM, presentate agli operatori proprio in occasione della prima edizione dell'evento.

Il passaggio all'accreditamento dei Provider residenziali, avvenuto nel mese di maggio dopo una fase iniziale riservata ai soli Provider FAD, e la recente approvazione del decreto recante l'accordo fra il Governo, le Regioni e le provincia autonome in materia di ECM hanno rappresentato due



Una visione dello Stand dell'IPASVI



L'incontro dei colleghi con alcuni componenti del Comitato centrale



La collega Maffia Rosella - sempre in prima fila in queste occasioni

momenti fondamentali dell'iter che ha portato al nuovo Programma ECM.

Ad un anno del rilancio del sistema ECM, la seconda Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina intende analizzare i risultati prodotti e le criticità emerse sul piano dell'offerta formativa dall'applicazione delle nuove regole, presentare le

più importanti novità del settore ed approfondire le tematiche di maggior interesse ed attualità per gli operatori della formazione in Sanità.

Dopo il grande successo della prima edizione, con oltre 2.300 presenze qualificate, la Con-

ferenza di Cernobbio quest'anno è cresciuta in momenti di dibattito e spazi di approfondimento. Un programma congressuale ricco di eventi ed iniziative strutturato su tre giornate che ha consentito un migliore approfondimento dei contenuti e una maggiore partecipazione degli operatori al dibattito.

La Federazione Nazionale IPASVI è stata presente per tutte le giornate della conferenza con uno stand presidiato dai rappresentanti del Consiglio Direttivo del Collegio di Como, Lecco e Varese; sono stati distribuiti il periodico Agorà, la brochure sull'infermiere, informazioni.





ENPAPI

Regolamento e nuovo statuto

A cura del Presidente dott. Stefano Citterio

15

A settembre sono stati resi noti il nuovo statuto e il nuovo regolamento elettorale dell'ENPAPI frutto di un lavoro interno all'ente di previdenza e dell'approvazione dei ministeri competenti.

In riferimento alle segnalazioni di alcuni collegi iscritti alla Cassa e ad alcune riflessioni emerse nel Coordinamento regionale dei Collegi IPASVI Lombardi è risultato che il nuovo sistema di rappresentanza per l'elezione dei delegati ENPAPI, modificandosi dal precedente rapporto 1 a cento (1/100) a quello previsto di uno a mille (1/1000) penalizza fortemente gli iscritti alla Cassa Enpapi dei Collegi Lombardi.

Quindi, se entrasse in vigore questa norma, il Collegio di Como anziché eleggere 3 delegati ne eleggerebbe 1 solo, in virtù dei 270 iscritti alla Cassa, analogamente il Collegio di Milano-Lodi ne eleggerebbe solo 2 anziché 16, visto che ha nel suo albo circa 1600 iscritti all'ENPAPI.

Ancora, il collegio di Brescia si vedrebbe rappresentato da 1 delegato anziché dai 9 attuali a fronte dei 900 iscritti ENPAPI.

Parallelamente il Collegio di Sassari avrà un delegato (come Como e Brescia) pur avendo solo 10 iscritti ENPAPI. Considerando che i circa 5000 liberi professionisti della Lombardia rappresentano oltre un quarto del totale degli iscritti alla Cassa ENPAPI e il loro contributo economico (il famoso 2%) costituisce una grossa fetta del bilancio della Cassa non è parso adeguato lo sbilanciamento di rappresentanza che introduce il nuovo regolamento elettorale approvato.

Si è ravvisato, inoltre, uno scarso coinvolgimento

degli iscritti alla Cassa, dei Collegi e della Federazione in tutto questo percorso di modifica che introduce anche la possibilità di ampliare la partecipazione all'ENPAPI anche ad altre professioni, oltre a quella dell'infermiere.

La disponibilità del testo di modifica chiesto senza risultato un anno fa dal Coordinamento dei Collegi Lombardi è stato diffuso solo dopo la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

Non convincono a pieno le ragioni di maggiore economicità e semplificazione addotte dal Presidente della Cassa ENPAPI (vedi nota dal sito) pari a circa 50/60 mila euro/anno, che vanno paragonati al bilancio complessivo della Cassa e rapportato al ruolo effettivo assegnato ai delegati. Per queste ragioni e a seguito di una valutazione legale che ha messo in luce altri elementi di critica, il Coordinamento dei Collegi Lombardi ha deciso di proporsi ad adiuvandum nel ricorso avviato da alcuni iscritti all'ENPAPI per chiedere una sospensione dell'entrata in vigore del regolamento (nel gennaio 2011 devono essere indette le elezioni per il rinnovo degli organi della Cassa) e del nuovo statuto.

Va segnalato che anche i Collegi della Campania hanno avviato una azione simile sentendo lesa un diritto verso gli iscritti alla Cassa.

Ci sono pervenute, inoltre, anche segnalazioni da parte di iscritti a Collegi fuori Regione che volevano associarsi al ricorso in essere, ma che sono stato dirottati verso i rispettivi Collegi di iscrizione. Vi terremo aggiornati ed informati sull'evoluzione della vicenda.



MINISTERI VIGILANTI APPROVANO IL NUOVO STATUTO ED IL NUOVO REGOLAMENTO ELETTORALE DI ENPAPI

Venerdì 8 ottobre 2010

di Mario Schiavon - Presidente ENPAPI

16

Sono stati approvati il nuovo Statuto ed il nuovo Regolamento Elettorale di ENPAPI. Il primo con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, emanato, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, il 5 agosto 2010. Il secondo con nota del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Questi testi, che costituiscono la "normativa" dell'Ente, sono due elementi di un complesso progetto di riforma, che trae il proprio presupposto dalla necessità di semplificare e rendere ancora più chiara la formulazione delle norme, insieme all'esigenza di mantenere coerenza e continuità con il testo previgente.

Per quanto riguarda, specificamente, il Regolamento Elettorale, è stata fortemente sentita l'esigenza di procedere ad uno snellimento di tutto il procedimento di rinnovo degli Organi dell'Ente, finalizzato, soprattutto, ad assicurare la più ampia partecipazione possibile, a consentire un veloce completamento della procedura, a perseguire economicità delle spese, a razionalizzare le risorse necessarie a porre in essere una fase molto delicata. Tutto ciò, mantenendo inalterato l'apporto dei Collegi Provinciali IPASVI richiesto nella sessione primaria, alleggerendoli soltanto dal peso di alcuni adempimenti burocratici ed amministrativi.

Le principali novità della sessione primaria sono costituite dallo svolgimento delle operazioni di voto esclusivamente per via informatica, dalla riduzione del numero delle tornate elettorali da due ad una, della definizione di nuovi criteri di determinazione del numero dei delegati nell'Assemblea, attribuendo ad ogni Collegio Elettorale un numero di delegati pari ad uno ogni mille iscritti all'Ente (rispetto al regime previgente, che ne prevedeva uno ogni cento), in modo da garantire, all'interno dell'Assemblea stessa, la presenza paritaria di tutte le componenti regionali.

Le innovazioni della sessione secondaria prevedono l'introduzione del voto di lista per l'elezione a componenti del Consiglio di Indirizzo Generale e del Consiglio di Amministrazione. Ciascuna delle liste sarà identificata da un motto, un simbolo ed una sintesi programmatica della consiliatura.

L'economia di spesa che si consegue è particolarmente significativa, arrivando a superare, nelle stime rispetto alle elezioni relative al quadriennio 2003/2007, la somma di trecentomila Euro.

Le modifiche apportate alla normativa dell'Ente, inoltre, possono essere considerate anche un effetto indiretto dell'ingresso, all'interno della platea degli Assicurati, delle posizioni trasferite dall'INPS, in attuazione della convenzione siglata tra l'istituto di previdenza pubblico ed ENPAPI il 20 novembre 2007, che si presentano con qualità differenti da quelle che possiede la maggior parte dei nostri iscritti, in termini di modalità di esercizio della professione.

(tratto dal sito di ENPAPI)

Agorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

Direttore Responsabile: Stefano Citterio

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

Segreteria di Redazione: Daniela Sereni, Daniela Zanini

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

Proprietario: Collegio IPASVI - Como

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

Foto di copertina: Xxxx

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 14 dicembre 2010

INFORMAZIONI SULLE NORME EDITORIALI

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

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

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

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

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

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





Dalla parte del bambino

Come promuovere lo sviluppo sensoriale in terapia intensiva neonatale

A cura dell'infermiere Elisa Bossi*

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni l'Italia, in linea con Paesi più avanzati, ha conseguito ottimi risultati in termini di riduzione della mortalità infantile, grazie alla diffusione di procedure standardizzate e all'innovazione della tecnologia; l'obiettivo prossimo sarà quello di puntare all'eccellenza assistenziale.

In altri Paesi, è già conosciuta e diffusa la Teoria Sinattiva elaborata da Als, sullo sviluppo neurofisiologico del neonato pretermine, che punta a promuovere un approccio individualizzato, con ampio spettro di interventi finalizzati alla riduzione dello stress provocato dalle cure e assistenza erogate nei reparti di Terapia Intensiva Neonatale. Il programma NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program) si propone, tra i tanti obiettivi, quello di migliorare l'ambiente, ponendo attenzione a ridurre gli stimoli uditivi e visivi eccessivi e inadeguati e favorire gli stimoli adeguati. Lo sviluppo e maturazione del sistema nervoso centrale e sensoriale nel feto sono interdipendenti e reciprocamente influenzabili. Ne consegue che il feto che si trova a vivere fuori dall'utero troppo precocemente, vive in una condizione ambientale inadeguata alla sua condizione di "feto neonato". Si trova come un neonato con delle competenze da feto.

IL SISTEMA Uditivo DEL NEONATO

La funzione uditiva del neonato è una delle ultime a svilupparsi completamente; infatti si sviluppa dopo

la funzione vestibolare, olfattiva-gustativa e tattile e prima di quella visiva.

Le strutture neurologiche dedicate all'udito si sviluppano precocemente in utero e la risposta del feto ai rumori è già presente alla 23 settimana di età gestazionale. Il sistema uditivo matura, come si può vedere qui di seguito, gradualmente:

- a 10 settimane di età gestazionale si ha il completamento della morfogenesi coclearia
- a 20 settimane la coclea ha raggiunto una crescita definitiva
- a 25-26 settimane il feto risponde a suoni provenienti

dall'esterno dell'utero

- a 30-34 settimane il feto è in grado di discriminare i suoni e la loro intensità e di dare delle risposte differenziate alle stimolazioni sonore

Il neonato prematuro è molto più vulnerabile agli stimoli sonori perché molto immaturo è il suo sistema. Gli stimoli a cui è sottoposto un neonato prematuro in TIN, sono assai diversamente percepiti rispetto che nell'utero materno e sono fonte di risposte fisiologiche e comportamentali tipiche dello stress e del dolore che possono interferire con lo sviluppo neurologico.

L'ambiente dell'utero ha, tra le altre, la funzione di filtrare i suoni e proteggere il feto anche da questi ultimi; i suoni dell'ambiente esterno devono attraversare i tessuti e i fluidi prima di raggiungere il feto. Inoltre, nell'utero materno, il neonato è rassicurato dal costante contenimento e da una continua interazione fisica ed emotiva con la madre.



Natacia Bertoncelli T.I.N.
Policlinico
Modena



IL SISTEMA VISIVO DEL NEONATO

Il sistema visivo inizia a formarsi verso la 7° settimana con lo sviluppo del nervo ottico. Alla 15° settimana gli occhi sono visibili; rapidi movimenti degli occhi hanno inizio e aumentano alle 30-33 settimane.

La funzione visiva si sviluppa tra il 3° e 6° mese; infatti la mielinizzazione del nervo ottico, la formazione delle ciglia e l'apertura degli occhi inizia tra 23-25 settimane.

Dal 6°-7° mese, tra le 28-34 settimane di età gestazionale, il cervello risponde alla luce e si evidenziano rapidi sviluppi delle connessioni neurali.

Inoltre:

- l'orientamento del capo alla luce diffusa può essere evocato a 32 settimane ed è presente solitamente nel neonato a termine.
- La visione dei colori si sviluppa nel primo e terzo mese di vita.
- Il campo visivo è solitamente di 30° da entrambe i lati alla nascita e solo attorno ai 3 anni raggiunge le proporzioni di un adulto.

Questo sistema raggiunge la sua completa maturazione a tre anni; per cui risulta essere l'ultimo dei sensi a svilupparsi ma il più maturo, rispetto a udito, tatto e olfatto, alla fine della gravidanza. I neonati a termine non hanno ancora un sistema visivo ben sviluppato; questo raggiunge una significativa maturazione nei primi quattro mesi dopo la nascita.

REALTÀ DELLE TERAPIE INTENSIVE NEONATALI

Rumori

Uno studio condotto da Levy G.D afferma che in TIN il sonno del neonato è interrotto in media 132 volte

nelle 24 ore, mentre il periodo nel quale il neonato rimane consecutivamente indisturbato varia tra i 4 e 9 minuti.

Inoltre Narrigan D (2000) afferma che il ricovero di un neonato in TIN per più di due giorni aumenta di dieci volte la possibilità di sviluppare un disturbo uditivo.

Belliemi (2004) afferma che il normale ambiente della TIN è costituito da svariati rumori quali il ritmo ciclaro del respiratore e dei suoi allarmi, gli allarmi dei monitor, lo squillare del telefono, il parlare del personale (discorso a bassa voce=20dB, discorso a voce normale= 50dB) che possono generare un rumore compreso tra i 65 e 90 dB. Tutti questi rumori, inoltre, vengono amplificati all'interno dell'incubatrice; il rumore di una ventola, la chiusura di uno sportello o lo stesso pianto del neonato può raggiungere picchi di 100-110 dB.

Luci

Per quanto concerne il sistema visivo, Lasky (2009) ha dimostrato che generalmente i livelli di luce nelle TIN non superano i livelli definiti dalle raccomandazioni dell'AAP. Infatti gli ELBW, durante la loro degenza, sono soggetti a una media di 70,56 lux; il massimo del buio a cui sono sottoposti è di 21.19 lux, mentre il massimo della luce raggiunge i 138.10 lux. La percentuale di tempo in cui non vengono rispettate le raccomandazioni è veramente minimo, del 0,63%. Non vengono rispettate le raccomandazioni quando si parla di fototerapia, che è in grado di sviluppare livelli di luce 10.000 ftc. VandenBerg (2007) afferma che i cambiamenti di luce all'interno della TIN sono dovuti prettamente all'attività assistenziale che spesso non segue i ritmi sonno-veglia del neonato.

BENEFICI ED EFFETTI COLLATERALI

RUMORI

Livelli sonori adeguati

- riduzione stress neonato
- adeguato ritmo sonno-veglia
- maggior stabilità motoria del neonato
- stabilizzazione di parametri vitali quali FC, saturazione d'ossigeno e PA
- miglior crescita neuroevolutiva del neonato
- adeguato sviluppo del linguaggio, dell'attenzione e della percezione

Livelli sonori inadeguati

- alterazione ritmo sonno veglia
- iperattività
- inibizione o disorganizzazione delle risposte ai suoni
- alterazione del normale sviluppo del linguaggio
- riduzione sviluppo della attenzione e della percezione
- fonte enorme di stress
- alterazione dei normali parametri vitali: fluttuazione dei valori di FC, PA e saturazione di ossigeno
- aumentato rischio di apnea



LUCI

Livelli luminosi adeguati

- riduzione della FC
- miglioramento dei valori di FR e saturazione di ossigeno
- riduzione dell'attività motoria
- migliora ritmi biologici
- facilitazione del sonno
- favorisce l'alimentazione del neonato e la sua crescita
- facilitazione della stabilità motoria del neonato
- prevenzione della ROP

Livelli luminosi inadeguati

- alterazione dell'acuità visiva e la visione dei colori
- alterazione dell'elaborazione e l'attenzione visiva
- arresto della crescita oculare
- alterazione della memoria di riconoscimento visivo e la regolazione motoria visiva
- alterazione dei normali parametri vitali: fluttuazione dei valori di FC, PA e saturazione di ossigeno
- alterazione delle ore di sonno/veglia
- alterazione della crescita e dello sviluppo

19

RACCOMANDAZIONI

RUMORI

- livelli sonori di base in TIN non devono eccedere i 50 dB, per un'ora possono arrivare a 55 dB
- livelli sonori notturni non superiori a 35 dB
- livelli sonori dell'attrezzatura di reparto non superiore a 40 dB
- suoni di passaggio (telefono, campanello, sbattere porta) non devono superare i 70 dB, valori incompatibili con lo stato di sonno
- livelli sonori nelle camere di degenza devono essere di 30 dB, nei corridoi di 40 dB
- se il lavoratore impiega dispositivi di protezione acustica può essere esposto fino a 87 dB; senza dispositivi di protezione può essere esposto a un range tra 80-85 dB.

LUCI

- l'AAP raccomanda livelli di luce nelle TIN devono andare da 10 a un massimo di 600 lux, che corrispondono approssimativamente a 1-60 foot candles (ftc)
- Prima delle 28 EG, la protezione luminosa con oscuramento continuo (<20lux) rappresenta la migliore condizione possibile
- Dopo la 28 EG, mantenere oscurato durante la notte è appropriato (luce di base nell'area del paziente 10-20 lux), ma durante il giorno, il livello di illuminazione deve essere tra 250-500 lux.
- le aeree quali: area modulistica, area preparazione farmaci, area PC, area preparazione medicazioni, area lavaggio mani possono produrre 300-500 lux sugli occhi e produrre dai 1500 ai 2500 lux nell'area di lavoro
- le finestre esterne alla TIN devono avere un vetro che impedisca la formazione o la perdita di calore e devono essere situati almeno a 61 cm dal letto del neonato per minimizzare la perdita di calore. I vetri devono essere di colore neutrale oppure opaco per minimizzare la distorsione di colore

CONCLUSIONI

Rumori

In primo luogo bisognerebbe provvedere ad un assorbimento di suoni e rumori negli spazi dove si svolgono assistenza e cura medico-infermieristica; prediligendo come materiale di pareti, pavimenti, soffitti e arredi superfici morbide, con discreto spessore che assorbono il suono e disperdono l'energia. Superfici dure e rigide, come piastrelle, vetro e plastica riflettono il suono; pareti e soffitti con angoli di circa 90° offrono molte opportunità di riflessione.

Un'altra fonte di intervento prevede la modificazione di atteggiamenti a volte stereotipati; quindi lavorare per mantenere sistemi di allarme e suonerie dei telefonini al minimo livello utile, evitare che gli allarmi suonino ripetutamente, sospendere le discussioni in prossimità delle incubatrici e che queste diventino piani d'appoggio, evitare che fonti sonore inopportune (apparecchi radiofo-

nici, lettori CD) ed estranee all'assistenza incrementino il rumore di fondo.

Luci

In primo luogo bisognerebbe evitare sovrastimolazioni nella ambiente della TIN; un temporaneo aumento dell'illuminazione per valutare un neonato o per determinate procedure è doveroso, basta che la luce sia localizzata solo sul neonato che ne ha bisogno, individualizzando così l'esposizione alla luce. Un'altra fonte di intervento prevede la modifica di alcuni atteggiamenti ormai consueti; quindi lavorare per mantenere livelli luminosi al minimo livello utile, supportare e facilitare la veglia quiete e il sonno profondo (REM), garantendo un passaggio tranquillo tra il sonno e la veglia e viceversa, impiegare sempre copricubatrice, saper notare quali livelli di luce sviluppano segni di disorganizzazione e stress del neonato.



Infine anche la luce gioca un ruolo importante nel "creare l'ambiente". L'impatto dei genitori in un ambiente con luci intense e brillanti produce sensazioni di alta tecnologia, disorientamento, assenza di intimità e senso di estraneità. È importante offrire al nucleo familiare un ambiente confortevole e rassicurante anche con l'illuminazione. Nel rispetto non solo delle evidenze scientifiche

ma anche della Legislazione vigente, si rende necessario riflettere su queste tematiche. Ne consegue di trasferire nella sfera dell'operatività quotidiana i necessari cambiamenti da attuare. L'obiettivo è quello di erogare un'assistenza infermieristica personalizzata e finalizzata ad un armonico futuro sviluppo neuroevolutivo di ciascun neonato pretermine.

BIBLIOGRAFIA

- Noise and light exposures for extremely low birth weight newborn during their stay in the NICU. Robert. E Lasky, Amber L. Williams. Pediatrics 2009;123:540-546
- NICU noise and the preterm infant. Brown G. Neonatal Netw. 2009 May;28(3):165-73
- A descriptive study of noise in the NICU. Ambient levels and perceptions of contributing factors. Darcy, Hancock, Ware. Adv Neonatal Care. 2008 Jun;8 (3):165-175
- Recommended permissible noise criteria for occupied, newly constructed or renovated hospital nurseries. Philbin Mk, Robertson A, Hall JW. Adv Neonatal Care. 2008 Oct; 8 (5): S11-5
- Noise in contemporary neonatal intensive care. Williams AL, Van Drongelen W, Lasky RE. J Acoust Soc Am. 2007. May; 121 (%Pt1):2681-90
- Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: a practice guideline. Kathleen A. VandenBerg. Early Human Development 2007;83,433-442
- La maturazione delle funzioni sensoriali e motoria nel feto. Valeria Chiandotto. SOC Neonatologia-Udine. Busto Arsizio 2007
- The impact of architectural design upon the environmental sound and light exposure of neonate who require intensive care: an evaluation of the Boekelheide neonatal intensive care nursery. Stevens, Khan, Munson, Buggy. Journal of perinatology 2007;27:S20-S28
- La maturazione delle funzioni sensoriali e motoria nel feto. Valeria Chiandotto. Neonatologia Udine. Busto Arsizio, giugno 2007
- Lo sviluppo del sistema nervoso e degli apparati sensoriali in rapporto all'ambiente in TIN. Giovanna Colombo. Neonatologia Como. Busto Arsizio, giugno 2007
- Recommended Standards for newborn ICU design. Report of the sixth census conference on newborn ICU design. January 25-27,2006
- Decreto legislativo 195; Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, numero:124. Pubblicato nel 30/05/2006
- Recommended Standards for newborn ICU design. Report of the sixth census conference on newborn ICU design. January 25-27,2006
- Stress e dolore nel neonato: definizione, interpretazione e metodiche di contenimento. Colombo, Bossi, Cavadini, Mascetti. TIN di Como 2006
- Cura dell'ambiente in TIN: luci e rumori. Daniele Merazzi. Neonatologia Como. Viareggio.2005
- Decreto del presidente della Repubblica 30 marzo 2004, n°142. Articolo 6
- Directive 2003/10/EC of the European Parliament and of the Council
- Il rumore delle incubatrici. Bellien Carlo.Siena 6 febbraio 2004 www.lavitaprenatale.org/incubatrice.htm
- Developmental care of newborn and infant. A guide for health professionals. Kenner, McGrath 2004
- Consensus Committee to establish Recommended Standards for newborn ICU design. J Perinatol 2003, 23:S1-S23
- Il bambino da zero a tre anni: guida allo sviluppo fisico, emotivo e comportamentale del bambino. Brazelton. Fabbri editori. Milano 2003
- Individualized developmental care for high risk newborn in the NICU: a practice guideline. Kathleen A. VandenBerg. Early human development.2002; 83, 433-442
- Early light reduction for preventing retinopathy of prematurity in very low birth weight infants. Phelps, Watt. Cochrane database syst rev. 2001; (1): CD000122
- Sound and the developing infant in the NICU: conclusions and recommendations to care. Graven SN. J Perinatol. 2000 Dec;20 (8Pt2): S88-93
- Environmental Light and the preterm infant. Fielder, Moseley. Semin perinatol 2000 Aug;24 (4):291-8
- Norma UNI 8199:1998
- Towards a synactive theory of development: promise for the assessment of infant individuality. Als H. Infant Ment. Health J. 1982;3:229-43
- Strumenti per la care. P.Sannino. Neonatologia Mangiagalli.
- Rumore e comfort acustico nelle strutture ospedaliere. S. Luzzi, S. Falchi. Azienda Sanitaria Firenze





È evidente che...

Prevenire l'ipotermia durante il periodo intraoperatorio con il sistema di riscaldamento attivo

21

A cura di Miccoli Giuseppina

... durante la fase intraoperatoria, tutti i pazienti sono a rischio di un abbassamento della temperatura del corpo durante l'intervento chirurgico (Wagner, 2006).

I fattori che ne influenzano l'incidenza sono: le basse temperature ambientali, la somministrazione di farmaci e agenti inalatori anestetici, l'infusione di liquidi ed emoderivati freddi, le soluzioni antisettiche utilizzate per la preparazione della cute sede di intervento, l'esposizione di ampie cavità corporee per tempi prolungati di intervento (Rigon e Thiene, 2003).

In particolare, gli agenti anestetici deprimono il metabolismo e quindi la produzione di calore del 15-30%, inibiscono i riflessi protettivi che generano calore (brividi), deprimono i centri termoregolatori ipotalamici e aumentano la vasodilatazione, con conseguente perdita di calore per radiazione e conduzione (Wicker e O'Neill, 2007). Dopo l'induzione dell'anestesia, il calore viene ridistribuito all'interno del corpo, dal core, costituito dal cervello, organi mediastinici ed addominali, verso la periferia, arti superiori e inferiori (Paulikas, 2008); questa è la causa più comune di ipotermia nel periodo perioperatorio (Leslie e Sessler 2003).

Altri fattori di rischio sono rappresentati dall'età e dalla costituzione fisica e l'assegnazione ad una classe II o superiore della classificazione *American Society of Anesthesiologists*, che permette di valutare il rischio anestesilogico e chirurgico in funzione dello stato di salute della persona.

Se non opportunamente prevenuta e contrastata, l'ipotermia accidentale determina alterazioni importanti a carico del sistema cardiovascolare, del sistema endocrino e metabolico, immunitario

e della coagulazione (Chiaranda, 2007) con conseguente aumentato rischio emorragico (Paulikas, 2008), infettivo e di infarto miocardico (Rigon e Thiene, 2003).

Lo scopo del lavoro è di rispondere alla domanda: "qual è il sistema di riscaldamento attivo più efficace che l'infermiere può utilizzare per prevenire l'ipotermia nella persona assistita adulta durante il periodo intraoperatorio?" allo scopo di evitare tutte le conseguenze derivanti dalla succitata condizione.

MATERIALI E STRUMENTI

Per rispondere alla suddetta domanda è stato necessario effettuare una ricerca bibliografica mediante la consultazione delle banche dati elettroniche: Medline sulla piattaforma PubMed, CINAHL e *Cochrane Library* sulla piattaforma del Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo, attraverso la biblioteca scientifica dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como, oltre che la ricerca su riviste e libri di testo.

La ricerca è stata condotta sia per parola libera, sia per MeSH, tenendo conto degli articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, facendo alcune eccezioni per articoli ritenuti particolarmente interessanti e aggiornati. I termini sono stati combinati tra loro con gli operatori booleani AND e OR, come indicato di seguito:

ricerca per parola libera:
*(hypothermia OR normothermia) AND (perioperative OR intraoperative) AND (warming OR rewarmed OR heating) AND nurs**.

Ricerca per MeSH:
("Hypothermia"[Mesh] OR "Body Temperature"[Mesh]) AND ("Rewarming"[Mesh] OR "Heating"



[Mesh]) AND ("Perioperative Care" [Mesh] OR "Postanesthesia Nursing" [Mesh] OR "Intraoperative Period" [Mesh] OR "Nursing" [Mesh]).

Si è data una priorità alle systematic review e ai trial clinici randomizzati (RCT), poiché la valutazione dell'efficacia di un intervento utilizzando un RCT è considerata la miglior forma di evidence o gold standard per la ricerca clinica (Fain, 2004); inoltre, è stata posta particolare attenzione nella consultazione delle bibliografie per reperire altro materiale utile per la realizzazione di questo articolo. Su Internet sono stati consultati siti di interesse infermieristico, quali www.evidencebasednursing.it, <http://www.aicoitalia.it>, www.aniarti.it e motori di ricerca come Google, Yahoo, Virgilio, Scirus.

DISCUSSIONE

Lo studio effettuato da Matsuzaki et al. (2003) ha valutato l'efficacia di tre sistemi di riscaldamento cutaneo attivi:

- il materasso con acqua circolante (Blanketroll; CSZ, Cincinnati, OH, USA) regolato a 38°C;
- il sistema ad aria forzata (WarmTouch; Tyco-Mallinckrodt Anaesthesiology Products, St Louis, MO, USA) posizionato sulla parte superiore del corpo;
- il materassino con fibre di carbonio termoresistenti (SmartCare OP System; Thermamed, Bad Oeynhausen, Germany) regolati entrambi a 38°C.

Il *trial* clinico controllato è stato effettuato su un campione di 24 pazienti, di età compresa tra i 20 e gli 80 anni, sottoposti ad intervento elettivo di colecistectomia con tecnica laparoscopica in anestesia generale. Le temperature sono state rilevate dopo l'anestesia a intervalli di 5 - 15 minuti durante l'operazione, utilizzando una sonda timpanica (Tyco-Mallinckrodt) e delle sonde cutanee posizionate su torace, braccio, coscia e polpaccio. La temperatura interna iniziale era per tutti i gruppi vicino ai 36,6-36,9°C.

L'assegnazione degli assistiti ad uno dei 3 gruppi è avvenuta in maniera casuale, con codici generati dal computer e sigillati in buste opache, aperto dopo l'induzione dell'anestesia.

Alla fine dell'intervento la temperatura era significativamente inferiore nelle persone che hanno

utilizzato il materasso con acqua circolante (36,2 ± 0,4°C), mentre negli altri due gruppi i valori ottenuti non hanno evidenziato una significativa differenza statistica nella variazione di temperatura, con valori molto simili per l'intera durata dell'operazione.

Per i pazienti riscaldati con l'aria forzata, la temperatura interna finale era di 36,8 ± 0,4°C e per il gruppo trattato con il materassino con fibre di carbonio 36,8 ± 0,5°C.

Dallo studio effettuato, questi ultimi due dispositivi si sono rilevati più efficaci del materasso ad acqua circolante. Risultati simili sono stati ottenuti anche in un altro *trial* clinico effettuato da Negishi et al. (2003).

Nel *trial* clinico randomizzato condotto da Leung et al. (2007), viene confrontata l'efficacia del sistema *forced-air warming* (modello Bair Hugger, Augustine Medical Inc., Eden Prairie, MN, USA) con il materassino riscaldato elettricamente (Operatherm 202, KanMed, Bromma, Svezia) per mantenere la normotermia nella fase intraoperatoria. Il campione è composto da 60 pazienti, tra i 18 e gli 80 anni, sottoposti a laparotomia con anestesia generale. Le persone sono state assegnate ad uno dei due sistemi di riscaldamento attraverso un sorteggio casuale. La temperatura interna è stata misurata attraverso una sonda nasofaringea.

Nel primo gruppo le persone erano in posizione supina con entrambe le braccia estese e il materasso ad aria forzata, avvolto in un lenzuolo e regolato ad una temperatura di *output* di 43°C, è stato posizionato nella parte superiore del corpo a coprire torace e braccia. Nel secondo gruppo il materassino elettroriscaldato è stato posizionato sul letto operatorio e un materassino in gel preriscaldato è stato posto su di esso, come suggerito dal produttore, a sua volta coperto da un lenzuolo. Il sistema di riscaldamento, regolato ad una temperatura di 39°C, è stato avviato 10 minuti prima che la persona venisse trasferita sul letto. Torace e arti superiori sono stati coperti con un lenzuolo piegato in due. Ogni volta che la sonda nasofaringea indicava una temperatura >37°C, il riscaldamento veniva interrotto.

Al termine dell'operazione la temperatura interna era di 36,2 (±0,4) °C per i pazienti riscaldati con il materasso ad aria forzata (di cui 15 con T<36°C) e di 35,2 (±1,0) °C per quelli riscaldati con il mate-



rassino elettroriscaldato (di cui 19 con $T < 36^{\circ}\text{C}$). Le ripetute rilevazioni di temperatura hanno evidenziato una significativa differenza nella variazione di temperatura tra i due gruppi.

Nei primi 10 minuti c'è stato un rapido calo iniziale della temperatura dovuto all'incisione chirurgica e all'esposizione di cavità interne all'ambiente freddo della sala operatoria. A circa un'ora dall'inizio dell'intervento la temperatura ha continuato a diminuire gradualmente a causa della redistribuzione del calore corporeo dal centro alla periferia. Successivamente la temperatura ha iniziato ad aumentare nel gruppo con riscaldamento ad aria forzata, mentre ha continuato a diminuire, più lentamente rispetto alla prima ora, nell'altro gruppo. Lo studio ha dimostrato che il riscaldamento ad aria forzata è stato più efficace del sistema col materassino riscaldato per il mantenimento della normotermia durante la laparotomia. Anche nello studio prospettico condotto da Fanelli et al. (2009) si confrontano i risultati ottenuti utilizzando un materassino termico flessibile (modello DM-WARM 12, Diemme International s.r.l., Italia) e il sistema di riscaldamento ad aria forzata (WARMTOUCH®, Covidien). Il *trial* clinico controllato è stato effettuato su un campione di 56 pazienti, di età compresa tra i 18 e gli 80 anni, sottoposti ad intervento elettivo di artroprotesi dell'articolazione coxofemorale con anestesia spinale. Le temperature sono state rilevate prima dell'anestesia e ogni 15 minuti durante l'intervento, per almeno 120 minuti, utilizzando una sonda timpanica (Mon-a-therm®, Covidien) e un termometro timpanico a raggi infrarossi (First Temp Genius®, Sherwood Medical, UK).

L'assegnazione degli assistiti ad uno dei due gruppi è avvenuto in maniera casuale, mediante buste sigillate.

Nel primo gruppo le persone sono state riscaldate con il materasso ad aria forzata posizionato su torace, addome e braccia (27% della superficie cutanea), regolato ad una temperatura di output di 43°C . Nel secondo gruppo il materassino termico è stato posizionato sul letto operatorio a diretto contatto con un braccio, una gamba e la schiena del paziente (31% della superficie cutanea) e la sua temperatura è stata impostata sul valore di $40,7^{\circ}\text{C}$. Entrambi i sistemi di riscaldamento sono stati attivati dopo l'anestesia spinale. L'intervento

chirurgico è durato 90 ± 24 minuti per i pazienti riscaldati con forced-air system (gruppo FAS) e 88 ± 31 minuti per quelli riscaldati con materassino termico (gruppo HB).

A fine intervento le temperature rilevate erano le seguenti:

gruppo FAS

- $35,3 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$ con la sonda timpanica
- $35,5 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$ con termometro timpanico a raggi infrarossi

gruppo HB

- $35,1 \pm 0,6^{\circ}\text{C}$ con la sonda timpanica
- $35,5 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$ con termometro timpanico a raggi infrarossi

È stata trovata una correlazione tra i due metodi utilizzati per rilevare la temperatura e i dati ottenuti non hanno evidenziato una significativa differenza statistica nella variazione di temperatura tra i due gruppi. Indipendentemente se sia stato utilizzato il materassino termico o l'aria forzata, le persone manifestavano a fine intervento una leggera ipotermia, dovuta alla redistribuzione del calore corporeo dal centro alla periferia.

CONCLUSIONI

Gli studi esaminati hanno dimostrato che i dispositivi di riscaldamento cutaneo attivo più efficaci per contrastare l'ipotermia nel periodo intraoperatorio sono quelli ad aria forzata, ma anche i materassini elettrici riscaldanti si sono dimostrati efficaci, riuscendo spesso ad eguagliare le *performances* dei sistemi ad aria forzata.

Tra tutti i sistemi analizzati, quello convettivo ad aria calda è diventato uno dei presidi più utilizzati in sala operatoria, preferito ad altri grazie alla sua documentata efficacia e alla sicurezza che offre alla persona assistita. Infatti, riscaldando la parte anteriore e non compressa del corpo, evita il pericolo di lesioni termiche che possono presentarsi con il riscaldamento di superfici cutanee compresse e scarsamente perfuse, che in letteratura sono state documentate con l'utilizzo di materassini ad acqua o elettrici (Kimberger et al., 2008), ma spesso questi episodi erano dovuti ad un errato utilizzo del dispositivo.

Anche lo studio di Leung et al. (2007) aveva dimostrato come le persone che utilizzavano il sistema di riscaldamento ad aria forzata evidenziavano un aumento della propria temperatura corporea



solamente dopo un'ora, successivamente alla ridistribuzione del calore.

È stato anche possibile fare un confronto con i risultati di una recente revisione sistematica ad opera di Galvão et al. (2009), e si è visto come tali risultati sono sovrapponibili con quelli degli studi analizzati in questo lavoro.

Negli ultimi anni le strategie per la prevenzione dell'ipotermia intraoperatoria si stanno orientando nella prevenzione del fenomeno di ridistribuzione anticipandone il manifestarsi preriscaldando l'assistito (Perl et al., 2008). A tal proposito è stato dimostrato come un intervento preventivo, riscaldando il paziente per circa 30 minuti prima dell'induzione dell'anestesia, sia risultato efficace, in quanto, aumentando la temperatura cutanea, diminuisce il gradiente termico esistente tra centro e periferia, riducendo in tal modo il fenomeno della ridistribuzione e mantenendo una normotermia interna (Cannone, 2006).

A questo punto emerge una prima riflessione rispetto alla responsabilità dell'infermiere nel prevenire, riconoscere e trattare l'ipotermia e le complicanze da essa derivanti, adempiendo in questo modo al Decreto Ministeriale n.739/94, secondo cui l'assistenza infermieristica è preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa ed è l'infermiere a pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale svolto.

Un'ulteriore considerazione riguarda la sicurezza delle persone durante l'intervento chirurgico, che durante la fase intraoperatoria sono particolarmente vulnerabili. Possono infatti essere incoscienti oppure possono sentirsi troppo nervose per rispondere a qualunque domanda durante le tecniche di anestesia regionale, locale o durante una sedazione (Wicker e O'Neill, 2007). Per far fronte alla momentanea vulnerabilità della persona, gli infermieri della sala operatoria assumono il

ruolo di advocate e, oltre ad essere responsabili delle cure del paziente, sono "le sue orecchie e la sua voce" durante le procedure chirurgiche (Fry e Johnston, 2004), tutelando la volontà dell'assistito e tenendo conto di quanto da lui precedentemente dichiarato, così come espresso negli articoli 36 e 37 del Codice Deontologico dell'Infermiere 2009. Non ultimo, l'infermiere deve tener presente che, oltre agli indiscussi benefici sulla sfera biofisiologica della persona, la prevenzione dell'ipotermia comporta anche vantaggi a livello psicologico: il mantenimento della normotermia evita una carenza in termini di *comfort*, dovuti alla sensazione di freddo percepita, rendendo l'esperienza perioperatoria meno traumatizzante (Cooper, 2006).

Lavorare attenendosi alle migliori prove di efficacia migliora la qualità dell'assistenza infermieristica, evidenzia la professionalità dell'infermiere e risponde al codice deontologico dell'infermiere 2009: "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 [...]". Inoltre, "nell'esercizio della sua professione, l'infermiere si assicura che l'uso della tecnologia e del progresso scientifico siano compatibili con la sicurezza, la dignità e i diritti della persona" (I.C.N., 2005).

Realizzare questa trattazione è stata un'esperienza intensa e coinvolgente che, oltre a dare risposta alla domanda che mi ero posto, ha arricchito le mie conoscenze relative all'argomento. L'augurio è che il lavoro svolto si riveli utile anche ai fini di sviluppare una maggiore sensibilità riguardo al problema dell'ipotermia e stimoli i lettori ad utilizzare e promuovere la ricerca per migliorare sempre di più le risposte assistenziali infermieristiche.

¹ Infermiere U.O. Laboratorio di Emodinamica e Interventistica Cardiovascolare - Azienda Ospedaliera S. Anna di Como – Estratto dall'elaborato finale per il conseguimento del Diploma di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria. A.A. 2008/2009



BIBLIOGRAFIA

- Berry D., Wick C., Magons P. (2008) A Clinical Evaluation of The Cost and Time Effectiveness of the ASPAN Hypothermia Guideline. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(1): 24-35.
- Cannone L.P. (2006) Ipotermia Inattesa in sala operatoria. Linea Guida clinica per la prevenzione dell'ipotermia non pianificata [online]. Disponibile da: http://www.evidencedbasednursing.it/revisioni/lavoriCS/2006_ipotermia_inattesa.pdf [consultato il 16 maggio 2009]
- Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. 2ª edizione. Milano: Masson.
- Chiaranda M. (2007). Urgenza ed emergenza. Istituzioni. Padova: Piccin - Nuova Libreria.
- Comitato Centrale Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2009) Codice Deontologico dell'Infermiere 2009. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/content/CODICE%20DEONTOLOGICO%202009.pdf> [consultato il 9 maggio 2009].
- Consiglio Internazionale delle Infermiere (2005) Codice Deontologico delle infermiere. Disponibile da: <http://www.icn.ch/icncodeitalian.pdf> [consultato il 9 maggio 2009].
- Cooper S. (2006) The effects of preoperative warming on patients' postoperative temperature. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 88(5): 1074-1084.
- Curle F.J., Irwin R.S., (1991) Disorders of temperature control, part I: Hypothermia. In: Irwin R.S., Rippe J.M. Irwin and Rippe's Intensive care medicine, sixth edition. Philadelphia: Lippincott, William & Wilkins, 771-786 [online]. Disponibile da: http://books.google.it/books?id=ooH1nH81_h4C&pg=PA771&lpg=PA771&dq=Disorders+of+temperature+control+Part+I+Hypothermia.&source=bl&ots=41SbUXDBea&sig=PNFF2WCITfpUV8WIZqhkDn2UakE&hl=it&ei=Y4k_SoGvYsqc_AafscjAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1 [consultato il 20 aprile 2009]
- Decreto del Presidente della Repubblica 14 Gennaio 1997. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 20 febbraio 1997, n. 42, S.O.
- Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n.739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.
- Fain J.A., (2004) La ricerca infermieristica. 2ª edizione. Milano: McGraw-Hill.
- Fanelli A., Danelli G., Ghisi D., Ortu A., Moschini E., Fanelli G. (2009) The efficacy of a resistive heating under-patient blande versus forced-air warming system: a randomized controller trial. *Anesthesia & Analgesia*, 108(1): 199-201.
- Frank S.M., Fleisher L.A., Breslow M.J., Higgins M.S., Olson K.F., Kelly S. (1997) Perioperative Maintenance of Normothermia Reduces the Incidence of Morbid Cardiac Events. A Randomized Control Trial. *Journal of the American Medical Association*, 277(14): 1127-1134.
- Fry S.T., Johnstone M. (2004) Elica per la pratica infermieristica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Galvão C.M., Marck P.B., Sawanda N.O., Clark A.M. (2009) A systematic review of the effectiveness of cutaneous warming system to prevent hypothermia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5) 627-636.
- Hershey J., Valenciano C., Bookbinder M. (1997) Comparison of Three Rewarming Methods in a postanesthesia Care Unit. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 65(3): 597-601.
- Kimberger O., Held C., Stadelmann K., Mayer N., Hunkeler C., Sessler D.I., Kueh A. (2008) Resistive polymer versus forced-air warming: comparable heat transfer and core rewarming rates in volunteers. *Anesthesia & Analgesia*, 107(5): 1621-1626.
- Kurz A., Sessler D.I., Lenhardt R. (1996) Perioperative Normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization. *The New England Journal of Medicine*, 336(19): 1209-1216.
- Lenhardt R. (2003) Monitoring and thermal management. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 17(4): 569-581.
- Leslie K, Sessler D.I. (2003) Perioperative Hypothermia in the high-risk surgical patient. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 17(4): 485-498.
- Leung K.K., Lai A., Wu A. (2007) A randomised controller trial of the electric heating pad vs forced-air warming for preventing hypothermia during laparotomy. *Anaesthesia*, 62(6): 605-608.
- Matsuzaki Y., Matsukawa T., Ohki K., Yamamoto Y., Nakamura M., Oshibuchi T. (2003) Warming by resistive heating maintains perioperative normothermia as well as forced air heating. *British Journal of Anaesthesia*, 90(5): 689 - 691.
- Negishi C., Hasegawa K., Mukai S., Nakagawa F., Ozaki M., Sessler D.I. (2003) Resistive-heating and forced air warming are comparably effective. *Anesthesia & Analgesia*, 96(6): 1683-1687.
- Ng V., Lai A., Ho V. (2006) Comparison of forced-air warming and electric heating pad for maintenance of body temperature during total knee replacement. *Anaesthesia*, 61(11): 1100-1104.
- Paulikas C.A. (2008) Prevention of Unplanned Perioperative Hypothermia. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 88(3): 358-364.
- Perl T. Flöther L., Weyland W., Quintel M., Brauer A. (2008) Comparison of forced-air warming and resistive heating. *Minerva Anestesiologica*, 74(12): 687-690.
- Ranieri M., Mascia L., Terragni P., Urbino R. (2007) Elementi di anesthesiologia e terapia intensiva. Torino: C.G. Edizioni Medico Scientifiche.
- Rigon L.A., Thiene E. (2003) Assistenza infermieristica in sala operatoria. Linee guida e procedure. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Scott E.M., Leaper D.J., Clark M., Kelly P.J. (2001) Effects of warming therapy on pressure ulcer: a randomized trial. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 73(2): 921-938.
- Scott E., Buckland R., (2006) A systematic review of intraoperative warming to prevent postoperative complications. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 83(5): 1090-111
- Sessler D.I. (1997) Mild Perioperative Hypothermia. *New England Journal of Medicine*, 336(24):1730-1737.
- Sironi G., Baccin G. (2006) Procedure per l'assistenza infermieristica. Milano: Masson.
- Smeltzer S. C., Bare B. G. (2006) Brunner Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica. 3ª edizione italiana. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- The Commission for Thermal Physiology of the International Union of Physiological Sciences (2003) Glossary for thermal physiology. *Journal of Thermal Biology*, 28(1): 75-106.
- Thiene E. (2004) L'infermiere di area chirurgica. Strumenti assistenziali e procedure per la sala operatoria. Milano: Masson.
- Wagner V.D. (2006) Unplanned perioperative hypothermia. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 83(2): 470-476.
- Welch T.C. (2002) A common sense approach to hypothermia. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 70(3): 227-231.
- Wicker P., O'Neill J. (2007) Assistenza infermieristica perioperatoria. Milano: McGraw-Hill.





Infermieristica e cure complementari

I colori nella nostra vita

26

A cura di Valentina Iacchia*

Quanto sono importanti i colori nella nostra vita? Quale emozione ci dà pensare di vivere in un mondo in bianco e nero? Fin dai tempi antichi l'utilizzo del colore è stato un punto di forza nei trattamenti assistenziali. Oggi ne ritroviamo le sue applicazioni in un ampio ambito terapeutico (cromoterapia, cromo puntura, penna luminosa, bagni di colore, aura soma ecc). Diversi sono gli studi effettuati sull'utilizzo del colore. Citiamo ad esempio una pubblicazione di una ricerca effettuata dai colleghi Fisioterapista Giacobazzi Mauro, Ostetrica Lombardi Rita, Infermiere Tommasetti Tiziana, Trentini Graziella riguardante all'uso del colore nelle degenze per anziani (in questo caso si andava a valutare se l'uso del colore poteva migliorare l'orientamento spaziale, ridurre l'ansia da ospedalizzazione, aiutare nell'identificazione di oggetti di uso quotidiano, migliorare l'equilibrio). Ritengo sia questo un ambito molto affascinante e ricco di spunti di riflessione per la nostra professione. Ci condurrà verso questo percorso la collega Infermiera/naturopata Barbara Sironi, già conosciuta a diversi colleghi per gli interventi di formazione effettuati al Collegio e per le sue numerose pubblicazioni.

I colori fanno parte della nostra vita, ci circondano, ci nutrono attraverso vibrazioni elettromagnetiche, influenzano il nostro umore, la nostra vita e anche la biochimica corporea.

L'uomo deve la sua sopravvivenza sulla terra grazie alla presenza della luce solare che è in realtà un'onda che interagisce con la materia; le prime forme di energia vegetale hanno utilizzato l'energia solare per le primordiali reazioni chimiche, le stesse piante da sempre utilizzano l'energia solare per i processi di fotosintesi clorofilliana.

La porzione di spettro elettromagnetico di luce visibile all'occhio umano è compresa tra i 400 e i 700 nanometri di lunghezza d'onda; la presenza contemporanea di tutte le lunghezze d'onda visibili, in quantità proporzionali a quelle della luce solare formano la luce bianca che è la luce visibile all'occhio umano.

Le differenti lunghezze d'onda della luce vengono interpretate dal cervello come COLORI, esse vanno dal ROSSO delle lunghezze d'onda più ampie (minore frequenza), al VIOLETTO delle lunghezze d'onda più brevi (maggiore frequenza).

Nel corpo umano la percezione del colore segue un percorso in tre fasi:

1. Nella prima fase un gruppo di FOTONI arriva all'OCCHIO, lo attraversa e raggiunge i fotorecettori della retina CONI e BASTONCELLI dai quali viene assorbito.

Questi organuli generano tre segnali nervosi, che sono segnali elettrici.

I CONI funzionano solo in presenza di luce intensa e fanno percepire i colori, i particolari più minuti e la definizione dell'immagine.

I BASTONCELLI permettono di vedere deboli intensità luminose insufficienti a stimolare i coni.

2. La seconda fase avviene ancora a livello retinico e consiste nella elaborazione e compressione dei tre segnali nervosi, creazione dei segnali elettrici e la loro trasmissione al cervello lungo il nervo ottico.

3. La terza fase consiste nell'interpretazione dei segnali elettrici da parte del cervello e nella percezione del colore.

Se non sono presenti alterazioni neurologiche o genetiche tutti gli individui dovrebbero percepire colori allo stesso modo, in realtà questo non avviene in quanto ognuno di noi percepisce il colore e le sfumature in relazione al vissuto personale che implica il risveglio di emozioni profonde.



I colori sono come suoni, come linguaggi arcaici della terra i cui messaggi nel corso dei millenni si sono radicati profondamente dentro di noi.

Alcuni colori possono infondere timore, altri provocare gioia o eccitazione, altri sono rilassanti.

Il colore come forma di luce e di energia è attivo a tutti i livelli del nostro essere, fisico, mentale, emozionale e anche spirituale.

La connessione tra colore e psiche era già stata compresa dagli antichi:

- Teoria Ippocratica
- Medicina tradizionale cinese
- Colori nel processo alchemico
- Colori e connessioni con la psiche per autori come Goethe e Stainer

Quotidianamente e inconsapevolmente ci nutriamo di luce, colore, simboli e influenziamo più o meno inconsciamente il nostro modo di essere e di rappresentarci nel mondo.

Il colore può essere assorbito in vari modi dal corpo:

- Attraverso l'alimentazione
- Attraverso la luce solare
- Attraverso l'irradiazione della pelle con luce naturale o artificiale
- Attraverso visione interiore o immaginazione con i colori.



“I colori, come i lineamenti, seguono i cambiamenti delle emozioni”.

(Pablo Picasso)

I COLORI PRIMARI o fondamentali sono: il **rosso**, il **giallo** e il **blu**.

Unendo due colori primari si ottiene un colore secondario, la purezza dipende dalle proporzioni dei colori che lo compongono, tutta la gamma dei colori visibili è determinata dalla combinazione, in porzioni diverse, di colori primari e secondari.

In seguito la descrizione delle caratteristiche principali dei colori primari:

ROSSO

Associato: al sangue, alla vita, all'istinto, al desiderio, alla sessualità e per alcune culture alla

morte. È il colore della passione, dell'amore ma anche della guerra.

È il colore preferito dei bambini ed è associato a immagini del collettivo che richiamano fertilità (Demetra e Bacco), sacrificio (sangue di Cristo), spiritualità (cuore sanguinante di Cristo), incontro con Eros (Cappuccetto Rosso e gnomi), distruttività e aggressività (camicie rosse, Parsifal)

Nella tradizione alchemica la RUBEDO è lo stadio più evoluto della trasformazione della materia.

Nel fisico: è causa di stimolo e di eccitazione.

Nella psiche: rafforza la volontà e il coraggio.

Quando si utilizza: nel caso di raffreddamento delle emozioni, carenza di energia fisica e mentale, stanchezza e in seguito a malattie debilitanti. Non deve essere utilizzato in presenza di malattie infiammatorie, febbre, ipertensione e agitazione. L'irradiazione sul corpo o la visione del colore rosso può determinare nell'organismo:

- Aumento della frequenza cardiaca, pressione arteriosa, frequenza respiratoria
- Aumento del tono muscolare
- Eccitazione del sistema nervoso soprattutto della frazione simpatica del sistema nervoso autonomo.

BLU

Associato: all'acqua e al cielo, è il colore della calma

e della pace e del rilassamento.

È il colore del sentire, dell'introversione profonda che si trasforma in trascendenza, del silenzio della preghiera o della riflessione, dell'incontro con i luoghi sacri esteriori o interiori.

È il colore del manto blu della Madonna, del manto dei maghi tempestato di stelle, dei caschi blu dell'ONU, con l'obiettivo di pace e riflessione sul destino dei popoli.

Nel fisico: è sedativo sul sistema nervoso, rinfrescante e rilassante. Ha azione antisettica, analgesica e antinfiammatoria.

Nella psiche: rilassa e calma la mente.

Quando si utilizza: indicato in tutte le malattie infiammatorie e in presenza di processi infettivi. Non si utilizza nei soggetti che soffrono di depressione, ipertensione e disturbi stagionali.



L'applicazione di blu sul corpo può provocare:

- Riduzione della frequenza cardiaca, pressione arteriosa, frequenza respiratoria
- Sedazione sul sistema nervoso, agisce sulla frazione parasimatica del sistema nervoso autonomo

GIALLO

Associato: alla luce del sole, è il colore dell'estroversione, della proiezione verso l'esterno e il futuro.

Colore della luce, degli astri, della primavera-estate con i campi inondati di sole e di messi, colore del sole e di tutte le divinità solari associate nella storia dell'uomo: Elios, Ammon, Mitra, Sol Invictus, Buddha.

Nel fisico: aiuta la digestione, sostiene il tono muscolare, conferisce prontezza di riflessi.

Nella psiche: stimola l'attività cerebrale soprattutto il polo razionale, emisfero sinistro del cervello e ha un effetto benefico sull'umore, favorisce la capacità di concentrazione e la volontà di apprendimento.

Non deve essere utilizzato in caso di febbre, infiammazioni acute, sovraeccitazione e disturbi apparato intestinale.

Quando si utilizza: nei disturbi dell'apparato digerente, necessità di purificazione della pelle, stimolazione del sistema ghiandolare e linfatico.

Sul corpo l'azione del giallo può determinare:

- Aumenta il tono muscolare
- Eccita le fibre nervose motorie
- Stimola prontezza dei riflessi e percezioni corporee

"I colori sono una lingua emozionale che è compresa a livello inconscio".

(Max Luscher)

I colori dunque fanno parte della nostra vita e possono essere utilizzati: *"per migliorare l'ambiente dove ospitare i nostri pazienti consapevoli che un ambiente più accogliente, un gradevole utilizzo di luci e colori riesce a modificare la psicologia del malato e pertanto il suo stato di benessere"* (citazione dall'articolo *Uso del colore nelle degenze per anziani*).

L'assistenza infermieristica comprende anche queste piccoli atti, avvolgere un neonato nella sua nuova copertina rosa, aiutare un anziano a fare passeggiata nel verde del parco e ricordare a un soggetto ricoverato di guardare di nutrirsi di una bella mela rossa.

Il colore ci circonda influenza il nostro fisico e le nostre emozioni e attraverso la sua fonte: la luce permette la nostra sopravvivenza sulla terra.

Colore	Qualità	Movimento	Simbolo	Elemento	Effetto psicofisico
ROSSO	Tiepido	Neutro	Corpo	Fuoco	Stimola e riscalda; attenua le paure; aumenta la produzione di adrenalina.
BLU	Freddo	Centripeto	Anima	Acqua	Ha un effetto di attrazione; abbassa la febbre; combatte le infiammazioni e le emorragie; aiuta nel nervosismo e nei disturbi del sonno
GIALLO	Caldo	Centrifugo	Spirito	Aria	Armonizza il sistema nervoso; ha effetto antidepressivo; migliora la concentrazione.

BIBLIOGRAFIA:

- Goethe J.W., La storia dei colori, LUNI, Milano, 1997
- Goethe J.W., La Teoria dei colori, Il sagggiatore, Milano, 1999
- Steiner Rudolf, L'essenza dei colori, Editrice Antroposofica Milano, 2009
- Luzzato Lia e Pompas Renata, Il significato dei colori, Rusconi, 1988
- Widmann Claudio, Il simbolismo dei colori, Piovani Editore, 1988
- Klausbernd Volmar, Colori, Red, 2003
- Reuben B. Bamber, Cromoterapia, Xenia, 2004
- Tommasetti Tiziana, L'uso del colore come nuova strategia terapeutica: www.evidencebasednursing.it/cam/colore
- Giacobazzi Mauro, Lombardi Rita, Tommasetti Tiziana, Trentini Graziella, L'uso del colore nelle degenze per anziani: www.evidencebasednursing.it/revisioni/lavoriCS/colore

* Ostetrica e infermiera





News from the web

Proposta di alcuni blog infermieristici

29

A cura di Inf. AFD Paola Pozzi*

<http://aiol.splinder.com/>

EDICOLA ON LINE: Edicolaonline contiene il blog dell'Associazione Infermionline: raccolta di articoli sulla professione infermieristica e il mondo della sanità, con possibilità di interazione.

<http://infsitip.blogspot.com/>

Strumento del Gruppo Infermieri di Infettivologia Pediatrica, associati all'interno della SITIP, che si propone di sensibilizzare e coinvolgere il maggior numero possibile di infermieri operanti nella Pediatria e di stabilire tra loro contatti, favorire la circolazione di idee, condividere procedure e protocolli, nonché di promuovere l'uniformità ed il miglioramento delle attività di accoglienza e del nursing del bambino affetto da patologia infettiva e delle attività di controllo e prevenzione delle infezioni nosocomiali.

<http://appunticorporei.blogspot.com/>

Verso il corpo desiderante... Quando un percorso personale desidera essere collettivizzato, ecco il Blog, lo strumento ideale per essere attraversabili. "APPUNTI CORPOREI - Verso il corpo desiderante..." vuole essere quel luogo che, partendo da Infermieri Eretici, passando per LC.org, TOff, AINS, NIM e infine Metropolis raccoglie tutte le mie presenze dispiegandone la contaminazione. APPUNTI CORPOREI è il luogo del desiderio dove arte, corpo, e società cercheranno di mostrarsi attraverso gli abbozzi del mio passare...

<http://ingmar69.wordpress.com/>

UNA VITA CON LE DEMENZE: Blog di recente nascita, gestito da due Infermieri, ha l'intento di condividere progetti ed idee nel campo dell'assistenza geriatrica e specificatamente rivolta alle persone affette da demenza.

<http://evoluzioneinfermieri.myblog.it/>

Un punto di incontro per quelli che vogliono confrontarsi e migliorare. Un d'incontro per e confrontarsi!

http://www.infermieriattivi.it/portale/index.php?option=com_weblinks&view=category&id=53%3Aperiodici-infermieristici&Itemid=59

Infermieri attivi: idee in movimento per la professione

<http://nuovinfermieri.spaces.live.com/>

BLOG DEGLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA

Nasce dalla voglia di confrontare e di ascoltare emozioni, storie delle esperienze di studi e del tirocinio

* AFD Broncopneumologia - Ospedale Valduce - Como



PUNTURA AD OCCHIELLO O BUTTONHOLE

Tecnica di venipuntura della Fistola Arterovenosa (FAV)

Esperienza centro dialisi Como Azienda Ospedaliera S. Anna

30

Inf. R. Casarin, Inf. G. Verdiglione, Coord. Inf. R. Grilli, Dr G. Bonforte

INTRODUZIONE:

Le persone in trattamento emodialitico oggi hanno un'età biologica media elevata ed un maggior numero di comorbidità (vasculopatie, diabete, ecc.) che rendono il confezionamento chirurgico della fistola artero venosa (FAV) ed il suo mantenimento, parametri di elevata criticità assistenziale che necessitano di un approccio gestionale competente e strutturato. L'utilizzo di un accesso vascolare ben funzionante è indispensabile per effettuare una dialisi adeguata. La gestione degli accessi vascolari in emodialisi: FAV, protesi e cateteri venosi centrali (cvc), è una competenza infermieristica ormai diffusa e confermata da studi nazionali ed internazionali (EDTNA- Associazione Europea Infermieri Dialisi e Trapianto). I dati di evidenza clinica internazionale indicano che la FAV è l'accesso vascolare d'eccellenza per le persone in trattamento dialitico che permette un'ottima efficienza depurativa, una miglior qualità di vita ed una minore percentuale di morbidità (bassa incidenza di infezioni, minor rischio di mortalità) e minori costi di ospedalizzazione (dati DOPPS). Ricordiamo che il trattamento dialitico si svolge mediamente 3 volte alla settimana, con l'inserimento di due aghi di calibro medio grande (range da 17 a 14 gauge) in una vena periferica del braccio che riceve un flusso ematico amplificato da una connessione chirurgica con un'arteria periferica locale (FAV).

Nella pratica clinica ed in letteratura si riconoscono tre tipologie di attacco della FAV:

- puntura ad occhiello, inserendo l'ago sempre nello stesso sito ad ogni trattamento dialitico;
- puntura scala di corda, a sito multiplo, cambiando punto di inserzione ad ogni seduta dialitica, lungo il decorso cutaneo del vaso;

- puntura in area, concentrando le diverse inserzioni nella stessa area.

La puntura ad occhiello, con l'inserimento degli aghi mantenendo costante il sito di inserzione, è una metodica citata da Twardosky, medico polacco, nei primi anni '70, riproposta con discreto vigore negli ultimi anni non solo in Italia ma anche in buona parte dell'Europa. Sicuramente diversi sono i fattori che hanno determinato questo "nuovo" interesse, uno dei quali la sempre maggior attenzione alla persona in dialisi da parte di tutti gli operatori sanitari e la ricerca di nuove soluzioni atte a risparmiare il più possibile gli accessi vascolari.

La responsabilità è dell'infermiere che si occupa della gestione dell'accesso vascolare, in collaborazione del medico.

I criteri di scelta dei pazienti:

- pz. con FAV difficili o poco sviluppate
- pz. con patrimonio vascolare ridotto
- pz. con soglia del dolore elevata durante l'incanalazione
- autoincanalazione

Obiettivi della tecnica di puntura ad occhiello:

- riduzione della sintomatologia dolorosa
- riduzione delle cicatrici e miglior estetica del braccio
- riduzione della difficoltà all'attacco
- riduzione della formazione di aneurismi
- riduzione dei tempi di emostasi
- riduzione dei rischi di errore

Si ritiene che tale metodica sia ottimale in Centri di dialisi piccoli, con un turnover del personale infermieristico più contenuto e quindi più gestibile a livello organizzativo perchè è importante, soprattutto durante la prima fase, che la venipuntura sia effettuata dallo stesso operatore. Per contro, l'esperien-



za che il ns. Centro sta accumulando da alcuni anni e che riguarda ben 70 pazienti, conferma che se c'è motivazione e condivisione, si possono superare le difficoltà organizzative. Nel Centro Dialisi di Como dializziamo abitualmente circa 200 pazienti, articolati su 3 turni giornalieri, assistiti da 10 infermieri per turno. Nell'aprile 2007, dopo una attenta valutazione e l'osservazione di esperienze in altri centri, abbiamo introdotto nella nostra Unità Operativa la tecnica della puntura ad occhiello. L'équipe di lavoro era composta inizialmente da 1 medico e da 3 infermieri i quali si sono alternati nella sala e nei turni dei pazienti arruolati per la puntura ad occhiello. Allo scopo è stata individuata una sala dialisi composta da 4 posti tecnici per un totale di 24 pazienti, ai quali è stato proposto un questionario iniziale le cui domande erano:

- Quanto incidesse il dolore durante la venipuntura
 - Quanto fosse prolungata l'emostasi allo stacco
- Valutate le risposte, abbiamo proposto loro la tecnica della puntura ad occhiello.

Ai 24 pazienti abbiamo esposto i possibili vantaggi e svantaggi di tale procedura e di questi, 17 hanno accettato. Solo 2 pazienti avevano FAV native di recente confezionamento, le restanti erano state confezionate anche molti anni addietro.

Con la collaborazione del medico abbiamo individuato i punti di incanalazione, per alcuni ex novo (2) e per altri (22) mantenendo quelli già esistenti ma privi di tessuto cicatriziale. Abbiamo seguito il protocollo che prevede per 8 sedute l'utilizzo di aghi taglienti per poi passare successivamente all'uso degli aghi smussi (appuntiti ma non taglienti) (8paz). In alcuni casi (9paz) si è dovuto riutilizzare l'ago tagliente per difficoltà alla puntura (effetto rimbalzo dell'ago). All'inizio abbiamo riscontrato difficoltà nella rimozione delle croste e per il sanguinamento intradialitico in sede di inserzione dell'ago stesso (motivo per l'esclusione di 4 pazienti). In un secondo tempo grazie all'acquisizione di maggiore esperienza e manualità nella procedura, questo problema non si è più verificato. Trascorsi circa tre mesi abbiamo somministrato nuovamente un questionario ai 13 pazienti rimasti nello studio osservazionale della

metodica per chiedere quali vantaggi avessero riscontrato con la nuova tecnica.

Tutti hanno risposto in modo positivo.

Il dolore legato all'incanalazione era notevolmente ridotto, assente con l'utilizzo degli aghi smussi (6pazienti) e per tutti l'emostasi allo stacco risultava meno prolungata.

I vantaggi riscontrati dagli operatori:

- nessuna probabilità di errore all'incanalazione;
- riduzione del tempo di emostasi;
- a distanza di un anno le FAV (2 paz) di recente confezionamento, non presentano aneurismi.

CONCLUSIONI

La tecnica di puntura ad occhiello è stata molto ben accolta. È una tecnica che piace alle persone in trattamento dialitico perchè limita il dolore e l'ansia dell'incanalazione, mantiene una miglior estetica dell'arto e crea meno ematomi.

Al personale infermieristico piace per gli stessi motivi ma con priorità diverse: meno problematiche nella gestione delle FAV "difficili", meno errori di incanalazione, meno stress emotivo, percezione di "lavorare bene" e salvaguardare nel tempo gli accessi vascolari e i pazienti stessi.

Le aree in cui emerge la possibilità di implementazione sono:

- l'area informativa/formativa ai colleghi dei Centri che decidono di iniziare l'applicazione di tale metodica
- l'area tecnica nell'applicare il protocollo e nell'introdurre la metodica

Protocollo per la puntura ad occhiello:

1. Selezione dei siti più idonei
2. Disinfezione della cute: utilizzare disinfettante normalmente utilizzato
3. Rimozione croste con ago sterile 19/20 g (no ago fistola)
4. Ulteriore disinfezione dei siti di puntura
5. Inserzione degli aghi esattamente nello stesso punto in cui erano presenti le croste mantenendo la stessa inclinazione dell'ago.
6. Possibilità di utilizzare ago smusso (ago non tagliente) dopo circa 6-8 trattamenti

RIEPILOGO

ANNO	NUMERO PAZIENTI P.O	NUMERO PAZIENTI B.H	INFEZIONI
2007	21	0	0
2008	33	10	1 trattata con ATB per os/cambiati punti attacco
2009	51	18	0



Case Study

Nuovo Ospedale S. Anna: il progetto codice colore

32

*Dott. Stefano Citterio**, Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo
*Ing. Matteo Ferranti**, Servizio di Logistica Integrata - *Inf. Pamela Canu**, UO Ortopedia
**Azienda Ospedaliera S. Anna di Como*

1. INTRODUZIONE

L'ottimizzazione del processo di approvvigionamento e la migliore gestione degli spazi adibiti a magazzino disponibili nelle UO, costituiscono due fra le principali criticità nel contesto della progettazione e programmazione di una nuova Struttura Ospedaliera.

Tali obiettivi rappresentano la possibilità di introdurre delle nuove modalità di gestione del percorso del farmaco e dei dispositivi medici finalizzate a migliorare la gestione del c.d. magazzino di reparto riducendo gli sprechi e l'impatto economico delle scorte sull'intero sistema Aziendale. Il presente Case Study ha l'obiettivo di illustrare il progetto che l'Azienda Ospedaliera S. Anna di Como ha deciso di implementare al fine di



ottimizzare questi aspetti nel suo presidio di Como cogliendo l'opportunità dell'avvio di una nuova struttura Ospedaliera. Nei mesi precedenti il trasferimento presso la nuova struttura, sotto la supervisione del Politecnico di Milano, si sono riscontrate alcune criticità relativamente

agli spazi di stoccaggio di materiali e farmaci nei magazzini di reparto. Nello specifico, come illustrato nella tabella n. 1, a fronte di un'area totale destinata a depositi nella nuova struttura e nella struttura esistente piuttosto allineate (-7%), per quanto riguarda i magazzini centrali la nuova struttura offre una maggiore area di stoccaggio (+ 81%) mentre per quanto riguarda lo spazio disponibile a livello di

Tabella 1. Confronto spazi disponibili tra nuova e vecchia struttura

	Spazio Disponibile Nuovo Ospedale (TO-BE)	Spazio Disponibile vecchio Ospedale (AS-IS)	Delta (%)
Spazi Totali (mq)	5230	5643	-7%
	Spazio Disponibile Nuovo Ospedale (TO-BE)	Spazio Disponibile Vecchio Ospedale (AS-IS)	Delta (%)
Magazzini Generali (mq)	2304	1176	+81%
	Spazio Disponibile Nuovo Ospedale (TO-BE)	Spazio Disponibile Vecchio Ospedale (AS-IS)	Delta (%)
Magazzini Reparto (mq)	2466	4342	-43%

**Fonte: Progetto AO S. Anna Como – Politecnico di Milano 2009



Tabella 2. Spazi utilizzati a magazzino

	Totale Utilizzato (mq)	Totale Teorico da Planimetria (mq)	% di Spazio Utilizzato in Più Rispetto al Previsto
Urologia	124	34	+265%
Ch. Generale	104	61	+70%
Geriatrica	117	54	+117%
Neurologia	103	25	+312%

**Fonte: Progetto AO S. Anna Como – Politecnico di Milano 2009

magazzini periferici, la nuova struttura rende disponibile uno spazio inferiore rispetto all'attuale (-43%). Pur considerando un possibile utilizzo migliore dei mq disponibili nella nuova struttura (scaffalature a tutta altezza, armadi, ecc.) tale osservazione ha reso necessario un approfondimento specifico che mirasse a riorganizzare le logiche di approvvigionamento in un'ottica di riduzione delle giacenze di farmaci e dispositivi medici nei magazzini di reparto. Nello specifico è stato puntualmente analizzato un set di reparti campione di degenza medica e chirurgica con l'obiettivo di comprendere se l'ammacco calcolato dall'analisi delle planimetrie e precedentemente citato fosse il corretto target di miglioramento in vista del trasferimento nella nuova struttura o se dovesse essere rettificato per tener conto di diverse motivazioni. L'analisi svolta su questi reparti campione ha evidenziato come gli spazi effettivamente utilizzati per lo stoccaggio di materiali e farmaci all'interno dei reparti fossero superiori rispetto a quelli già evidenziati dallo studio delle planimetrie. Questo disallineamento è da attribuire principalmente all'utilizzo delle più svariate aree di stoccaggio da parte delle diverse specialità in aggiunta a quelle già previste dalle planimetrie. Si riporta, a titolo esemplificativo, una tabella (tab. 2) relativa a quattro reparti campione. Per far fronte alla situazione riscontrata in tempo utile rispetto all'imminente trasloco, l'Azienda Ospedaliera, sotto la supervisione del Politecnico di Milano, ha intrapreso un'analisi di dettaglio articolata su due fronti: da un lato si è proceduto ad effettuare uno studio quantitativo sul campo fatto di misurazioni fisiche del materiale stoccato mentre dall'altro si è implementata un'analisi delle oltre 45000 righe di codici gestiti presso la struttura esistente al fine di estrapolarne i corretti livelli di consumato e di stock medio di reparto. A valle di queste analisi si è riscontrato un livello di giacenze medie di reparto superiore rispetto a quello teoricamente calcolato partendo dall'analisi

del consumato e rettificando tali valori con un opportuno fattore correttivo che tutelasse le diverse UU.OO (i clienti) da possibili rischi di stock out. Si è deciso quindi di creare una task force interna all'azienda ospedaliera per l'implementazione di un progetto di riduzione delle giacenze medie di reparto coordinato dal Politecnico di Milano. Da qui in avanti si farà riferimento a suddetto progetto con l'espressione "Progetto Codice Colore".

2. OBIETTIVI – RISULTATI ATTESI

Il progetto Codice Colore, anche chiamato progetto logistica, ha coinvolto un ripensamento importante delle logiche organizzative e gestionali nella gestione dei materiali (farmaci e presidi) all'interno delle diverse UU.OO. Il risultato più significativo da raggiungere riguardava la razionalizzazione dell'utilizzo degli spazi nelle UU.OO. destinati allo stoccaggio dei farmaci e dei dispositivi medici ed economici. Una riduzione dello spazio disponibile per lo stoccaggio dei materiali è, inoltre, un fattore comune a tutte le nuove strutture ospedaliere ed è per questo che diversi ospedali hanno intrapreso strade simili a questa. Altro obiettivo da raggiungere riguardava lo snellimento del percorso di approvvigionamento del materiale in reparto con il conseguente alleggerimento delle attività logistiche da parte del personale infermieristico. L'idea era quella di fare in modo che il personale di reparto fosse facilitato nelle attività di gestione di farmaci e dispositivi e si potesse, quindi, concentrare nell'erogare un servizio al paziente più performante sotto tutti i punti di vista. Diversi drivers ed obiettivi hanno guidato e condizionato l'implementazione di questo progetto e numerose criticità, una volta analizzate, si sono trasformate in vere e proprie opportunità.

3. METODOLOGIA

Il progetto Codice Colore riprende numerosi concetti noti da anni al mondo della logistica ma assoluta-



mente innovativi nell'ambito della sanità pubblica. Concetti come Just-in-time (JIT), lean production, lean organization ecc... sono i cardini fondamentali sui quali si è costruita la nuova logica di gestione dello stock di reparto nell'ospedale S. Anna di Como. Snellire i processi di riapprovvigionamento standardizzandoli e creando per essi procedure chiare e poco impattanti a livello organizzativo, orientare tutti gli attori coinvolti all'intero processo logistico e non alla mera attività di ordine e sensibilizzare i coordinatori infermieristici nel tentativo di ridurre il capitale immagazzinato nelle giacenze di reparto sono solo alcuni fra i drivers ispiratori di questo progetto.

A livello metodologico tutto si appoggia ad un concetto di JIT opportunamente adattato per tener conto dell'inevitabile variabilità nella domanda di farmaci e presidi sanitari da parte delle unità operative. Cuore pulsante della metodologia JIT è il fatto di avere a disposizione esattamente la quantità necessaria al momento più opportuno e cioè immediatamente dopo se ne manifesti il bisogno da parte dei clienti finali (le UU.OO). Questa metodologia si ispira al modello Giapponese Toyota, già famoso in letteratura per le sue spinte innovative nell'ambito del miglioramento e della reingegnerizzazione dei processi logistico-produttivi dell'industria automobilistica.

Cerchiamo ora di capire come il progetto Codice Colore è stato implementato nel presidio ospedaliero di Como dell'Azienda Ospedaliera S. Anna.

Il progetto è stato articolato in 4 fasi preparatorie propedeutiche alla messa a regime del nuovo sistema di riapprovvigionamento:

- 1) Classificazione in codici colore del materiale economico, presidi sanitari e farmaci;
- 2) Determinazione dei livelli di scorta corretti per le diverse classi di codice;
- 3) Eliminazione del materiale in eccesso attraverso resi alla farmacia / magazzino economico;
- 4) Avviamento del progetto con supervisione per un mese nel caso di problemi operativi (eventuale aggiustamento dei livelli di scorta definiti al punto 2) o passaggio di uno specifico item da un codice colore ad un altro.

Fase 1

In questa prima fase, ogni coordinatore infermieristico ha proceduto a classificare, sulla base dei livelli di consumato di ogni specifico item (farmaco,

bene economico o dispositivo medico), tutti i codici ordinati nel corso dell'anno contabile 2008 in codici colore con il seguente significato:

VERDE: codici ad alto utilizzo ovvero codici che vengono utilizzati tutti i giorni o quasi a prescindere dalla domanda di assistenza dei pazienti ricoverati o di terapie in atto in quel momento nella specifica unità operativa.

GIALLO: codici ad utilizzo non frequente ovvero presidi / farmaci utilizzati solo per determinate terapie o o situazioni assistenziali. In generale sono items strettamente legati a particolari patologie ed il cui consumo dipende dalla concomitanza di pazienti che devono essere trattati con quel particolare prodotto.

ROSSO: codici di raro utilizzo.

Esulano da suddetta classificazione, per ovvie ragioni, tutti i farmaci ed i presidi strettamente legati alle urgenze che devono sempre e comunque essere presenti in reparto nonostante il loro sporadico utilizzo.

Fase 2

In questa seconda fase si è provveduto a definire i corretti livelli di copertura (in giorni) per ciascun codice colore. Si sono pertanto analizzati i dati relativi al consumato nell'anno 2008 e, sulla base di essi, si è cercato di definire un corretto livello di stock nei depositi periferici. È interessante notare come, a seguito di una prima analisi, sia emerso che, per far fronte ai ridotti spazi nei magazzini di reparto della nuova struttura, fosse necessario supportare la razionalizzazione delle scorte di reparto con un aumento delle frequenze di consegna da parte dei magazzini generali. Su forte spinta della Direzione Aziendale si è quindi passati, per il magazzino economico e dei presidi sanitari, da una consegna mensile ad una quindicinale per arrivare in fine all'attuale consegna settimanale. L'assegnazione del corretto grado di copertura e del conseguente livello di stock per ciascun codice ha richiesto lo sforzo congiunto dei coordinatori infermieristici e del personale del servizio logistica. Di seguito si riportano i livelli stabiliti per ciascun codice colore:

VERDE: si è associato un livello di scorta tale da assicurare di poter curare i pazienti per circa 4-5 giorni per quanto riguarda i farmaci (la farmacia consegna tutti i giorni ad eccezione del mercoledì) e di circa 10 gg per quanto riguarda dispositivi sanitari



ed economici (il magazzino consegna una volta a settimana). Per entrambi si è quindi considerato un appropriato livello di scorte di sicurezza.

GIALLO: si è associato un livello di scorta unicamente necessario per assicurare di poter iniziare la specifica terapia ed averne a disposizione fino al primo momento utile per il riapprovvigionamento.

ROSSO: si è associato un livello di scorta nullo ovvero si è deciso di non tenerli a stock nei magazzini di reparto.

Fase 3

In questa terza fase, sulla base del livello di scorta definito ciascun coordinatore ha provveduto a restituire alla farmacia e al magazzino generale tutto il materiale in surplus. Si è deciso di accettare, come resi, tutti i codici in confezioni chiuse e si è richiesto alle singole caposala di registrare i livelli di occupazione degli spazi prima dell'implementazione operativa della nuova logica di approvvigionamento e della resa a magazzino del materiale in surplus.

Fase 4

Nella quarta fase si è avviato operativamente il progetto fornendo l'adeguato supporto metodologico ai principali attori coinvolti non solo nel fronteggiare le eccezioni ma anche nella gestione delle attività ordinarie legate alla nuova metodologia. Una prima misura dei risultati ottenuti è stata inoltre effettuata dopo circa un mese e mezzo dall'attivazione del progetto al fine di cogliere gli effettivi margini di riduzione degli spazi occupati nei magazzini di reparto.

Logiche di Riapprovvigionamento

L'avvio del progetto ha determinato l'introduzione di nuove logiche di riapprovvigionamento inserite a seguito del progetto Codice Colore. Anche per questo tema, è necessario trattare separatamente i tre codici colore in quanto prevedono diverse modalità operative.

CODICI VERDI: l'operatore preposto all'attività di ordine (in genere la caposala), controlla la quantità a giacenza di tutti i codici, siano essi farmaci o dispositivi medici, e ne richiede solo il quantitativo corretto per il ripristino della scorta ottimale definita come livello obiettivo imposto. La caposala può quindi ordinare un determinato codice x solo se esso è stato realmente consumato.

CODICI GIALLI: nella fase di riapprovvigionamento, l'operatore controlla i livelli minimi di giacenza dei

vari codici e il registro delle terapie in essere. Dall'analisi congiunta delle due variabili, la caposala può trovarsi in una fra le seguenti due situazioni: se il livello della giacenza risulta al di sotto del livello di scorta stabilito, riordina per ripristinarlo; nel caso in cui per il codice sia in atto una specifica terapia che lo richiede, ne ordina una quantità tale da poter continuare la terapia fino alla successiva consegna da parte della farmacia e del magazzino sanitario.

CODICI ROSSI: sono codici che vanno ordinati unicamente al momento del bisogno e nelle dosi minime necessarie alla terapia in atto per l'orizzonte temporale di riferimento.

Per facilitare la gestione delle nuove logiche di approvvigionamento è stato consigliato a ciascuna caposala di assegnare a ciascun codice un posto univoco all'interno dei magazzini e di apporre sul rispettivo vano di scaffalatura un'etichetta riportante il quantitativo obiettivo discusso ai punti precedenti. Il materiale e i dispositivi in uso (nei carrelli) non deve essere considerato nel quantitativo definito.

Al fine di intraprendere questa nuova politica di riduzione delle giacenze di reparto, Farmacia e Magazzino Sanitario si sono impegnati ad evadere esattamente i quantitativi richiesti dai vari reparti e ad evitare di incorrere in situazioni di stock out che possano mettere in crisi l'intero sistema, e per eliminare le storture tipiche del percorso di approvvigionamento ospedaliero legate a ordini gonfiati e/o tagli ingiustificati.

4. RISULTATI OTTENUTI

I risultati, fin qui ottenuti, possono essere sintetizzati in due punti tra di loro distinti ma fortemente correlati:

- 1) Riduzione degli spazi occupati come magazzini di U.O.;
- 2) Razionalizzazione del percorso di approvvigionamento dei prodotti (economici, dispositivi medici e farmaci) utile ai diversi attori impegnati: personale infermieristico nelle UU.OO. e personale dei magazzini/farmacia.

In un primo momento il progetto è stato implementato in due UO campione (Medicina e chirurgia Generale) i cui risultati lusinghieri (cfr. tab. n.3) hanno indotto a perseguire questa strada nella maggior parte delle unità operative dell'ospedale. Come facilmente intuibile dai risultati riportati dalle tabelle soprastanti, i margini di miglioramento otte-



Tabella 3. Risultati sugli spazi UO medicina e chirurgia

MEDICINA GENERALE		Presidi Sanitari	
	Delta Confezioni	Delta Spazi Occupati	
Codici Verdi	-50%	-30 / -35%	
Codici Gialli	-60%		
Codici Rossi	-70%		
CHIRURGIA GENERALE		Presidi Sanitari	Presidi Economi
	Delta Spazi Occupati	Delta Spazi Occupati	
Codici Verdi			
Codici Gialli	-20 / -25%	-35%	
Codici Rossi			

36

Tabella 4

FARMACIA										
UNITÀ OPERATIVE	Codici esaminati		Codice Verde		Codice Giallo		Codice Rosso		Transiti	
	N°	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
U.O. Chirurgia Maxillo Facciale	733	158	22%	233	32%	189	26%	145	20%	
U.O. Chirurgia Plastica	541	180	33%	131	24%	188	35%	37	7%	
U.O. Geriatria	766	70	9%	395	52%	195	25%	70	9%	
U.O. Neurochirurgia	752	327	43%	193	26%	217	29%	0	0%	
U.O. Neurologia	620	266	43%	151	24%	178	29%	2	0%	
U.O. Ortopedia-Trauma	608	167	27%	354	58%	54	9%	29	5%	
U.O. Otorinolaringoiatria	659	312	47%	201	31%	78	12%	61	9%	
U.O. Pneumologia	852	253	30%	320	38%	272	32%	7	1%	
U.O. T.I.N.	709	166	23%	309	44%	38	5%	189	27%	
U.O. Nido	224	57	25%	113	50%	14	6%	36	16%	
TOTALE	6464	1956	30%	2400	37%	1423	22%	576	9%	

REPORT ECONOMATO										
UNITÀ OPERATIVE	Codici esaminati		Codice Verde		Codice Giallo		Codice Rosso		Transiti	
	N°	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
U.O. Chirurgia Maxillo Facciale	241	66	27%	26	11%	14	6%	135	56%	
U.O. Chirurgia Plastica	94	70	74%	13	14%	4	4%	7	7%	
U.O. Geriatria	90	25	28%	51	57%	10	11%	3	3%	
U.O. Neurochirurgia	75	75	100%	0	0%	0	0%	0	0%	
U.O. Neurologia	90	65	72%	9	10%	16	18%	1	1%	
U.O. Ortopedia-Trauma	106	57	54%	44	42%	4	4%	1	1%	
U.O. Otorinolaringoiatria	103	25	24%	0	0%	0	0%	26	25%	
U.O. Pneumologia	88	54	61%	14	16%	20	23%	0	0%	
U.O. T.I.N.	176	101	57%	38	22%	3	2%	33	19%	
U.O. Nido	65	46	71%	19	29%	0	0%	10	15%	
TOTALE	1128	584	52%	214	19%	71	6%	216	19%	

nuti nei due reparti campione sono stati tali da incentivare la Direzione dell'Azienda Ospedaliera ad estendere il progetto anche alle altre unità operative. I codici complessivamente analizzati per le principali unità operative sono riportati nella tabella 4. I risultati ottenuti in termini di riduzione percentuale dello spazio occupato nei magazzini sono riportati nella tabella 5.

Sudette rilevazioni sono state effettuate a circa un mese dall'avvio operativo del progetto Codice

Colore e si può osservare una riduzione degli spazi dal 20 al 40%, ma ulteriori miglioramenti incrementali sono stati tuttavia apprezzati nel corso delle rilevazioni seguenti.

Per quanto riguarda lo snellimento del percorso di approvvigionamento alcuni risultati derivati dalle minori giacenze nelle UO si possono sintetizzare in questo modo:

per quanto riguarda le attività del personale infermieristico:



Tabella 5

STIMA SPAZI RECUPERATI UU.OO

UNITÀ OPERATIVE	Spazi Magazzino	Spazi Armadiature Farmaci Terapia EV	Spazi Armadiature Farmaci Terapia per OS
	%	%	%
U.O. Chirurgia Maxillo Facciale	20	40	20
U.O. Chirurgia Plastica	20	40	20
U.O. Geriatria	35	30	30
U.O. Neurochirurgia	20	25	40
U.O. Neurologia	40	30	30
U.O. Ortopedia-Trauma	40	40	40
U.O. Otorinolaringoiatria	40	30	30
U.O. Pneumologia	30	40	30
U.O. T.I.N.	N.D	N.D	N.D
U.O. Nido	N.D	N.D	N.D

37

- meno controlli sulle scadenze;
- meno materiale stoccato e quindi meno capitale immagazzinato → meno responsabilità in caso di deperimento / obsolescenza dei prodotti a stock;
- meno tempo impiegato nelle attività di approvvigionamento di farmaci e dispositivi;
- più semplice individuazione di eventuali possibili stock out;
- razionalizzazione dei magazzini (un solo posto per ogni presidio/prodotto).

Per quanto riguarda le attività del personale di magazzino/farmacia:

- riduzione nella varianza dei risultati (consegne ottenute) a seguito di un processo di approvvigionamento più strutturato e standardizzato;
- riduzione dei conflitti con il personale di reparto.

Altri risultati indiretti ma pur sempre significativi come la riduzione delle richieste urgenti o fuori giro, la possibile definizione di un "ordine standard e automatico" di UO, nonché l'effettivo miglioramento economico sono ancora in fase di valutazione e realizzazione.

5) CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'implementazione di un progetto è stato possibile grazie allo sforzo coordinato di tutti gli attori coinvolti che, grazie alla preziosa collaborazione del Politecnico di Milano, hanno potuto apprendere una

nuova logica di gestione delle giacenze di reparto e dei conseguenti riapprovvigionamenti. I risultati ottenuti vanno consolidati e rafforzati in particolare per quanto attiene la componente economica. Il progetto descritto fonda le sue radici nella ormai nota filosofia Just-in-Time (JIT) di cui si è brevemente accennato all'inizio di questo report. Quello che si è voluto emulare nella gestione dei codici verdi è, per esempio, il metodo Kanban sviluppato dalla Toyota negli ultimi decenni che è stato riadattato per far fronte alle peculiarità dei beni gestiti all'interno di un ospedale. Una delle ipotesi sulle quali si basa l'utilizzo del Kanban è infatti la stabilità della domanda che, come facilmente intuibile, difficilmente si sposa ad una realtà ospedaliera. Per rafforzare e consolidare i risultati ottenuti ed in un'ottica di ottimizzazione continua dei flussi di beni economici, presidi e farmaci, l'Azienda Ospedaliera ha inoltre deciso di costituire una vera e propria squadra logistica comprendente professionalità sanitarie ma anche, e soprattutto, ingegneristiche che potessero collaborare in una nuova ottica di gestione dei processi di approvvigionamento.

L'obiettivo ultimo è quello di estendere, con progetti simili a questo, nuove logiche manageriali all'intera Supply Chain e di varcare quindi i semplici confini ospedalieri nella speranza di dar vita a qualcosa di veramente innovativo e performante nell'ambito della sanità pubblica.

BIBLIOGRAFIA:

- Dipartimento di Ingegneria Gestionale (2009) Progetto Logistica A.O. Ospedale di Como Sant'Anna. Materiale ad uso interno
- Galgano A., Galgano C. (2007) Il sistema Toyota per la sanità. *Ragiusan*, (277/278): 354-361.
- Sillitti A., Succi G. (2004) Un approccio lean alla generazione di modelli aziendali. In: *Atti del convegno annuale AICA*. [on-line].
- Disponibile da: http://www.inf.unibz.it/gsuccipubblicazione/images/Sillitti_Succi_cameraready.pdf [consultato il 6 Luglio 2009]
- Sirressi B. (2004) Un approccio "Lean" alla gestione logistica. *Speciale Sistemi & Impresa*, 4: 91-93.
- Villa S., Stagni M.G., Lega F. (2007) Aspetti concettuali ed operativi della logistica nelle aziende sanitarie: il caso del Presidio ospedaliero di Forlì. *Mecosan*, 16 (61): 139-170.



IL SITO DEL COLLEGIO IPASVI

A cura di inf. AFD Paola Pozzi, vice presidente Collegio IPASVI

38

Avere un sito Web non è molto diverso da avere un negozio, quello che determina il numero di visite, a parità di prodotti e locali, è la posizione del negozio. Chi ha un negozio in una via frequentata avrà sicuramente più visite che se lo stesso negozio fosse posizionato in una via assolutamente isolata e pochissimo conosciuta.

Una ricerca ha evidenziato che abbiamo 4 secondi per convincere il visitatore che è approdato sul sito giusto. Dopo tale tempo rischiamo di perderlo; dopo 10/15 secondi, se la pagina web richiesta non si è aperta, la maggior parte dei visitatori chiude il sito e ne apre un altro; la scelta oggi è vastissima. Il desiderio comune di tutti coloro che hanno o che vogliono un sito web è: interessare chi lo visita. Il tempo necessario per aprire il sito è solo uno dei fattori dell'usabilità web.

Le statistiche web ci sapranno indicare quali e quanti visitatori sono passati dal nostro sito, ma ci possono dare importanti informazioni sulle preferenze di navigazione degli utenti del sito stesso indicandoci quali percorsi hanno fatto sul sito, quanto tempo restano su una determinata pagina. Il numero di pagine viste su un sito è forse l'informazione più importante che le statistiche web possano fornire. Il visitatore di un sito web

non legge come farebbe con un depliant o un libro: scorre velocemente il testo verso il basso alla ricerca dell'informazione che gli interessa. Legge i titoli ed i sottotitoli dei vari paragrafi e, in base a ciò che abbiamo scritto, decide se leggere o meno il testo sottostante. Esattamente come facciamo quasi tutti con un quotidiano quando abbiamo fretta. Anche il font utilizzato per il corpo del testo influenza l'usabilità di un sito. Leggere sul video è più faticoso rispetto alla lettura su carta, cerchiamo di facilitare la lettura ai nostri utenti piuttosto di usare font piccolissimi solo perché "graficamente" stanno meglio.

È vero che con i browser più moderni è possibile ingrandire i caratteri premendo CTRL e ruotando la rotellina del mouse, ma quanti lo fanno?

Quanti sanno cambiare le dimensioni dei caratteri di un sito? Sfogliando i vecchi numeri di Agorà, mi sono imbattuta in un articolo del gennaio 2008, in cui la redazione scriveva in merito alla revisione del sito web del collegio IPASVI di Como. È stato quello il momento della variazione della veste grafica, ma soprattutto dell'arricchimento con nuovi strumenti per la crescita professionale degli iscritti.

Sono state aggiunte la sezione:

- Agorà, con tutti i numeri on line del nostro periodico.
- Registri con l'elenco dei liberi professionisti, ed una sezione albo per la verifica di iscrizione al collegio.
- Bacheca, con l'elenco dei corsi del collegio IPASVI di Como, altri corsi, notizie utili, servizi agli iscritti, convenzioni, polizze assicurative, comunicati stampa.
- News.
- Rassegna stampa nazionale.
- Mailing list.

In questi due anni si sono inoltre aggiunte ulteriori novità:

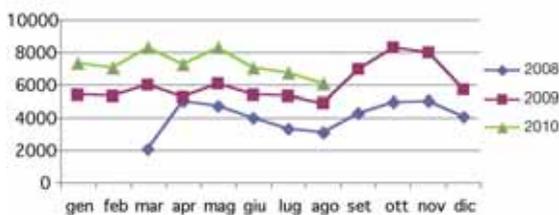
- Un link con i corsi agevolati per gli iscritti al Collegio di Como.

MEDIA VISITATORI/GIORNO

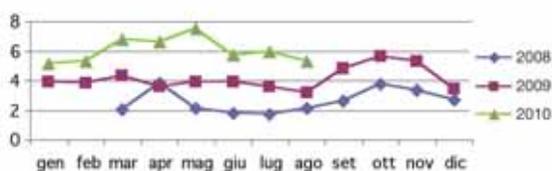
	2008	2009	2010
gen		175,6	237,0
feb		189,8	250,9
mar	66,3	193,6	266,6
apr	168,5	176,5	242,8
mag	152,3	195,1	267,5
giu	130,2	173,9	226,4
lug	110,2	177,5	225,8
ago	100,8	156,8	195,9
set	142,0	232,5	
ott	160,8	268,6	
nov	168,8	267,7	
dic	130,7	183,9	



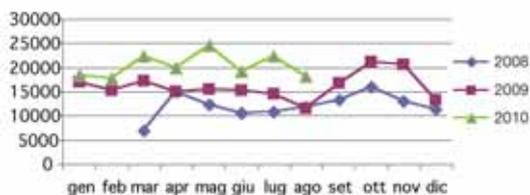
n. visitatori mese



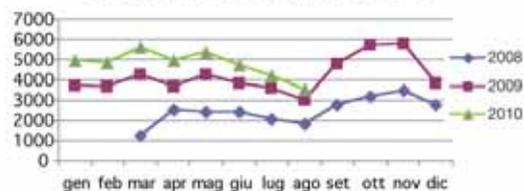
download effettuati mese, GB



n. pagine mese



n. visitatori singoli mese



- Link utili alla professione.
- In evidenza, con le notizie urgenti/ importanti da segnalare in maniera rapida.
- Link con SBBL, per garantire agli infermieri un rapido supporto scientifico a supporto di decisioni complesse.
- Informativa sulla privacy.
- Informativa posta certificata.

Ecco la proiezione grafica dei visitatori del sito del Collegio IPASVI di Como: osservando mesi significativi come per esempio marzo, aprile, maggio, si può evidenziare come il numero dei frequentatori sia cresciuto nel tempo.

Le pagine più visitate: la bacheca e gli articoli di Agorà, in grado di interessare, incuriosire, motivare, ma soprattutto di far risalire il sito web sui motori di ricerca, cioè di rendere visibile e fruibile il nostro "negoziò" al maggior numero dei navigatori. Per questo è fondamentale continuare a puntare l'attenzione sugli elementi che possono maggiormente influire sui risultati: la qualità dei contenuti dei testi del periodico pubblicato sulle pagine del sito e l'organizzazione grafica del sito stesso. Come sempre aspettiamo suggerimenti, richieste, commenti.

Buona navigazione a tutti.

NUMERO VISITATORI SINGOLI/MESE

	2008	2009	2010
gen		3724	4912
feb		3625	4852
mar	1243	4223	5603
apr	2521	3672	4923
mag	2412	4250	5374
giu	2396	3835	4733
lug	2056	3578	4164
ago	1799	3017	3535
set	2764	4790	
ott	3176	5683	
nov	3468	5746	
dic	2755	3810	

MEDIA VISITATORE SINGOLO/GIORNO

	2008	2009	2010
gen		120,1	158,5
feb		129,5	173,3
mar	40,1	136,2	180,7
apr	84,0	122,4	164,1
mag	77,8	137,1	173,4
giu	79,9	127,8	152,7
lug	66,3	115,4	134,3
ago	58,0	97,3	114,0
set	92,1	159,7	
ott	102,5	183,3	
nov	115,6	191,5	
dic	88,9	122,9	



COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE

A cura di Sandro Tangredi Inf. libero professionista

40

La commissione esercizio professionale ha ritenuto di chiedere al Consulente del Lavoro rag. Bazzanella l'elaborazione di un documento esplicativo sulle caratteristiche contrattuali del lavoratore autonomo. L'assenza di vincolo di subordinazione, la modalità di svolgimento delle attività, la responsabilità professionale ed altro ancora delineano il rapporto esistente tra lavoratore e committente.

Il documento per maggior comprensione mette in evidenza punto per punto le differenze tra autonomia e subordinazione.

Il tutto nella convinzione che una dettagliata comparazione possa far emergere, laddove vi siano, eventuali anomalie.

L'autonomia nella prestazione infermieristica

Tutto ciò che orbita attorno all'autonomia professionale è riconducibile a 2 artt. del codice civile, e più precisamente il 2082 e il 2094

Mentre il primo declina la tipologia dell'Imprenditore (*"Art 2082: è IMPRENDITORE chi esercita professionalmente un'attività economica organizzata al fine della produzione o allo scambio dei beni o di servizi"*) il secondo tratta la tematica del rapporto di lavoro subordinato (*"Art. 2094: è PRESTATORE DI LAVORO SUBORDINATO chi si obbliga mediante retribuzione a collaborare nell'impresa prestando il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze e sotto la direzione dell'Imprenditore"*).

Se poi, vogliamo perfezionare il concetto, in subordine all'art. 2082, dobbiamo ricollegarci ad altri 2 articoli ovvero il 2222 (CONTRATTO D'OPERA: quando una persona si obbliga a compiere mediante un corrispettivo un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione, nei confronti del committente) ed il non meno importante art. 2229 (ESERCIZIO DELLE PROFESSIONI INTELLETTUALI: 1) la Legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi Albi o Elenchi; 2),3) omissis-, e quest'ulti-

mo è specifico e riservato nel merito a tutti gli Infermieri.

In realtà, non esiste una Legge specifica, che dica ciò che si può fare e ciò che non si può fare, bensì un insieme di normative consolidate che, combinate grazie anche a sentenze di merito, hanno creato un profilo, o meglio, un insieme di profili utili a verificare se, un rapporto di lavoro esistente, possa configurarsi in "autonomo" oppure "subordinato". Lo strumento sostanziale, non deriva dalla volontà delle parti (che può essere distorta da situazioni contingenti od ambientali) bensì dalle modalità di svolgimento del rapporto collaborativo.

Ora, premesso che nel caso di autonomia professionale il contratto fra le parti non è un elemento di corollario, bensì sostanziale, è altresì vero che la Giurisprudenza consolidata ha già analizzato una moltitudine di casi che hanno creato dei profili ben specifici, riportando il tutto ad una terminologia, ergo le "tesi tipologiche della subordinazione". Tutto ciò premesso, se è vero che esiste una volontà specifica fra i sottoscrittori del contratto, è altresì vero che le modalità di svolgimento possono addirittura invertire le volontà delle parti, ed assegnare all'accordo una diversa tipologia contrattuale.



Ricercando nel "massimari" specifici, potremmo ridurre il campo di intervento sull'accertamento a poche ma sostanziali condizioni, come quelle sotto esposte:

1) L'OGGETTO DEL CONTRATTO:

subordinato: promessa di pura e semplice prestazione di attività lavorativa, ovvero "mi impegno a lavorare a fronte di una accordo fra le parti regolato dal CCNL di Categoria di riferimento"

autonomo: promessa di un risultato o nel caso di servizi, una pluralità di servizi, ovvero "mi impegno a prestare la mia opera per raggiungere quell'obbiettivo che abbiamo previsto nel contratto di collaborazione professionale"

2) FINALITÀ:

subordinato: mira sempre al raggiungimento dei fini aziendali, che sostanzialmente sono, la continuità della prestazione nei confronti del "paziente/cliente/utente).

autonomo: mira al raggiungimento dell'obbiettivo che il professionista si è prefissato, in relazione alla collaborazione che ha con l'Azienda ed in base a quanto espressamente previsto nel contratto di collaborazione.

3) RIFIUTO DELLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA:

subordinato: nel caso specifico non è possibile, in virtù del fatto che sia i CCNL di categoria che le norme Legislative puniscono con sanzioni di natura disciplinare quei lavoratori che si rifiutano di svolgere i compiti affidati sempreché gli stessi non siano contrastanti con norme di carattere penale o possano pregiudicare il "senso morale e/o civico" di chi le deve svolgere.

autonomo: può farlo senza incorrere in alcun rischio, quando, a sua completa discrezione ritiene inopportuno il comportarsi in un determinato modo, in riferimento alle finalità che si è prefissato (intese con raggiungimento dell'obbiettivo voluto). Può rifiutarsi apertamente, senza per altro dare giustificazioni di sorta o portare motivazioni che possano spiegare il comportamento assunto.

4) ORARIO DI LAVORO:

subordinato: ne è soggetto, senza alcuna possi-

bilità di deroga (salvi naturalmente i casi previsti dai CCNL di categoria). Deve rispettare l'ingresso, l'uscita, la periodicità della turnazione, il riposo ecc.; eventuali variazioni possono essere ammesse in subordine se in accordo con la Direzione (oppure il diretto Responsabile) o con qualche Collega (nel caso di sostituzioni aventi carattere eccezionale) sempre però, dopo aver ricevuto il benessere dal diretto superiore.

autonomo: non ne è soggetto ed è libero di organizzarlo come meglio ritiene opportuno, sempre per il raggiungimento dello scopo prefissato. Quindi, non deve chiedere ad alcuno eventuale autorizzazione, né, tanto meno, giustificare le motivazioni per cui non si sia presentato personalmente sul posto di lavoro. Può farsi sostituire da persona di sua fiducia, laddove le mansioni svolte fossero di notevole importanza organizzativa/gestionale, eventualmente comunicando solo il nominativo del sostituendo. L'eventuale rapporto economico derivante con il sostituendo sarà esclusivamente a carico del professionista stesso e non certo del Committente.

5) INSERIMENTO DEL LAVORATORE NELL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE:

subordinato: l'inserimento è globale nella omogeneità Aziendale, ovvero ne diviene parte integrante su cui gravitano poi tutti i meccanismi organizzativi e/o produttivi. In pratica, nel caso il Lavoratore non fosse inserito nell'organizzazione, diventerebbe un elemento di natura accessoria e non certamente una figura di riferimento come invece dovrebbe esserlo.

autonomo: l'assenza del lavoratore non può e non deve arrecare alcun danno al sistema produttivo e/o organizzativo. Se il Professionista non si presenta sul luogo di lavoro (a parte i casi visti pocanzi) non si deve, per logica, stravolgere il buon andamento organizzativo in quanto la sua presenza non può essere sostanziale, bensì marginale o, eventualmente utile per una maggiore efficienza (in termini di organizzazione e/o immagine).

6) ATTREZZATURA DI LAVORO

subordinato: li ha a disposizione ed in uso sul luogo di lavoro; infatti è la struttura aziendale che glieli mette a disposizione e li mantiene in perfetta efficienza (il lavoratore ha solo l'obbligo della



custodia e conservazione come se fossero propri). L'esempio più semplice è quello dell'operaio metalmeccanico: se lavora come "tornitore" non può portarsi il tornio da casa ma lo troverà nell'ambito del luogo di lavoro. Alla stessa stregua, nel caso dell'Infermiere, tutti gli strumenti di natura "operativa" non se li deve portare dalla propria abitazione, ma devono essergli messi a disposizione direttamente dal Datore di Lavoro.

autonomo: devono essere di sua proprietà. Altro esempio: l'idraulico che viene ad effettuare una riparazione presso l'abitazione di un privato, non potrà mai pretendere che il Cliente del momento, possieda gli strumenti utili, ma deve avere la "cassetta degli attrezzi". Per l'Infermiere, l'eventuale strumentazione utile per lo svolgimento dell'incarico deve essere propria e non certo messaggi a disposizione (salvo casi particolari, tipo analisi, radiodiagnostica ecc. che devono essere visti in un'ottica ben più allargata).

7) RISCHIO PROFESSIONALE:

subordinato: ha il rischio derivante dall'applicazione delle sanzioni disciplinari salvo gravi casi in cui possa emergere non un "dolo" bensì una "colpa" attribuibile allo stesso.

autonomo: deve accollarsi tutti i rischi derivanti dallo svolgimento dell'attività, pagando di persona ove se ne verificassero le condizioni. Quando si parla di "pagando di persona" si vuole specificamente intendere sia dal punto di vista morale che patrimoniale. Per meglio specificare il concetto, basti pensare all'Infermiere che assumendosi l'impegno di accudire all'infermo, per una involontaria negligenza ha la sventura che il suo atteggiamento possa sfociare in un procedimento di natura civile o, peggio ancora, laddove venissero accertate ulteriori responsabilità, di natura penale.

8) RESPONSABILITÀ SUL LUOGO DI LAVORO:

subordinato: ha il rischio derivante dall'applicazione delle sanzioni disciplinari (esclusi gravi casi in cui si possa evincere un danno volutamente creato). È soggetto in pratica alla normativa prevista dalle cd "sanzioni disciplinari" e da quell'insieme di norme di natura deontologica e comportamentale, nel rispetto di una declaratoria assodata nell'ambito dei rapporti di lavoro, con possibilità di eventuali contestazioni (attraverso i "canali sinda-

cali") nel caso ritenesse che le contestazioni/sanzioni imputate, fossero erranee.

autonomo: piena responsabilità per tutto ciò che fa. L'autonomo non può ricorrere al diritto sindacale di tutela né ad una qualsivoglia Legge che lo possa proteggere nel caso avesse mosse delle contestazioni; l'unico ricorso possibile è direttamente con un contenzioso di natura legale, finalizzato a far valere i propri diritti.

9) COMPENSI:

subordinato: sono stabiliti dai CCNL di categoria con tabelle appropriate valide su tutto il territorio nazionale, oltre che da eventuali accordi interni sindacali oppure ad aumenti specifici (superminimi) preventivamente accordati e stabili nel tempo, derivanti da eventuali maggiori capacità del lavoratore.

autonomo: è lo stesso professionista che li stabilisce, a priori, in base al prezzo di mercato della sua prestazione o alle capacità professionali che ritiene di possedere. Nella fattispecie del caso, considerato che grazie al Decreto "Bersani" c'è stata l'abolizione del tariffario, pur facendone un riferimento in termini ideologici, il valore della propria prestazione, sia essa oraria oppure determinata da uno scopo/obbiettivo, nasce da una lecita contrattazione fra le parti.

10) FEDELTA' (O MEGLIO UNIVOCITÀ DEL RAPPORTO)

subordinato: è espressamente prevista dal Codice Civile e dalle norme corporative (Artt. 2105/2106). La mancata osservanza può generare sanzioni di natura disciplinare nei confronti del Lavoratore (Legge 604/1966, Legge 300/70, Legge 108/90).

autonomo: legata alla correttezza commerciale ed all'etica deontologica. Salvo il caso di dichiarazione espressa nell'ambito del contratto fra le parti, derivante da particolari responsabilità assunte, non esiste la limitazione alla libera imprenditoria. Per meglio capirci nulla vieta all'Infermiere libero professionista di dedicarsi ai prelievi al mattino ed all'assistenza domiciliare al pomeriggio per 2 o più committenti diversi.

11) RELATIVAMENTE AL COSTO:

subordinato: quello del Lavoratore in base a



quanto già enunciato al punto 9) comprensivo degli istituti contrattuali e degli oneri previdenziali e assicurativi.

autonomo: ciò che nasce dalla contrattazione fra le parti, tenendo presente che il valore finale spettante DEVE necessariamente essere superiore a quello del Lavoratore dipendente per pari attività, mansione e/o qualifica; non esiste, proprio in termini pratici, che il Professionista “regali” il proprio lavoro. Quindi, se il Lavoratore subordinato ha un costo per il Datore di Lavoro è logico che tale costo assuma un valore superiore laddove il Prestatore d’opera fosse un Libero Professionista.

12) CONTINUITÀ DELLA PRESTAZIONE:

subordinato: lavora in modo continuativo per lo stesso Datore di Lavoro con le variabili del caso: ad esempio cessazione di rapporto, rapporto di lavoro a tempo parziale con conseguente possibilità di altro impiego, ecc.

autonomo: non lavora mai in modo continuativo per lo stesso Cliente. La logica immediata della continuità della prestazione, riconduce ad una interpretazione del rapporto come “univoco” e quindi implica una subordinazione “recondita”.

13) UNICITÀ DELLA CLIENTELA:

subordinato: vedi punto precedente.

autonomo: i clienti devono essere più di uno altrimenti si rientra nel caso del “subordinato” del punto precedente (il discorso non vale laddove la prestazione venga svolta da un professionista associato ad un studio con più professionisti). È altrettanto vero che, ad esempio, il Responsabile Sanitario di una RSA o RSD potrebbe non avere altra Clientela ma, tale condizione, di per sé, rientra in quei casi classici ove la prestazione intellettuale, supera ampiamente quella manuale ed è valore riconducibile alla professionalità del soggetto.

L’insieme di queste variabili, sommate potenzialmente ad altre (di natura prettamente “ambientale”), che possono verificarsi nel corso dello svolgimento del rapporto collaborativo, determinano la globalità di quelle condizioni utili all’analisi e verifica di ogni rapporto di collaborazione.

Gli elementi sopra esposti, non bastano, se presi a sé stante, a identificare una tipologia specifica di rapporto lavorativo, ma, la prevalenza degli stessi, permette di creare un quadro non marginale, bensì sostanziale, sulle modalità di svolgimento dell’attività, indipendentemente dalla volontà espressa dalle pari in origine.

In ultima analisi, precisiamo che, soluzione alternative per i Professionisti o presunti tali, come “collaborazioni occasionali” oppure “contratti a progetto” sono ILLECITE. Sebbene “possano” essere tollerate collaborazioni occasionali se nel limite dei 30 giorni oppure dei 5.000,00 euro su base annua, tali prestazioni sono in netto contrasto con il D.Lgs. 276/2003 art. 61 e il TU 917/86 e succ. mod., art. 50 comma c-bis. L’eventuale verificatore “potrebbe” accettare la liceità della prestazione ma, legalmente, la stessa avrebbe grossi fondamenti di illegittimità. Per quanto riguarda poi, il “contratto a progetto” nella professione infermieristica, non ci sono dubbi di sorta: È ILLECITO E BASTA! e sfido chiunque a dimostrare il contrario. Concludendo, prima di sottoscrivere un contratto di collaborazione, suggerirei di rivolgersi ad un buon Professionista del settore (abilitato nella professione) al fine di verificare tutte le eventuali incongruenze che potrebbero manifestarsi, magari non immediatamente ma anche in seguito. Il “prevenire” è sicuramente meglio del “curare” e per dei Professionisti della sanità dovrebbe essere un vessillo comportamentale.

Sergio Bazzanella




COMMISSIONE FORMAZIONE

EVENTI FORMATIVI 2011

Di seguito la tabella con la programmazione degli eventi formativi previsti per il primo semestre 2011. Per alcuni eventi non è ancora disponibile il programma che verrà pubblicato sul prossimo numero della rivista e sul sito del Collegio <http://www.ipasvicomo.it/bacheca.do?methodcall=visualizzasezione&sezione=Corsi%20collegio>

44

TITOLO EVENTO	LUOGO	DATA	DATA APERTURA ISCRIZIONI
Consenso informato e tutela dati personali - assemblea annuale degli iscritti	Como	25 febbraio 2011	26 gennaio 2011
Caduta nell'anziano: conoscenze e competenze - in collaborazione con Fatebenefratelli	Como	7 febbraio 2011	14 gennaio 2011
Caduta nell'anziano: conoscenze e competenze - in collaborazione con Fatebenefratelli	Erba	7 marzo 2011	14 gennaio 2011
Come nascono, si gestiscono/superano le relazioni conflittuali in collaborazione con Focus Group	Como Don Guanella	16 marzo 2011	Segreteria organizzativa Focus Group http://www.focusg.it/
La disfagia: diagnosi, cura, riabilitazione e assistenza	Como	14 aprile 2011	16 marzo 2011
La comunicazione nell'organizzazione aziendale	Como	13 maggio 2011	13 aprile 2011
La nutrizione enterale e parenterale	Como	Giugno 2011	Da definire

CONVENZIONI: Si ricordano le convenzioni stipulate dal Collegio IPASVI di Como a favore dei propri iscritti per la partecipazione a prezzi agevolati ai corsi fad/residenziali.

AGENZIA	TIPO DI EVENTI	SITO
Centro Studi e Formazione Fatebenefratelli	Residenziali	http://www.fatebenefratelli.it/csf/
Prex	Fad	www.prex.it
Format	Fad/residenziali	www.formatsas.com

SBBL – Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo



www.sbbl.it

Ricordiamo che il Collegio IPASVI di Como si è convenzionato con SBBL. SBBL è la biblioteca biomedica della Regione Lombardia nata con lo scopo di offrire una corretta e aggiornata documentazione scientifica e clinica al personale sanitario. SBBL è una biblioteca virtuale costituita da una rete di 156 biblioteche, situata presso il Dipartimento di Farmacologia Medica dell'Università degli Studi di Milano.

Per accedere al servizio:

- Richiedere la password di accesso compilando il modulo 7.1a scaricabile dal sito http://www.sbbl.it/export/sites/sbbl/Allegati/7_1a.pdf. L'utente dovrà poi inviare il modulo compilato al Collegio (fax 031/262538 - mail info@ipasvicomo.it) ed attendere la conferma d'accesso. Sarà quindi possibile accedere al sito SBBL

dalla home page, nella sezione "ACCEDI" e consultare direttamente le banche dati. Tutti i documenti free possono essere scaricati direttamente dall'utente. Diversamente, l'utente dovrà inviare, attraverso il sistema SBBL, la richiesta al Collegio IPASVI, che provvederà ad inoltrarla alle biblioteche on line che dispongono di tale materiale. Gli articoli richiesti, come previsto dal regolamento di SBBL, saranno inviati via fax oppure ritirati in segreteria.

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

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



Costo:

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

Posti a disposizione:

n. 30

Destinatari:

infermieri
• n. 27 iscritti IPASVI
Como
• n. 3 iscritti ad altri
Collegi

Data apertura

evento (entrambe
le edizioni:

14 gennaio 2011

e fino
ad esaurimento
posti

ECM: in attesa

Caduta nell'anziano: conoscenze e competenze

1° ed. Como - 7 febbraio 2011

Centro Cardinal Ferrari viale C. Battisti, 8

2° ed. Erba - 7 marzo 2011

Ospedale Fatebenefratelli via Fatebenefratelli, 20

45

in collaborazione con

Centro Studi e Formazione Fatebenefratelli

PROGRAMMA

9.00/12.30

- ▷ Fisiopatologia dell'invecchiamento in rapporto alle cadute
- ▷ Epidemiologia degli eventi caduta, delle cause e degli esiti
- ▷ Modalità di raccolta dati e indagini di prevalenza

12.30/13.30 Pausa pranzo

13.30/18.00

- ▷ Individuazione dei fattori di rischio e possibilità di rimozione
- ▷ Ruolo, competenze e responsabilità delle figure professionali coinvolte
- ▷ Costruzione di strumenti tecnico operativi per la classificazione/riduzione del rischio



La segreteria del Collegio IPASVI
resterà chiusa per le festività natalizie
dal 24 dicembre 2010
al 9 gennaio 2011.

Presidente, Consiglio Direttivo,
Collegio Revisori dei Conti
e personale amministrativo
augurano Buon Natale
e Felice Anno Nuovo.



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

Destinatari: Infermieri

Segreteria
Organizzativa
FOCUSgroup srl
www.focusg.it
info@focusg.it
tel. 035 224072
fax 035 232980

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

Modalità
di pagamento:

- bonifico bancario
intestato a
Focusgroup srl -
IBAN
IT11X0886911100000
000000517 (Banca
Cred. Coop.
Sorisole)
- bollettino di c/c
postale: da versare
sul c/c n. 84479260
intestato a FOCU-
SGROUP srl

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

ECM: in attesa

Come nascono, si gestiscono/superano le relazioni conflittuali

Como 16 marzo 2011

Auditorium Don Guanella

*Docenti: Claudia Ravelli - esperto in sistemi relazionali e organizzativi;
Roberta Prato Previde - consulente e formatrice affiliata al Centro di Terapia Strategica*

PROGRAMMA

SESSIONE MATTUTINA

8.00

▷ Registrazione dei partecipanti

8.30

▷ Definizione di contrasto e conflitto

9.30

▷ Lavoro di gruppo

▷ Analisi di situazioni e comportamenti che possono de-generare in contrasti o conflitti

10.00

▷ I "Meccanismi Perversi" legati ai Contrasti e ai Conflitti (fatti e interpretazioni, richieste ed esigenze)

11.00 Break

11.20

▷ Comportamenti virtuosi per la gestione del contrasto

13.15 Pausa pranzo

SESSIONE POMERIDIANA

14.15

▷ Le trappole da evitare per prevenire situazioni conflittuali

15.15

▷ Strategie efficaci per gestire situazioni conflittuali

16.30

▷ Lavoro di gruppo: analisi di situazioni reali e scelta delle possibili strategie da applicare

17.00

▷ Chiusura lavori



Costo:

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

Posti a disposizione:

n. 120

Destinatari:

Infermieri, Infermieri
 Pediatrici/Vigilatrici
 d'Infanzia, Assistenti
 Sanitari, fisioterapisti
 • n. 90 IPASVI iscritti
 al Collegio di Como
 • n. 10 IPASVI iscritti
 ad altri Collegi
 • Fisioterapisti 20

Data aperturaevento:

16 marzo 2011 e fino
 ad esaurimento
 posti

La disfagia: diagnosi, cura, riabilitazione e assistenza

Como 14 aprile 2011

Centro Cardinal Ferrari viale C. Battisti, 8

*Relatori: Dott. Lanfranchi Maurizio, Infermiere: Frigerio Daniela
 Fisioterapista: Frigerio Laura*

47

PROGRAMMA PROVVISORIO

8.30/12.30

- ▷ Etiologia, classificazione e clinica della disfagia – dott. Lanfranchi M. inf. Frigerio D.
- ▷ Valutazione dei pazienti a rischio
 Valutazione di primo livello: screening test – dott. Lanfranchi M.
- ▷ Stato nutrizionale come possibile elemento rilevatore - dott. Lanfranchi M. inf. Frigerio D.

11.00/11.15 pausa

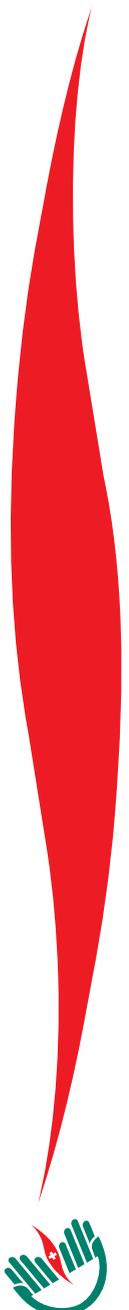
- ▷ Valutazione clinica di secondo livello: esame morfo - dinamico delle strutture deglutitorie, test di alimentazione - dott. Lanfranchi M.

12.30/13.30 Pausa pranzo

13.30/17.30

- ▷ Studio radiologico della deglutizione: esame videofluoroscopico - dott. Lanfranchi M.
- ▷ Trattamento riabilitativo dei disturbi della deglutizione - fkt Frigerio L.
- ▷ Ruolo dell'infermiere in fase di svezzamento - inf. Frigerio D.
- ▷ Cannula tracheostomica e disfagia - dott. Lanfranchi M.
- ▷ Educazione sanitaria e telemedicina - dott. Lanfranchi M. inf. Frigerio D.
- ▷ Presentazione di casi clinici
- ▷ Chiusura dei lavori e compilazione del questionario di gradimento

ECM: in attesa



Costo:

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

Posti a disposizione:

n. 120

48

Destinatari

Infermieri, Infermieri
Pediatrici/Vigilatrici
d'Infanzia, Assistenti
Sanitari
• n. 110 iscritti IPASVI
Como
• n. 10 iscritti ad altri
Collegi

Data apertura
evento:

13 aprile 2011 e fino
ad esaurimento
posti

ECM: in attesa

La comunicazione nell'organizzazione aziendale Metodi e strumenti

1[^] edizione: Como 13 Maggio 2011

Centro Cardinal Ferrari viale C. Battisti, 8

Docenti: Dott.ssa R. Zeccola, Dott. M. De Micheli, Dott.ssa A. Colombo

PROGRAMMA PROVVISORIO

8:30/9:00

- ▷ Registrazione partecipanti

9:00/11:00

Dott.ssa R. Zeccola

- ▷ Il processo comunicativo
- ▷ I principi della comunicazione aziendale
- ▷ Gli attori della macro comunicazione aziendale
- ▷ I riferimenti legislativi in materia di comunicazione pubblica aziendale

11:00/11:30: coffee break

11:30/12:30

Dott. M. De Micheli

- ▷ La comunicazione esterna: relazionare in pubblico

12:30/13:30: pausa pranzo

13:30/14:30

Dott.ssa R. Zeccola

- ▷ La gestione della comunicazione interna: modalità e strumenti

14:30/17:30

Dott.ssa A. Colombo

- ▷ La gestione del colloquio
- ▷ La gestione della riunione

*Per questo evento è prevista una 2^a edizione a Milano,
Ospedale Buzzi il giorno 20 Maggio 2011.*

*Segreteria organizzativa: e-mail daniela.zimmermann@icp.mi.it
fax 0257995018 tel 0257995208*



ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI DAL 09/06/2010 AL 24/11/2010

NUOVE ISCRIZIONI

PAOLA ALBERIO	CRISTINA GIULIANI
MONICA APETREI	BERLINE KUITCHOUA
ELISABETTA BARGNA	ELISABETTA LURAGHI
RACHEL WENDY BATES	ROBERTA MARTINELLI
NADIA BIANCHI	ELISABETTA MAURI
VIVIANA CAMAGNI	ALESSIA MOLTENI
LIA CAPITANIO	NICOLE PADOVANI
NOEMI CARCAPEDE	FRANCESCA POZZI
MARTINA CAVALLI	STEFANIA RASTELLI
ISABELLA CAZZULANI	ANNUNZIATA ROSSI
GIUSEPPE CHINDAMO	OLGA ELVIRA SCANFERLA
ELENA ALINA CURMEI	VALENTINA TRINCAVELLI
CHIARA ESPOSITO	ELISA VALLI
VERENA FAVERIO	ELISABETH VELLA
ELEONORA FRIGERIO	MONICA VENDITTO
DANIELE GUGLIELMO GATTI	SILVIA VILLANI
LUCIA GESTRA	SONIA VITI

49

NUOVE ISCRIZIONI ALL'ALBO INFERMIERI PER TRASFERIMENTO DA ALTRI COLLEGI

GIORDANO CALASSO	ANISOARA PURCARIU
ANNAMARIA CIUCCIO	VITTORIA MARIA NATALIA RUSSO
FLORIDA DERVISHI	IRINA SARBU
VICTORIA PATRICIA ESPINOZA SUAREZ	ANGELO SCARLET
FABRIZIO GUIDI	GINA GABRIELA SOROIU
MARJANA KICI	FLORINDA UKAJ
ANTONIO LONGOBARDI	AIRE RUTH VILCAPOMA
CARLOS ALBERTO MARTINEZ ERAZO	CARMEN ROSA VITES DE ESCUSA
VLADIMIR MILIVOJEVIC	

NUOVE ISCRIZIONI ALL'ALBO INFERMIERI PEDIATRICI

IULIA BENESCU GRUNZU

CANCELLAZIONI DALL'ALBO INFERMIERI PER CESSATA ATTIVITÀ LAVORATIVA

LUIGI BRUNELLI
 JEAN-PIERRE LUNETTA GRIMALDI
 SUOR LUIGINA VERDARO

CANCELLAZIONI DALL'ALBO INFERMIERI PER TRASFERIMENTO AD ALTRI COLLEGI

STEFANO CARLIN	DRAGANA RADIC
FEDERICA GEREMIA	QEMAL TAULLARAJ
AMELA HASANBEGOVIC	CARMELA TRIGLIA
ARTUR MUSTA	ALESSANDRO ZAMPA
ALESSANDRA NICOLINI	

CANCELLAZIONI DALL'ALBO INFERMIERI PER DECESSO

STEFANIA BORSANI
 CALOGERO RIZZO



MODALITÀ DI ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI

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

Collegio IPASVI Como Scheda di iscrizione per eventi formativi

Titolo evento..... Data

Cognome Nome

Indirizzo.....

Recapito telefonico.....

Data e luogo di nascita

Codice fiscale

Qualifica

Collegio di appartenenza

Sede di lavoro

N. tessera Data di iscrizione

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

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

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

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

Data _____ Firma _____

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

APPROVATO IL NUOVO PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE 2010-2015 (PSSR)

Potenziamento dei servizi territoriali di assistenza per la cura della cronicità per evitare inutili ricoveri in ospedale; attivazione di strutture di ricovero intermedie tra l'ospedale e il domicilio, in grado di accogliere i pazienti nella fase post ricovero (low care hospital) con la riconversione di posti letto già esistenti in alcune strutture; un forte investimento nelle nuove tecnologie (telemedicina, e-health, ecc), in grado anche di assicurare maggiore facilità di accesso ai servizi per i cittadini, che potranno ad esempio consultare da casa gli esiti dei loro esami; nuove regole per l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, con l'abolizione di qualunque automatismo sui rimborsi delle prestazioni; rinnovata attenzione alla prevenzione, soprattutto nei confronti dei giovani e giovanissimi, rispetto al consumo di alcool e droghe. Sono questi alcuni dei punti principali contenuti nel nuovo Piano SocioSanitario Regionale 2010-2015 (PSSR). Il documento, approvato dalla Giunta regionale, su proposta del presidente Roberto Formigoni, di concerto con gli assessori Luciano Bresciani (Sanità) e Giulio Boscagli (Famiglia, conciliazione, integrazione e solidarietà sociale), detta le linee programmatiche per il settore



sanitario e sociale per i prossimi anni. Il PSSR viene ora trasmesso al Consiglio regionale. "È un programma - spiega il presidente Formigoni - che conferma i principi basilari del nostro sistema (centralità della persona e libertà di scelta) in una prospettiva di forte innovazione sia da un punto di vista organizzativo, sia da un punto di vista tecnologico. Con questo nuovo Piano saremo in grado di confermare le eccellenze del nostro sistema, che già garantisce elevatissimi livelli di qualità, adattandolo alle nuove esigenze dei cittadini". "L'organizzazione e lo sviluppo della medicina territoriale - sottolinea Bresciani - con l'obiettivo di decomprimere gli ospedali e affrontare la vera sfida del futuro della sanità, che è la cronicità, è uno dei punti qualificanti di questo Piano. La cronicità va monitorizzata continuamente, con il supporto dei medici di base e anche con l'impiego di tutte le tecnologie disponibili, per fare in modo che il paziente non debba affrontare episodi di acuzie". "Sarà data grande attenzione - aggiunge l'assessore Boscagli - all'educazione dei più giovani e alla prevenzione soprattutto rispetto al consumo di alcool e droghe che sono fenomeni in aumento proprio tra i ragazzi. Lo sviluppo del terzo settore e la riforma dei consultori familiari sono gli altri punti importanti di questo PSSR, che rappresenta un riferimento fondamentale per le politiche dei prossimi anni". Questi i contenuti fondamentali del PSSR 2010-2015.

SEMPLIFICAZIONE - Anche attraverso lo sviluppo del Sistema Informativo Socio Sanitario, sarà data la possibilità ai cittadini di prenotare e pagare una prestazione senza la necessità di doversi recare fisicamente in ospedale o nelle strutture dove vengono erogate le prestazioni. Sarà garantito ai pazienti l'accesso ai propri referti clinici evitando di recarsi presso la struttura sanitaria. Anche il medico riceverà in tempo reale gli esiti di un esame clinico relativo ad un proprio assistito. Altro obiettivo è la riduzione delle liste e dei tempi di attesa attraverso l'eliminazione di errori o doppie prenotazioni. Per quanto riguarda il Terzo Settore, sarà incentivato e sviluppato il suo ruolo in quanto soggetto di innovazione ed evoluzione di un modello di welfare sussidiario e partecipato, con l'adozione di provvedimenti che semplifichino, potenzino e razionalizzino i moduli di raccordo tra Terzo Settore stesso e amministrazione pubblica e semplifichino gli oneri gestionali connessi alla gestione dei flussi informativi.

SISTEMA INFORMATIVO - Il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) sarà implementato per realizzare la completa integrazione degli enti socio sanitari, sviluppare il Fascicolo Sanitario Elettronico, dematerializzare i documenti sanitari e ampliare e perfezionare il servizio di prenotazione nei suoi diversi canali (CUP regionale, internet, farmacie, medici di medicina generale). Sarà data dunque la possibilità di consultare, attraverso questi canali, le agende di tutte le strutture collegate con il SISS.

MEDICI DI FAMIGLIA E PEDIATRI - Sarà valorizzato il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Verrà dato impulso alla creazione di unità complesse di cure primarie che garantiscano assistenza sanitaria di base, diagnostica e prestazioni ambulatoriali di primo livello. Gli obiettivi sono ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso e realizzare la continuità dell'assistenza sul territorio, garantendo le cure ai pazienti cronici e in assistenza post-acuta. L'implementazione dell'assistenza pediatrica passerà attraverso l'avvio di progetti che prevedano l'apertura degli studi nei giorni festivi e prefestivi.

PREVENZIONE - Politiche a favore della natalità, miglior qualità della vita, con stili comportamentali salutaris, diagnosi precoce delle malattie neoplastiche e prevenzione dei fenomeni di polidipendenza. Questi gli obiettivi fondamentali della prevenzione nei prossimi anni con particolare attenzione alla dimensione preventiva del consumo e dell'abuso di alcool e droghe tra i giovani e giovanissimi, fenomeno purtroppo in espansione, con conseguenze molto serie.

PIANI DI SVILUPPO - Prevista la messa a regime delle reti di patologia: già attive quelle sulle patologie rare e oncologiche, oltre alle reti trasfusione, ematologica e nefrologica. Lo sviluppo della telemedicina si realizzerà attraverso l'attivazione di programmi su scala provinciale e regionale, dopo una prima fase di sperimentazione locale. Nuovo impulso sarà dato anche alla ricerca e alle relazioni internazionali. Proseguirà il dialogo e la collaborazione con le imprese, le Università e Finlombarda per lo sviluppo di progetti di innovazione tecnologica e per l'acquisizione e l'attuazione di progetti europei di Ricerca e Sviluppo. Una particolare attenzione verrà accordata alla diffusione della telemedicina, della tele diagnostica e del teleconsulto.

RETE OSPEDALIERA - Gli ospedali dovranno diventare sempre più luoghi tecnologicamente avanzati, dotati della strumentazione di eccellenza, nei quali i pazienti dovranno permanere il tempo strettamente necessario alla cura della fase acuta. La funzione territoriale dell'ospedale, attuata dai suoi bracci operativi sul territorio, riguarderà l'attività di diagnosi e cura di primo e secondo grado di complessità e l'erogazione di servizi post-acuzie intermedi fra l'ospedale e il domicilio (per esempio low care hospital). Dovranno anche essere implementati modelli organizzativi e gestionali in rete per funzioni, con lo scopo di realizzare forme di continuità assistenziale comprendendo anche l'ospedalizzazione domiciliare e forme alternative al ricovero.

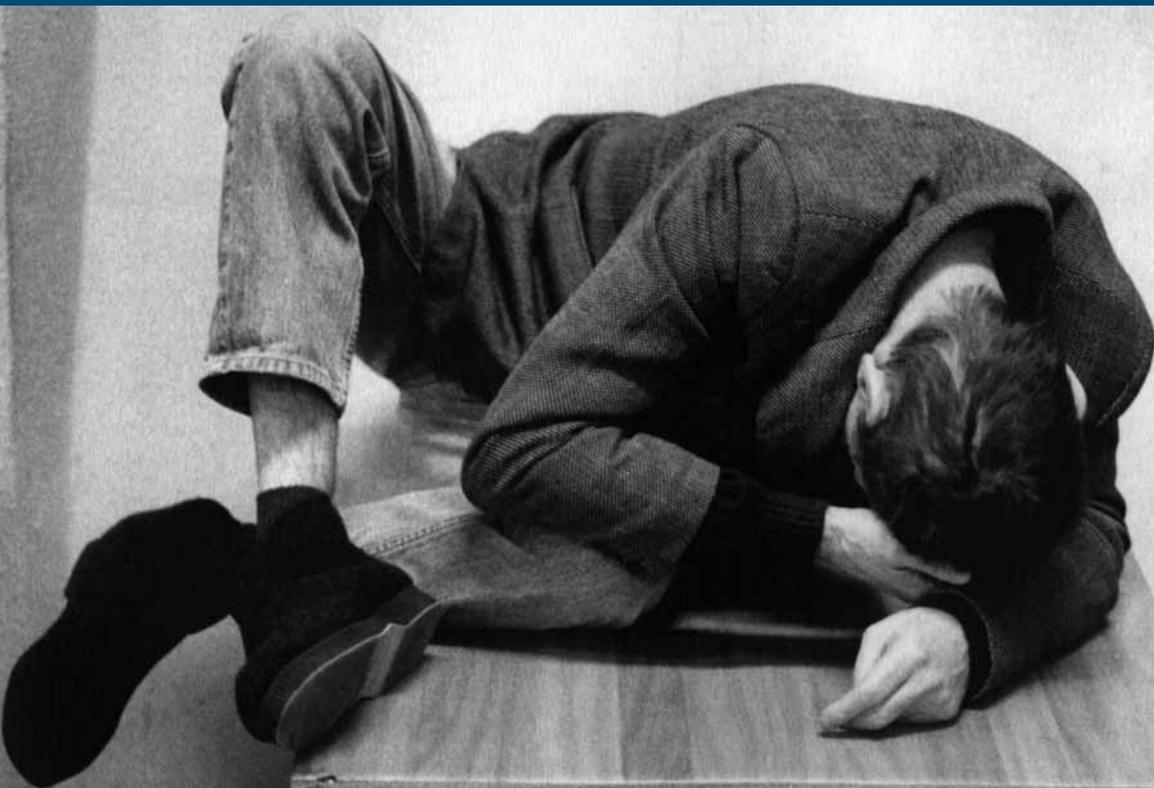
ASSISTENZA TERRITORIALE - Verranno attivate strutture di ricovero intermedie con monitoraggio H24, in grado di accogliere i pazienti nella fase post ricovero non ancora inseribili in un percorso di assistenza domiciliare o residenziale sociosanitaria. Queste strutture utilizzeranno le tecnologie avanzate della telemedicina, della teleassistenza, del teleconsulto e dell'ICT. Alcune tipologie di struttura territoriale potrebbero derivare dalla riconversione dei piccoli ospedali.

ACCREDITAMENTO - Si metterà in atto una profonda riforma del sistema accreditamento/contrattualizzazione delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, sia con il perfezionamento dei criteri e dei requisiti di accreditamento, sia separando accreditamento da contrattualizzazione. In analogia con il sistema adottato in campo sanitario, anche per le unità di offerta sociosanitarie e sociali l'intenzione è di separare nettamente la qualificazione conseguita attraverso l'accREDITAMENTO dalla possibilità di porre a carico dei fondi regionali le prestazioni erogate.

ASSISTENZA SOCIO SANITARIA - Sarà promossa una riforma dei consultori familiari per sviluppare, accanto alle funzioni sociosanitarie già proprie, un ruolo sociale ed educativo dei consultori stessi, con l'obiettivo di sostenere la genitorialità, la coesione familiare e la funzione di aiuto per i familiari più fragili. Saranno anche emanate linee guida operative per garantire un lavoro integrato di rete tra consultori, medici di medicina generale, aziende ospedaliere, comuni, scuole, associazionismo e volontariato.

(Lombardia Notizie)





“
*A San Martino nel bosco
delle betulle sulla pelle
degli alberi le parole
dimenticate
urlano silenzio!!*”

Tratto da "Le stagioni del San Martino. Documentario fotografico sulla psichiatria"
Gin Angrì, Mauro Fogliaresi - Marna

