

Giugno 2011 - N. 47

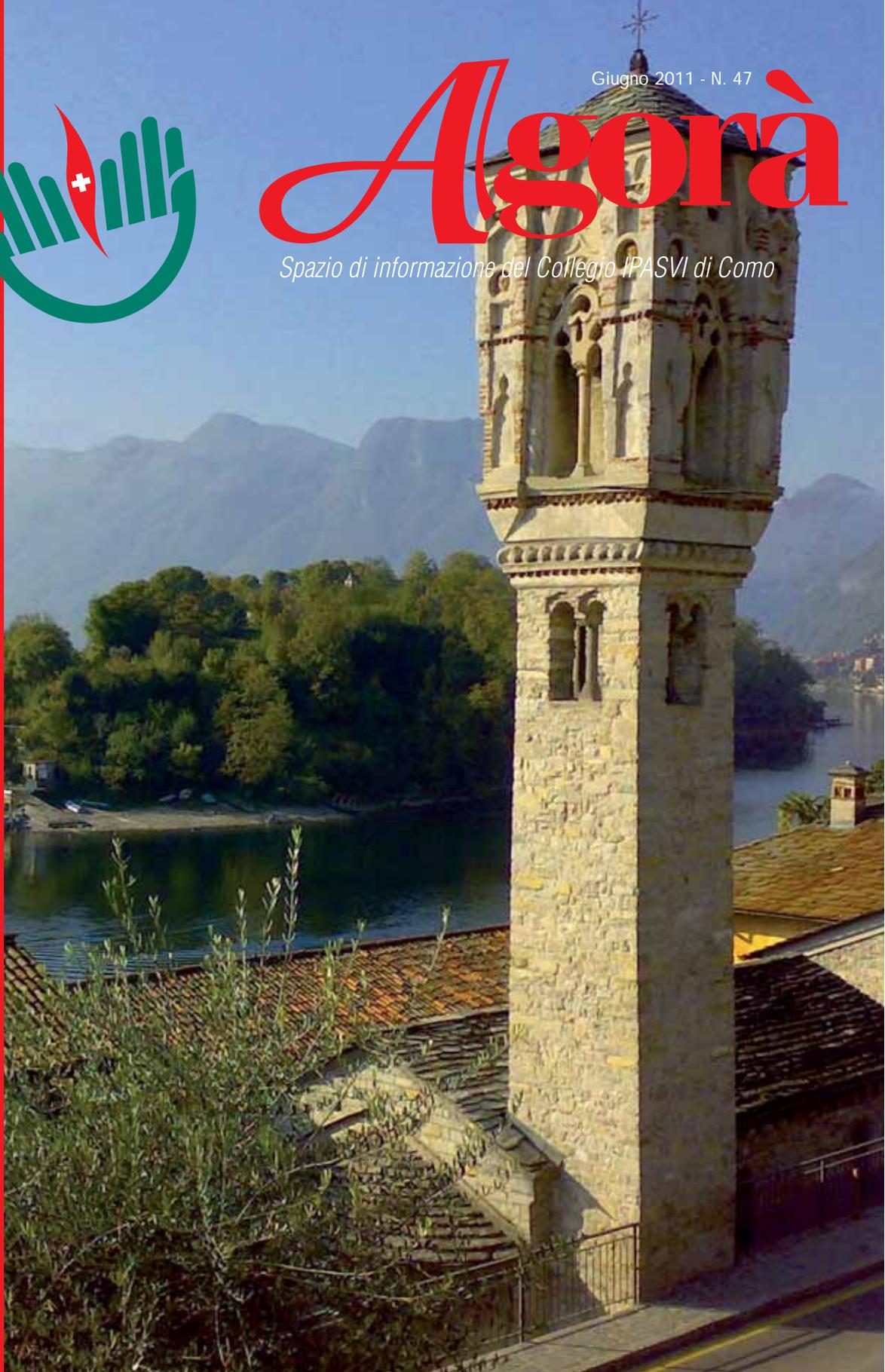
# Algorà

*Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como*



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

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



Editoriale - Carbone o diamante?	2
<b>ATTUALITÀ</b>	
Farmacie ed infermieri: è la volta buona?	5
CRcG e cure sub acute: "dalla cura al prendersi cura"	7
ECM/CPD trovata l'intesa tra Collegi e Regione	8
ENPAPI: esito elezioni e ricorso	10
Le crocerossine sono infermiere a tutti gli effetti?	13
Sitra alla resa dei conti	14
Part time: cosa ne pensano gli infermieri	16
Data storica per i Collegi: definito il livello regionale	18
Nuova sede del Collegio	19
Celebrazione della Festa Internazionale dell'Infermiere 12 maggio 2011	20
<b>Dalla parte del bambino</b>	
Alimentare un neonato critico: aspetti infermieristici	23
<b>È evidente che...</b>	
Le scale per la valutazione del rischio di lesioni da pressione per la popolazione pediatrica	31
<b>Infermieristica e cure complementari</b>	
Osteopatia: la disciplina che riequilibra ossa e muscoli senza farmaci e a tutte le età	38
<b>News from the web</b>	41
<b>Articoli originali</b>	
Progetto" Fondazione Stefano Borgonovo "Ospedale a casa tua"	43
<b>Dal Collegio</b>	
Iscritti e cancellati	45
Assemblea ordinaria 2011	47
Commissione formazione	48
Convenzioni	61
Segreteria informa	62
Scheda candidatura elezioni 2012/2014	63

## CARBONE O DIAMANTE?

Dott. Stefano Citterio  
Presidente Collegio IPASVI Como

*Osservando la nostra professione emerge, come uno dei tratti caratteristici del nostro essere infermieri, una certa insoddisfazione, a volte espressa come disagio o esplicito lamento, riferita alla propria condizione lavorativa (stipendi bassi, eccessivi carichi di lavoro, scarsa gratificazione, turni massacranti, impossibilità a conciliare il lavoro con la famiglia) e anche agli ostacoli che la auspicata crescita professionale sta incontrando sia dentro che fuori la nostra professione (vincoli contrattuali, scarsa professionalità di alcuni colleghi, episodi di malasanità, considerazione sociale bassa).*

*Per questi motivi volevo sottoporre alla vostra attenzione due fatti, uno più generale e l'altro personale, che possono aiutare a leggere il momento di crisi che, attraversando l'intera nostra società, colpisce in modo evidente anche la nostra professione. Il tentativo, non esauribile in poche righe, non è quello di una analisi completa e approfondita bensì quello di sollecitare spunti di riflessione e, soprattutto, consentire di intravedere uno spiraglio di speranza e di luce nel nostro percorso professionale.*

*Il primo riguarda il recente rapporto CENSIS sulla situazione sociale del paese che ha messo in evidenza "una società appiattita" nella quale "sono evidenti manifestazioni di fragilità sia personali che di massa: comportamenti e atteggiamenti spaesati, indifferenti, cinici, passivamente adattativi, prigionieri delle influenze mediatiche, condannati al presente senza profondità di memoria e futuro". Il rapporto evidenzia come "la complessità italiana è essenzialmente complessità culturale" e quale è la radice profonda di questa situazione "...manca ...la materia prima su cui lavorare, cioè il desiderio".*

*Questa analisi, a mio avviso, calza molto bene con la attuale situazione degli infermieri Italiani a volte rassegnati e fragili di fronte alle innumerevoli difficoltà lavorative quotidiane e con basi culturali da rinforzare o, se preferite, in fase di costruzione e sviluppo.*

Il secondo fatto, più personale, riguarda la riflessione, sollecitata dalla maestra di mio figlio, su questa frase di Vladimir Solov'ev ripresa in un articolo di una giornalista, Marina Corradi: « ... "Che cos'è la bellezza? Guardate il carbone e il diamante. Il carbone e il diamante chimicamente sono lo stesso. Perché il carbone è brutto e il diamante è bello? Perché il carbone fissa tutta l'attenzione a se stesso, mentre nel diamante si vede il sole e tutta la luce:

attraverso di esso si vede qualche altra cosa, superiore alla pietra, che la fa bella". La più stupefacente bellezza dunque è quella che si lascia attraversare da un'altra bellezza, più grande. Totalmente, senza opporre resistenza, né trattenere il raggio che non le appartiene. E in quel passaggio la luce si svela: dal rosso sangue al giallo del sole allo zenith, fino al tramonto indaco e viola. La materia più dura, più invincibile, si fa interamente trapassare dalla luce. E in quell'istante di docilità, la rivela. Come se la luce avesse avuto bisogno della materia, per potersi svelare. »



Questo secondo spunto, apparentemente lontano dal contesto sanitario, mi consente di sviluppare quella che, anche secondo il Censis, è stata indicata come via d'uscita alla situazione di crisi: **"tornare a desiderare"**.

Mi sono chiesto che cosa possa voler dire questo ritorno del

desiderio per noi infermieri. La questione decisiva è se vogliamo essere carbone o diamante. Nel senso che il nostro concepirci come professionisti, come infermieri dovrebbe apparire innanzitutto come la posizione del diamante che riflette la luce dandole consistenza e colore. A volte, prevale la posizione del carbone che anziché riflettere il valore del nostro lavoro, la forza contenuta in ogni semplice atto di assistenza, la sostanza del prendersi cura dell'altro, tradisce una eccessiva riflessione su di sé, sui propri limiti e difficoltà (spesso anche reali e motivate) che impedisce di far emergere l'esperienza positiva della nostra professione.

Se i primi a non credere nel valore della nostra professione siamo noi stessi, come possiamo attenderci quel cambiamento tanto atteso? Qualsiasi trasformazione parte sempre dal cambiamento di un IO, che comunica una esperienza che consente a tutti di vedere ciò che già oggi funziona nella realtà, come l'esperienza di molti può raccontare. Perché "le forze che cambiano la storia sono le stesse che cambiano il cuore dell'uomo".

Gli infermieri, per il lavoro che svolgono, hanno un privilegio e una possibilità in più rispetto a tante altre professioni. Non lasciamoci sfuggire l'occasione. La scelta se essere carbone o diamante, in fondo, è di ciascuno di noi.



## TUTTI IN PIEDI, SULLA SEDIA

### Il lavoro e il suo valore

4

«L'Italia migliore .... lavora, vestita da poliziotto o da infermiera ..... Amate il vostro lavoro, è la più bella forma di felicità. Quando lavoriamo modifichiamo noi stessi, non c'è solo la ricompensa della paga, c'è una ricompensa misteriosa, non solo cambiamo quello che stiamo facendo, lavorando conosciamo noi stessi, diventiamo indipendenti, è un diritto che nessuno ci può togliere, è un servizio divino, è una cosa sacra. Amare il proprio lavoro è la sola grande e concreta felicità, dovrebbe essere la base su cui fondare la nostra società, amare il nostro lavoro con la coscienza orgogliosa di essere utili, io mi inchino a tutti i lavoratori, è grazie a voi che il mondo va avanti...." (Roberto Benigni)

"Il lavoro è l'espressione del nostro essere. Questa coscienza dà veramente respiro all'operaio che per otto ore fatica sul banco di lavoro, come all'imprenditore teso a sviluppare la sua azienda. Ma il nostro essere - ciò che la Bibbia chiama "cuore":coraggio, tenacia, scaltrezza, fatica - è sete di verità e felicità. Non esiste opera, da quella umile della casalinga a quella geniale del progettista, che possa sottrarsi a questo riferimento, alla ricerca di una soddisfazione piena, di un compimento umano: sete di verità, che parte dalla curiosità per addentrarsi nell'enigma misterioso della ricerca; sete di felicità che parte dall'istintività e si dilata a quella concretezza dignitosa che sola salva l'istinto dal corrompersi in falso ed effimero respiro. È questo cuore che mobilita chiunque, qualunque impresa o lavoro realizzi" (Don Luigi Giussani)

"Così il lavorare degli uomini è come un'espressione particolare della loro somiglianza con Dio e l'uomo, in questo modo, ha facoltà e può partecipare all'opera di Dio nella creazione del mondo. Del monacismo fa parte, insieme con la cultura della parola, una cultura del lavoro, senza la quale lo sviluppo dell'Europa, il suo ethos e la sua formazione del mondo sono impensabili. Questo ethos dovrebbe però includere la volontà di far sì che il lavoro e la determinazione della storia da parte dell'uomo siano un collaborare con il Creatore, prendendo da Lui la misura. Dove questa misura viene a mancare e l'uomo eleva se stesso a creatore deiforme, la formazione del mondo può facilmente trasformarsi nella sua distruzione" (Benedetto XVI)



## Il lavoro secondo Peguy

Un tempo gli operai non erano servi. Lavoravano.

Coltivavano un onore, assoluto, come si addice a un onore.

La gamba di una sedia doveva essere ben fatta.

Era naturale, era inteso. Era un primato.

Non occorre che fosse ben fatta per il salario, o in modo proporzionale al salario.

Non doveva essere ben fatta per il padrone, né per gli intenditori, né per i clienti del padrone.

Doveva essere ben fatta di per sé, in sé, nella sua stessa natura.

Una tradizione venuta, risalita da profondo della razza, una storia, un assoluto, un onore esigevano che quella gamba di sedia fosse ben fatta.

E ogni parte della sedia fosse ben fatta.

E ogni parte della sedia che non si vedeva era lavorata con la medesima perfezione delle parti che si vedevano.

Secondo lo stesso principio delle cattedrali.

E sono solo io - io ormai così imbastardito - a farla adesso tanto lunga.

Per loro, in loro non c'era neppure l'ombra di una riflessione.

Il lavoro stava là. Si lavorava bene.

Non si trattava di essere visti o di non essere visti.

Era il lavoro in sé che doveva essere ben fatto.

(tratto da "L'argent")



# FARMACIE ED INFERMIERI: È LA VOLTA BUONA?

A cura della redazione

A quasi due anni di distanza dalla legge 69/2009 che consentiva il coinvolgimento degli infermieri nel contesto delle farmacie sulla Gazzetta Ufficiale del 19 aprile 2011 è stato (finalmente) pubblicato il secondo Decreto del Ministro della salute del 16 dicembre 2010 relativo alla "Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali". Questo provvedimento, assieme al decreto che porta la stessa data ma già pubblicato in gazzetta nel marzo scorso relativo ai test autodiagnostici e all'uso in farmacia di dispositivi strumentali, completa il quadro normativo avviato con la legge n. 69/2009, consentendo di realizzare la trasformazione delle farmacie in presidi territoriali sanitari a tutti gli effetti, attribuendo ad esse un ruolo significativo nel contesto della rete dei servizi socio-sanitari locali. La lunga elaborazione, durata più di un anno dal decreto n. 153 dell'ottobre del 2009, manifesta la delicatezza e criticità dei provvedimenti emanati che rappresentano il frutto di una mediazione, operata dal Ministro Fazio, delle diverse istanze dei professionisti coinvolti. Nel dettaglio, il primo Decreto del 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011, fa riferimento ai test "autodiagnostici", test gestibili direttamente dai pazienti in funzione di autocontrollo a domicilio, o che possono, in caso di condizioni di fragilità di non completa autosufficienza, essere utilizzati mediante il supporto di un operatore sanitario, presso le farmacie territoriali pubbliche e private.

**Le prestazioni analitiche di prima istanza effettuabili in farmacia sono:**

- test per glicemia, colesterolo e trigliceridi;
- test per misurazione in tempo reale di emoglobina, emoglobina glicata, creatinina, transaminasi, ematocrito;
- test per la misurazione di componenti delle urine quali acido ascorbico, chetoni, urobilinogeno e bilirubina, leucociti, nitriti, ph, sangue, proteine ed esterasi leucocitaria;
- test ovulazione, test gravidanza, e test menopausa per la misura dei livelli dell'ormone FSA nelle urine;
- test colon-retto per la rilevazione di sangue occulto nelle feci.

**Risultano vietate** l'utilizzo di apparecchiature che prevedano attività di prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti, restando in ogni caso esclusa l'attività di prescrizione e diagnosi. In buona sostanza la farmacia non può diventare un centro prelievi e neppure un ambulatorio medico.

Il medesimo Decreto fornisce indicazioni tecniche relative all'uso in farmacia di dispositivi strumentali. In particolare determina che per l'erogazione dei servizi di secondo livello **in farmacia sono utilizzabili i seguenti dispositivi strumentali:**

- dispositivi per la misurazione con modalità non invasiva della pressione arteriosa;
- dispositivi per la misurazione della capacità polmonare tramite auto - spirometria;
- dispositivi per la misurazione con modalità non invasiva della saturazione percentuale dell'ossigeno;
- dispositivi per il monitoraggio con modalità non invasive della pressione arteriosa e dell'attività cardiaca in collegamento funzionale con i centri di cardiologia accreditati dalle Regioni sulla base di specifici requisiti tecnici, professionali e strutturali;
- dispositivi per consentire l'effettuazione di elettrocardiogrammi con modalità di tele cardiologia da effettuarsi in collegamento con centri di cardiologia accreditati dalle Regioni sulla base di specifici requisiti tecnici, professionali e strutturali.

Le farmacie pubbliche e private, per l'effettuazione delle prestazioni e l'assistenza ai pazienti, devono utilizzare spazi dedicati e separati dagli altri ambienti, che consentano l'uso, la manutenzione e la conservazione delle apparecchiature dedicate in condizioni di sicurezza.

Il farmacista ha inoltre l'obbligo di esporre nei locali della farmacia, in modo chiaro e leggibile, l'indicazione delle tipologie di prestazioni analitiche disponibili agli utenti.

**Le Prestazioni professionali erogabili in farmacia** sono invece regolamentate dal Decreto del 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011. Queste attività, erogate presso le farmacie e a domicilio del paziente, **devono essere effettuate esclusivamente da infermieri**



e da fisioterapisti, in possesso di titolo abilitante ed iscritti al relativo Collegio professionale laddove esistente. Il farmacista titolare o direttore è tenuto ad accertare, sotto la propria responsabilità, il possesso di tali requisiti avvalendosi, nel caso degli infermieri del competente Collegio/ordine professionale.

L'infermiere in farmacia può, anche eventualmente con l'ausilio di altri operatori socio-sanitari (OSS) che lavorino in farmacia, nel rispetto del DM 739/94:

- provvedere alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- offrire supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo;
- effettuare medicazioni e cicli iniettivi intramuscolo;
- svolgere attività concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di consulting, anche personalizzato;
- partecipare ad iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie.

L'infermiere può inoltre, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, erogare sia all'interno della farmacia, sia a domicilio del paziente, ulteriori prestazioni rientranti fra quelle effettuabili in autonomia secondo il proprio profilo professionale. I locali devono rispondere ai requisiti minimi che le vigenti disposizioni di legge stabiliscono per lo svolgimento di attività infermieristiche e fisioterapiche. In linea generale, viste le polemiche suscitate dalle prime bozze di questi decreti – in particolare quello relativo alla prestazioni professionali – che limitavano fortemente lo spazio di autonomia dell'infermiere, la versione definitiva dei provvedimenti in discussione appare più equilibrata e rispettosa delle diverse competenze coinvolte. Particolarmente qualificanti per gli infermieri possono essere le attività previste all'articolo 3, concernenti

l'educazione sanitaria, la partecipazione a programmi di consulting, anche personalizzato e le iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie nonché quelle previste per il corretto utilizzo dei medicinali (comma 5).

L'intera gamma delle prestazioni previste per gli infermieri, se ben curate e sviluppate, potrebbero, in prospettiva, essere propedeutiche alla crescita capillare degli ambulatori infermieristici territoriali nonché alla diffusione dell'infermiere di famiglia/di comunità.

Nulla viene specificato nei decreti, a mio avviso anche opportunamente, in merito alle modalità contrattuali che potranno realizzarsi tra il farmacista e gli infermieri. Da questo punto di vista esistono già oggi diverse forme possibili e realizzabili, l'auspicio è che tale collaborazione funga da volano alla libera professione infermieristica sia nella

forma singola che in quella

associata. Questi provvedimenti, come ribadito più volte nell'articolo, prevedono il rispetto degli accordi e delle norme regionali vigenti in materia – visto che le regioni hanno potestà in tema di organizzazione sanitaria –. Di conseguenza, in particolare per quanto attiene le modalità di remunerazione delle prestazioni, saranno necessari degli interventi normativi regionali. La speranza è che tali regolamentazioni regionali non vadano ad ingabbiare o a bloccare lo sviluppo di questo importante tassello per la sanità italiana che può rappresentare una grossa opportunità anche per gli infermieri oltre che per i cittadini.

#### LA CRONOLOGIA DEI PROVVEDIMENTI

- **Legge 18 giugno 2009, n. 69**, "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, nonché in materia di processo civile" prevedeva all'art. 11, la delega al Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;
- **Decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153**, recante «Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69»;
- **Decreto Ministero della salute, 16 dicembre 2010** "Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo ... e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali ...". Pubblicato in G.U. Serie Generale n. 57 del 10 marzo 2011;
- **Decreto ministero della salute 16 dicembre 2010** "Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali" pubblicato in G.U. Serie Generale n. 90 del 19 aprile 2011.

#### BIBLIOGRAFIA

- Sito Ministero della salute;
- Norme citate
- I testi dei decreti sono disponibili sul sito del Collegio IPASVI – [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it), nella sezione news.



## CReG e cure sub acute: “dalla cura al prendersi cura”

“Dalla cura al prendersi cura”: un radicale cambiamento di prospettiva sancito da Regione Lombardia sia nell’ambito del Programma Regionale di Sviluppo sia nel Piano Socio-Sanitario. Tale passaggio è esemplificato in particolare da due indicazioni contenute nelle “Regole 2011”, ratificate dalla Giunta regionale lo scorso 30 marzo con la delibera IX/1479 (la delibera è reperibile nelle “news” sul sito del Collegio [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it)):

l’attivazione di **1.145 posti letto** in tutta la Lombardia per le cure sub acute e la sperimentazione in 5 Asl di un nuovo modello organizzativo per coordinare e integrare i servizi extraospedalieri a favore dei pazienti cronici (**Chronic Related Group**).

### LE CURE SUB ACUTE

Come già si sta sperimentando a Milano, Soncino (CR) e Varese, in tutte le Asl lombarde verranno individuate **strutture intermedie** (che vanno cioè a collocarsi tra l’ospedale e il domicilio) per assistere adeguatamente quei pazienti che, pur non necessitando più di un’alta intensità di cura (ricovero ospedaliero), non possono ancora essere assistiti adeguatamente al proprio domicilio. A giovare di queste nuove strutture sub acute, che offrono modalità di assistenza diversa da quella ospedaliera (ad esempio meno personale medico e più infermieristico) saranno soprattutto gli anziani e i cronici. Per loro sarà predisposto un **piano di assistenza individuale** focalizzato al recupero dell’indipendenza e quindi alla possibilità di ritornare a casa. La durata della degenza varia da 10/15 giorni fino a 30/40 giorni. I 1.145 posti letto potranno essere individuati in via preferenziale negli ospedali medio-piccoli, non inseriti nella rete dell’emergenza-urgenza, nei quali siano presenti solo alcune specialità ospedaliere di base, e nelle



strutture dove vengono curate le acuzie (andando ad occupare una specifica area).

### IL CREG

L’obiettivo del Chronic Related Group è quello di assicurare la **continuità del percorso assistenziale**: la gestione dei diversi aspetti in cui si articola l’assistenza sanitaria del paziente sarà affidata ad un unico soggetto, individuato dalle Asl, che potrà essere un medico di medicina generale, una Onlus, una fondazione, un’azienda ospedaliera, una struttura sanitaria accreditata e a contratto sia intra che extraospedaliera. Il soggetto scelto dovrà coordinare tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia, gestire le risorse messe a disposizione e garantire le necessarie competenze di tipo amministrativo, organizzativo e gestionale.

Per la sperimentazione sono state individuate sei principali patologie, che coinvolgono potenzialmente 200 mila persone: bronco pneumopatie croniche ostruttive, scompenso cardiaco, diabete di tipo I e II, ipertensione e cardiopatia ischemica, osteoporosi, patologie neuromuscolari. Tra i servizi assicurati dal CReG rientrano la prevenzione secondaria, il follow up, il monitoraggio della persistenza terapeutica, la specialistica ambulatoriale, la protesica e la farmaceutica.



# ECM/CPD: trovata l'intesa tra Collegi e Regione



COORDINAMENTO COLLEGI IPASVI DELLA LOMBARDIA



8

Sede:

Collegio IPASVI di Bergamo  
Via Borgo Palazzo, 81  
24125 Bergamo  
[collegio@infermerbergamo.it](mailto:collegio@infermerbergamo.it)  
[collegioha@icarsviba.postecert.it](mailto:collegioha@icarsviba.postecert.it)

COORDINATORE:

Collegio di Bergamo:

VICECOORDINATORE:

Collegio di Mantova:

SEGRETARIO:

Collegio di Varese:

TESORIERE:

Collegio di Cremona:

Collegio di Brescia:

Collegio di Como:

Collegio di Lecco:

Collegio di Milano-Lodi:

Collegio di Pavia:

Collegio di Sondrio

MAZZOLENI Beatrice

GUANDALINI Andrea

FILIPPINI Aurelio

MARSELLA Enrico

BAZZANA Stefano

CITTERIO Stefano

TENTORI Cristina

MUTTILLO Giovanni

FRISONE Enrico

PIANI Ercole

PROT. N.7/11

BERGAMO, 28 gennaio 2011

Alla cortese attenzione del  
Dott. Alessandro Colnaghi  
Regione Lombardia

Via mail

[Alessandro\\_Colnaghi@regione.lombardia.it](mailto:Alessandro_Colnaghi@regione.lombardia.it)

**Oggetto:** proposta accordo ECM

Egregio Dott. Colnaghi,

In relazione alla proposta di mediazione avanzata nel corso dell'incontro del 24 gennaio u.s., in riferimento al ricorso avanzato dagli scriventi Collegi IPASVI in merito ai contributi dei provider ECM per l'anno 2010, il Coordinamento dei Collegi Lombardi accoglie positivamente questa possibilità quale segno di una rinnovata scelta orientata al dialogo e alla ricerca della massima collaborazione.

In previsione della stesura definitiva del decreto per il contributo annuale dei provider ECM /CPD 2011, si ritiene opportuno sottolineare il fatto che il suddetto provvedimento, prevede per gli Ordini e Collegi Professionali l'appartenenza alla Tipologia 2 "Enti diversi", prescindendo dalla qualificazione giuridica, anche se organi ausiliari dello Stato e soggetti a vigilanza e controllo da parte del Ministero della Salute.

Si ritiene quindi ragionevole sostenere che nell'ambito della Tipologia 2 si possa prevedere una distinzione di qualificazione giuridica tra gli Enti no profit e le strutture con attività commerciali, con l'auspicio di prevedere anche una minima differenziazione della quota fissa o variabile.

**A parte la differenza della qualificazione giuridica degli Enti, la bozza di decreto 2011 soprattutto per la parte economica può comunque essere ritenuta condivisibile.**

Per quanto attiene alla ipotesi relativa ad uno "sconto" sulle cifre dovute per l'attività formativa svolta nel 2010, preme sottolineare come l'attività programmata è stata ridotta proprio in funzione della variazione di costi intervenuta con il decreto costi ECM 2010 oggetto di ricorso, con una ridimensionata possibilità di rispondere alle esigenze formative dei professionisti iscritti ai diversi Albi provinciali.

Tale necessità è scaturita in seguito alla risposta del Direttore Generale Dott. Lucchina alle note inviate da codesto organismo in data 29 aprile 2010 al Direttore stesso e in data 27 aprile 2010 alla Commissione ECM Regionale, che ha conseguentemente portato alla decisione di procedere con il deposito del ricorso.

**In prima istanza vorremmo ribadire, quando già affermato in sede di incontro, individuando che la soluzione economica più confacente sarebbe la rivalutazione delle quote 2010, tenendo come riferimento quanto ipotizzato per il 2011.**



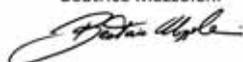
Tale risoluzione fungerebbe da transazione giudiziaria.

Nel caso in cui tale applicazione non possa effettuarsi, sarebbe accettabile una riduzione sul 2010 non inferiore al 50%.

In conclusione, il Coordinamento dei Collegi IPASVI Lombardi è disponibile al ritiro del ricorso inoltrato in seguito all'approvazione degli atti regionali che prevedano i nuovi contributi per il 2011 e la riduzione del contributo del 2010 come proposto in questa nota.

In attesa di riscontro, è gradita l'occasione per porgere cordiali saluti.

La Coordinatrice  
Collegi IPASVI della Regione Lombardia  
Beatrice Mazzoleni




9

## La risposta dalla Regione Lombardia in data 31 marzo 2011

Gentile Dottoressa,  
riscontro la Sua nota n. prot. 7/11 del 28 gennaio u.s per significarLe quanto segue.  
Prendo atto della Vostra duplice proposta; si ritiene accoglibile quella relativa alla riduzione dell'importo della quota variabile 2010 nella misura pari al 50% della somma da versare.  
Resta inteso che l'accettazione della richiesta nei termini sopra descritti implica, da parte Vostra, il ritiro del ricorso amministrativo attualmente pendente e il pagamento di quanto dovuto applicando tale rimodulazione.  
Si resta in attesa di un Vostro riscontro in merito e si porgono cordiali saluti.

*Caterina Tridico*

## CHIUSURA ESTIVA

La segreteria del Collegio resterà chiusa per la pausa estiva  
dal 1 al 21 agosto compreso.

Mercoledì 31 agosto chiusura per festività del S. Patrono.



## ENPAPI: esito elezioni e ricorso

10

Si sono svolte nel mese di gennaio u.s. le elezioni per il rinnovo degli organi e delle cariche dell'ENPAPI e per la prima volta nella breve storia di questa istituzione le liste concorrenti erano due. Le votazioni si sono svolte con il nuovo e controverso regolamento elettorale approvato a fine mandato dal direttivo uscente. La modifica del regolamento ha portato ad una consistente contrazione degli elettori nella fase finale dell'iter con conseguente riduzione della rappresentanza e del potere decisionale degli iscritti: non più un elettore ogni 100 ma bensì ogni 1000 iscritti.

Contro questo provvedimento alcuni liberi professionisti lombardi, supportati dai rispettivi collegi provinciali di riferimento, hanno inoltrato ricorso al TAR del Lazio: ricorso che non è stato respinto ma su cui non vi è stato pronunciamento impedendo così una azione di revisione della norma appena istituita.

A parere dello scrivente (che è fra coloro che hanno presentato il ricorso) il nuovo regolamento elettorale ha impoverito la rappresentanza degli iscritti, rappresentanza che l'istituzione precedentemente garantiva con una ampia presenza di

liberi professionisti con diritto di voto nella fase finale delle votazioni.

Come prevedibile gli elettori presenti non erano sufficienti neanche a formare due liste concorrenti, elemento minimo per poter garantire alternative: ogni lista doveva essere composta da 48 iscritti reclutati, per ovvi motivi e per massima parte, tra gli elettori finali e per le due liste concorrenti necessitavano 96 candidati mentre gli elettori erano solo 75!!!

Paradossale realtà in cui il numero dei candidati era di gran lunga superiore rispetto agli elettori!!! Questo di fatto ha creato i presupposti per permettere alla lista che poteva contare sulla maggioranza di negare il confronto tra gli elettori votando una mozione molto negativa e che ha creato non poca tensione tra i presenti in aula in cui si è limitata l'assemblea ad esprimere unicamente il proprio voto senza alcun dibattito con conseguente negazione del diritto di rappresentanza e di parola a buona parte dei presenti.

Al nuovo direttivo e alla presidenza gli auguri di un buon lavoro.

*Per la commissione Libera Professione  
Sandro Tangredi*

### COME SI SVOLGONO LE ELEZIONI

Gli organi di rappresentanza della Cassa di previdenza degli Infermieri (ENPAPI) sono eletti in questo modo:

- in ogni collegio in base al numero degli iscritti alla cassa in quella provincia (prima 1 ogni 100, con il nuovo regolamento 1 ogni 1000) vengono eletti i rappresentanti che vanno a comporre l'assemblea dei delegati;
- I delegati eletti (in questa tornata elettorale solo il 70% dei collegi è riuscita ad eleggere un proprio delegato) votano i rappresentanti del Consiglio di Indirizzo - ciascuno con un sostituto e secondo una procedura che prevede la necessità di presentare una lista con simbolo e motto;
- All'interno del Consiglio di Indirizzo vengono identificati il Consiglio di Amministrazione e il suo Presidente.





ENTE NAZIONALE di PREVIDENZA e ASSISTENZA della PROFESSIONE INFERMIERISTICA

IL PRESIDENTE

Prot. n. 5338/2011

Roma, 12 aprile 2011

Al Presidente della  
Federazione Nazionale dei  
Collegi Provinciali IPASVI  
dott.ssa Annalisa Silvestro  
Via Agostino Depretis n. 70  
00186 - ROMA

Ai Presidenti dei  
Collegi Provinciali IPASVI  
LORO INDIRIZZI

11

**OGGETTO: Nomina nuovi Organi per il quadriennio 2011 – 2015**

All'esito delle elezioni per il rinnovo degli Organi Collegiali per il quadriennio 2011/2015, il Consiglio di Amministrazione ed il Consiglio di Indirizzo Generale di ENPAPI risultano così composti:

**CONSIGLIO DI INDIRIZZO GENERALE**

BALDINI Luigi  
BONFANTI Luca  
BORRELLI Salvatore  
BOVE Laura  
CECCATTINI Giuliana  
CUCCOVILLO Vincenzo  
DAOU Boubacar  
DI SARNO Paolo  
FERRONE Roberto  
GENOVA Antonio  
GIOIA Antonella  
LILLIU Paola  
MANSOUR Umberto  
NERI Maurizio  
PASIN Liana  
SPADAFORA Francesco  
TARABELLONI Maria Serena  
TOSELLI Simona  
ZOPPI Paolo



CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

SCHIAVON Mario  
LADU Pierluigi  
BERTOGLIO Giovanna  
DELPERO Alessandro  
VALERIO Giovanni

Il giorno 8 aprile 2011, il Consiglio di Amministrazione di ENPAPI, riunitosi per l'elezione del Presidente e del Vice Presidente, ha nominato:

PRESIDENTE

SCHIAVON Mario

VICE PRESIDENTE

LADU PIERLUIGI

Nella stessa giornata, il Consiglio di Indirizzo Generale ha eletto, quale Coordinatore, il Consigliere

COORDINATORE

BALDINI Luigi

Il Collegio dei Sindaci, nominato dal Consiglio di Indirizzo Generale nel corso della stessa riunione, a norma degli art. 8 e 12 dello Statuto dell'Ente, è così composto:

COLLEGIO DEI SINDACI

FALCO Alessandro  
MIGNACCA Carmela  
FERRARO Maria Teresa  
CECCOTTI Sergio  
FORT Marisa

Mario Schiavon



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

***Benemeranza per un'infermiera missionaria della nostra provincia***

L'infermiera Maria Molteni (75 anni) è stata insignita di una benemeranza da parte della comunità di Capiago Intimiano nella nostra provincia.

Durante il concerto per la Festa della Repubblica che il Corpo musicale "Alessandro Volta" ha tenuto nella sala consiliare lo scorso 2 giugno, l'infermiera Maria - missionaria prima in Togo e poi in Camerun- ha ricevuto il pubblico riconoscimento direttamente dalle manie dell'assessore Maspero, che così ha ricordato la motivazione della benemeranza: "per la sua consapevolezza che una persona dà tutto senza limiti di orizzonti".



## LE CROCEROSSINE SONO INFERMIERE a tutti gli effetti?

Sulla Gazzetta Ufficiale del 13 gennaio 2011 – Serie Generale n. 9 – è stato pubblicato il Decreto 9/11/2010 del Ministro della salute di concerto con il Ministro della Difesa relativo alla “Disciplina del corso di studio delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana”.

Numerosi colleghi hanno segnalato diversi elementi di criticità relativamente al campo proprio di attività dell’Infermiere.

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale, già a partire dal 15 gennaio ha attivato immediati contatti con il Ministero della Salute anche per manifestare le proprie rimostranze e ha quindi costituito un pool di avvocati al fine di determinare le azioni legali da intraprendere.

Di conseguenza ha deciso di presentare ricorso innanzi al TAR Lazio avverso il Decreto 09/11/2010 citato, con richiesta di sospensiva.

Il Tar ha rigettato la richiesta di sospensione con ordinanza in data 11 maggio 2011, con una motivazione che precisa i compiti delle Infermiere volontarie della C.R.I., **che risponde alle attese della Federazione e a quanto dalla stessa sostenuto nel proprio ricorso.**

Il Tar ha, difatti, ravvisato che:

*“l’art. 3, comma 10, L. 3 agosto 2009 n. 108 prevede la possibilità, per i volontari della Croce Rossa che hanno il diploma di infermiere volontario, di prestare servizio di emergenza e assistenza sanitaria con le funzioni proprie della professione infermieristica in un contesto emergenziale; Considerato pertanto che lo studio oggetto del corso mira a preparare dette infermiere della*



*Croce Rossa a fronteggiare anche le situazioni di emergenza, senza per nulla modificare, nelle situazioni ordinarie, il rapporto che intercorre con il personale infermieristico”.*

In altre, parole secondo il TAR Lazio, l’avversato decreto ministeriale non ha il potere di innovare le funzioni delle Infermiere volontarie C.R.I. che sono e restano esperibili solo in casi emergenziali e non “in situazioni ordinarie”.

È, pertanto, da escludere ogni rischio che, a seguito del decreto ministeriale del 9 novembre 2010, i compiti delle Infermiere volontarie vengano a sovrapporsi, in diritto, a quelle degli infermieri professionisti nell’attività ordinaria.

In questa prospettiva, la Federazione preso atto della pronuncia, non presenterà appello al Consiglio di Stato.

Al contempo, come per ogni decisione dell’Autorità giudiziaria, si ribadisce la necessità che i Collegi IPASVI vigilino con attenzione e segnalino a questa Federazione condotte e prassi che disattendano, in fatto, l’ordinanza del Tar Lazio 11 maggio 2011 al fine di valutare le azioni necessarie al ripristino della legalità.



## S.I.T.R.A. ALLA RESA DEI CONTI

14

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA, ad unanimità, lo scorso 17 maggio ha approvato la Mozione n. 142 presentata da alcuni consiglieri di maggioranza (CONSIGLIERI PURICELLI, GALLI, AZZI, PERONI, PAROLINI, RIPARBELLI, MINETTI, RINALDIN) e sostenuta in particolare dall'AIFI (associazione dei Fisioterapisti) che impegna la Giunta regionale a prevedere, nelle linee guida per la redazione dei piani di organizzazione aziendale delle Aziende Sanitarie della Lombardia, senza oneri aggiuntivi, l'istituzione, di quelle Unità Operative delle Professioni Sanitarie, che essi ritenessero concordemente utili per le specifiche Aziende, con conseguente assegnazione della dirigenza per specifica area (requisito di accesso laurea specialistica o magistrale nell'area specifica) per quelle aree individuate fra le seguenti:

- Unità Operativa Professionale Infermieristica e Ostetrica;
- Unità Operativa Professionale della Riabilitazione;
- Unità Operativa Professionale Tecnico-Sanitaria;
- Unità Operativa Professionale della Prevenzione;

a cui attribuire la diretta responsabilità e gestione delle attività e delle funzioni connesse per ciascuna area di cui agli artt. 1, 2, 3 e 4 della legge 251/2000 e al CCNL della dirigenza sanitaria non medica STPA;

Le UU.OO. Professionali in diretta relazione con la Direzione Sanitaria partecipano alla realizzazione degli obiettivi aziendali nel rispetto delle funzioni previste dalle norme istitutive dei relativi profili professionali attraverso il conferimento di incarico dirigenziale per ciascuna Unità Operativa, diri-



**Il Coordinamento dei Collegi IPASVI della Regione ha già incontrato in via preliminare i rappresentanti dell'AIFI (associazione Italiana fisioterapisti) e della Consulta delle professioni che più di tutti hanno sollecitato il provvedimento in questione.**

**L'intenzione è quella di sviluppare sinergie per mantenere alta l'attenzione individuando proposte concrete che evitino che il documento approvato resti tra i buoni propositi. Per questo motivo l'intenzione è quella di coinvolgere attivamente i dirigenti SITRA.**



genza per specifica area;

Si prevede, inoltre, l'istituzione, in relazione a particolari complessità delle Aziende Sanitarie, delle seguenti strutture complesse:

- Direzione di Area infermieristica e Ostetrica;
- Direzione di Area delle Professioni Riabilitative;
- Direzione di Area Tecnico Sanitaria;
- Direzione di Area della Prevenzione;

i Direttori assicurano il sistema di governo clinico assistenziale, riabilitativo, tecnico-sanitario e della prevenzione con funzioni organizzative e gestionali. Il conferimento dell'incarico avviene nel rispetto della normativa vigente e degli accessi previsti dalla legge 251/2000.

Questa indicazione significativamente votata ad unanimità dall'intero Consiglio Regionale consente una maggiore valorizzazione di tutte le aree professionali in coerenza con quanto definito dalla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Tecniche, della Riabilitazione, della Prevenzione nonché della Professione Ostetrica).

Attualmente nelle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia è istituito il Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Aziendale che prevede la Dirigenza delle Professioni Sanitarie Infermieristiche,

Tecniche, della Riabilitazione, della Prevenzione e della Professione Ostetrica con qualifica unica di dirigente aziendale delle professioni dell'area infermieristica, tecnica, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica.

Questa nuova impostazione, che di fatto supera l'attuale SITRA (verso il dipartimento delle professioni sanitarie?), rappresenta una possibilità prevista dalla Legge 251 e costituisce una reale opportunità di crescita per tutte le 22 professioni coinvolte in questo processo, ottimizzando i percorsi formativi specialistici avviati da alcuni anni.

Si apre dunque una fase nuova per tutte le professioni – ancora in attesa della trasformazione/constituzione degli Ordini professionali di categoria – e per le organizzazioni aziendali. Alle professioni viene chiesto un maggiore coinvolgimento e l'assunzione di ulteriori responsabilità mentre dal punto di vista delle organizzazioni si apre un nuovo ciclo che non può non tener conto di quanto già di positivo esiste. La vera partita si gioca a livello delle singole Aziende cui spetta il compito di reperire le risorse (senza incrementare i costi) e di definire il modello organizzativo che può consentire l'effettiva realizzazione di quanto definito. Da questo punto di vista il discorso aperto è solo all'inizio ...

# 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:** Campanile di Ossuccio, Como  
Trimestrale Informativo del Collegio IPASVI di Como -  
Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como con  
decreto 1/98 del 09/02/1998

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

Numero chiuso il 28 giugno 2011

## INFORMAZIONI SULLE NORME EDITORIALI

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

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

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

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

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

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



# PART-TIME, COSA NE PENSANO GLI INFERMIERI

16

In base a quanto previsto dall'art. 16 della legge n. 183/2010, il cui termine è scaduto lo scorso 24 maggio, diverse aziende sanitarie pubbliche e private hanno provveduto a "rivisitare" i part-time presenti nelle rispettive organizzazioni.

Abbiamo chiesto ad alcuni infermieri cosa si aspettano da queste modifiche. Ecco alcune delle risposte che abbiamo ottenuto.

L.B. (tempo pieno), 44 anni

*"spero consenta una maggior efficienza, senza vincoli di orario, per una migliore organizzazione operativa."*

R.M. (part-time), 46 anni

*"la proposta che mi è stata fatta è stata una doccia fredda. Non tanto per l'aumento delle ore settimanali, quanto per le fasce orarie richieste. Ho tre figli, di cui uno di 3 anni. Sono in serie difficoltà per la gestione familiare"*

L.P. (part-time), 39 anni

*"Spero che la revisione sia reale e che consenta a chi ha reali necessità di accedere al part time con facilitazioni di orario (turno diurno) per chi ha problemi di gestione familiare."*

K.C. (tempo pieno), 43 anni

*"Spero sia valutata ogni singola situazione e concesso a chi ne ha realmente bisogno. Anche le fasce orarie devono essere congrue alle necessità della persona"*

C.B. (tempo pieno), 35 anni

*"Mi sento sempre in colpa ogni volta che devo chiedere un cambio turno ai colleghi quando ne*

*ho bisogno per gestire i miei figli. Vorrei tanto che venissero prese in considerazione le difficoltà di chi non ha aiuti per i bambini piccoli"*

B.L. (part-time), 45 anni

*"Fortunatamente mi è stato concesso il part time perchè ho figli piccoli e genitori con problemi di salute. Il lavoro è importante ma lo è altrettanto a famiglia!"*

## QUADRO NORMATIVO SINTETICO

La normativa relativa alla stipula di contratti a tempo parziale nel pubblico impiego è particolarmente articolata e complessa. Spesso tali norme sono contenute in procedimenti di diversa natura e non sono di semplice sintesi. Allo stesso modo le interpretazioni non sempre sono così agevoli, e a volte sono il frutto di controversie legali. Riportiamo alcuni stralci di norme utili a comprendere ciò che sta accadendo.

**Legge 183/2010, Art. 16.**

*(Disposizioni in materia di rapporto di lavoro a tempo parziale)*

**LA SENTENZA di TRENTO**  
Particolarmente significativa è la recente sentenza del Tribunale di Trento, cui si è rivolta una dipendente del ministero della giustizia, la quale si è vista modificare dal dirigente amministrativo il proprio rapporto di lavoro part time (che da anni utilizzava) in un tempo pieno contrariamente alla propria volontà.

Si è quindi rivolta al Giudice del Lavoro del Tribunale Ordinario di Trento che le ha dato ragione concedendo il 30 marzo la sospensione dei provvedimenti del ministero e del dirigente ed, in seguito, accogliendo a pieno il ricorso.

Tra le motivazioni del Giudice viene, infatti, rilevato che "il citato art. 16 della legge 4.11.2010, n. 183, confliggendo con la direttiva 15.12.1997, n. 97, n. 97/81/CE, debba essere disapplicato".

Inoltre, il Giudice ritiene che "la norma nazionale confligga anche con l'articolo 15 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea che sancisce la volontarietà di ogni prestazione lavorativa".

1. In sede di prima applicazione delle disposizioni introdotte dall'articolo 73 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, entro centottanta giorni



dalla data di entrata in vigore della presente legge, nel rispetto dei principi di correttezza e buona fede, possono sottoporre a nuova valutazione i provvedimenti di concessione della trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale già adottati prima della data di entrata in vigore del citato decreto-legge n. 112 del 2008, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 133 del 2008.

**Decreto Legislativo 25 febbraio 2000, n. 61 "Attuazione della direttiva 97/81/CE relativa all'accordo-quadro sul lavoro a tempo parziale concluso dall'UNICE, dal CEEP e dalla CES", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 66 del 20 marzo 2000.**

Lo scopo del decreto aveva due obiettivi specifici nell'accordo europeo:

- a) assicurare la soppressione delle discriminazioni nei confronti dei lavoratori a tempo parziale e di migliorare la qualità del lavoro a tempo parziale;
- b) facilitare lo sviluppo del lavoro a tempo parziale su base volontaria e di contribuire all'organizzazione flessibile dell'orario di lavoro in modo da tener conto dei bisogni degli imprenditori e dei lavoratori.

**Legge n. 662 del 23 dicembre 1996, Articolo 1, commi 58-59, così come modificati dall'art. 73 della legge n. 133/2008**

58. La trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale può essere concessa dall'amministrazione entro sessanta giorni dalla domanda, nella quale è indicata l'eventuale attività di lavoro subordinato o autonomo che il dipendente intende svolgere. L'amministrazione, entro il predetto termine, nega la trasformazione del rapporto nel caso in cui l'attività lavorativa di lavoro autonomo o subordinato comporti un conflitto di interessi con la specifica attività di servizio svolta dal dipendente ovvero, nel caso in cui la trasformazione comporti, in relazione alle mansioni e alla posizione organizzativa ricoperta dal dipendente, pregiudizio alla funzionalità dell'amministrazione stessa. La trasformazione non può essere comunque concessa qualora l'attività lavorativa di lavoro subordinato debba intercorrere

con un'amministrazione pubblica. Il dipendente è tenuto, inoltre, a comunicare, entro quindici giorni, all'amministrazione nella quale presta servizio, l'eventuale successivo inizio o la variazione dell'attività lavorativa. Fatte salve le esclusioni di cui al comma 57, per il restante personale che esercita competenze istituzionali in materia di giustizia, di difesa e di sicurezza dello Stato, di ordine e di sicurezza pubblica, con esclusione del personale di polizia municipale e provinciale, le modalità di costituzione dei rapporti di lavoro a tempo parziale ed i contingenti massimi del personale che può accedervi sono stabiliti con decreto del Ministro competente, di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione e con il Ministro dell'economia e delle finanze.

59. I risparmi di spesa derivanti dalla trasformazione dei rapporti di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni da tempo pieno a tempo parziale costituiscono per il 30 per cento economie di bilancio. Un quota pari al 70 per cento dei predetti risparmi è destinata, secondo le modalità ed i criteri stabiliti dalla contrattazione integrativa, ad incentivare la mobilità del personale esclusivamente per le amministrazioni che dimostrino di aver provveduto ad attivare piani di mobilità e di riallocazione mediante trasferimento di personale da una sede all'altra dell'amministrazione stessa. I risparmi eventualmente non utilizzati per le predette finalità costituiscono ulteriori economie di bilancio.

**Decreto Legge n. 79/1997, convertito in Legge n. 140/1997**

"I dipendenti che trasformano il rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale hanno diritto di ottenere il ritorno al tempo pieno alla scadenza di un biennio dalla trasformazione, nonché alle successive scadenze previste dai contratti collettivi. La trasformazione del rapporto a tempo pieno avviene anche in sovrannumero, riassorbibile con le successive vacanze".

**Legge n. 724/1994, art. 22**

"I contingenti di personale da destinare a tempo parziale previsti dall'art. 2, comma 1, del D.P.C.M. 17 marzo 1989, n. 117, non possono superare il limite percentuale del 25 per cento".



# DATA STORICA PER I COLLEGI: ARRIVANO I COORDINAMENTI REGIONALI

18

In attesa della trasformazione dei Collegi in Ordini, lo scorso 19 febbraio il Consiglio Nazionale ha approvato il Regolamento del Coordinamento regionale dei Collegi Ipasvi che consente di dare medesima fisionomia e omogeneità di funzionamento ai gruppi regionali che vorranno costituirsi.

Il regolamento non può modificare quanto previsto dalle norme istitutive dei Collegi (risalenti al 1946 e al 1951) che non prevedevano alcun livello Regionale ma valorizza, in piena coerenza con gli sviluppi Federali del nostro paese, le sempre più necessarie e frequenti collaborazioni tra i Collegi di una stessa regione. Va dato atto al Comitato Centrale della Federazione dell'impegno profuso per il raggiungimento dell'obiettivo e anche dallo stimolo alla costituzione dei Coordinamenti Regionali attraverso dei contributi economici ad hoc (5.000 euro una tantum al momento della costituzione + ulteriori fondi sulla base di progetti specifici) che vanno ad integrare le quote per singolo collegio che verranno decise dai rispettivi gruppi di Collegi. I Collegi Lombardi tra i primi a recepire il regolamento e a costituire il coordinamento vantano già una storia (non sempre lineare e pacifica, ma spesso produttiva) di collaborazione tra i diversi Collegi provinciali.

## GIÀ COSTITUITO IL COORDINAMENTO DEI COLLEGI IPASVI DELLA LOMBARDIA

In ottemperanza al Regolamento sui coordinamenti regionali deliberato dalla Federazione Nazionale nella seduta del Consiglio Nazionale del 19 febbraio 2011 in data 12 aprile 2011 i Collegi provinciali IPASVI della Regione Lombardia hanno deliberato l'acquisizione del suddetto regolamento ed hanno provveduto alla nomina delle cariche di rappresentanza così definite:

**PRESIDENTE BEATRICE MAZZOLENI COLLEGIO IPASVI BERGAMO**  
**VICEPRESIDENTE ANDREA GUANDALINI COLLEGIO IPASVI MANTOVA**  
**SEGRETARIO AURELIO FILIPPINI COLLEGIO IPASVI VARESE**  
**TESORIERE ENRICO MARSELLA COLLEGIO IPASVI CREMONA**

## LE FUNZIONI DEL COORDINAMENTO SECONDO IL REGOLAMENTO APPROVATO

### Art.3

1. Il Coordinamento Regionale procura e mantiene, per quanto di competenza, i contatti con gli Enti, Le Aziende, gli Organismi, le Società, le Associazioni e le Rappresentanze che intervengono o sono operativi nella regione di riferimento con esclusione di quanto disposto nelle lettere a), f), g) dell'art.3 del DLCP5 13 settembre 1946 n. 233;
2. Il Coordinamento Regionale, fatte salve le competenze dei singoli Collegi Ipasvi:
  - a) Predisporre documenti di proposta;
  - b) Collabora e interviene per quanto di competenza nella predisposizione del Piano Socio Sanitario Regionale;
  - c) Partecipa all'istituzione dell'Osservatorio delle Professioni Sanitarie e nomina i propri componenti all'interno dell'Osservatorio stesso;
  - d) Partecipa alla stesura di atti inerenti le linee di indirizzo per i bandi di concessione dell'assistenza socio sanitaria;
  - e) Nomina i componenti all'interno del Consiglio Sanitario Regionale, della Commissione regionale formazione, del C.U.P. regionale;
  - f) Sostiene, su richiesta, i Presidenti nei rapporti con le Aziende sanitarie e gli altri enti provinciali e nelle eventuali azioni di tutela della professione;
  - g) Elabora e propone i provvedimenti di competenza per concorrere alle attività della Regione ai sensi della lettera e) art.3 e della lettera e) art. 15 del DLCP5 13 settembre 1946 n. 233;
  - h) Designa i propri rappresentanti nelle Commissioni istituite dalla Regione (rischio clinico, formazione, bioetica, qualità, pari opportunità, governo clinico e altre), Enti e altre organizzazioni di carattere regionale;
  - i) Partecipa alla definizione del fabbisogno formativo per quanto attiene il corso di laurea in infermieristica e in scienze infermieristiche e i corsi per Operatore socio sanitario;
  - j) Partecipa alla definizione del Protocollo d'intesa fra Regione e Università per la formazione infermieristica di base e post base;
  - k) Partecipa nella commissione regionale alla definizione del governo clinico e le tematiche inerenti allo stesso.



## Nuova sede del Collegio

Dallo scorso 27 aprile 2011 l'ufficio del Collegio IPASVI si è trasferito nella nuova sede, sempre presso il Centro Pastorale di Via Cesare Battisti, in un'altra ala rispetto alla vecchia locazione. Ristrutturati di recente, i nuovi locali sono situati al primo piano, salendo la stessa scalinata, proseguendo a sinistra (sono stati applicati cartelli indicativi). Restano invariati gli orari di apertura al pubblico

Da lunedì a venerdì 8.30/12.00 - 14.00/16.30  
Per consentire l'ultimazione delle operazioni di trasferimento, la sede è rimasta chiusa in occasione delle vacanze pasquali.

La nuova sede riunisce tre locali per le funzioni amministrative del Collegio:

- un ingresso con front office per le informazioni



agli iscritti, una piccola area attesa, e le nostre operose segretarie Daniela Sereni e Daniela Zanini;

- una sala per gli incontri con i consulenti del Lavoro e Legale, per i Consigli Direttivi, per gli incontri delle varie Commissioni, i colloqui con il Presidente o con i consiglieri, la Biblioteca, con postazione internet a disposizione degli iscritti;
- la zona archivio con tutto il materiale cartaceo da conservare.

All'esterno un piccolo atrio con altra zona attesa e la bacheca per le informazioni agli iscritti.

Mancano gli ultimi ritocchi: le tende, qualche fiore, immagini alle pareti.

Buon lavoro!



# SPECIALE PREMIAZIONE DELLA FEDELTÀ ALLA PROFESSIONE

**GIORNATA  
INTERNAZIONALE  
DEL'INFERMIERE  
2011**



Il 13 MAGGIO 2011, presso la sede del Collegio IPASVI di COMO si è tenuto il festeggiamento della Giornata Internazionale dell'Infermiere in occasione della quale sono stati premiati 10 colleghi con l'iscrizione al Collegio da 48 a 41 anni e 5 colleghi che hanno conseguito un master clinico per l'anno accademico 2009/2010.



La riunione conviviale svoltasi in un contesto di notevole qualità con accurata organizzazione, si è tenuta dopo l'evento formativo.

## **LA COMUNICAZIONE QUALE STRUMENTO DI INTERAZIONE TRA OPERATORE SANITARIO AZIENDA UTENTE**



Con la collaborazione degli studenti del master in coordinamento, e ha registrato la quasi totale partecipazione degli invitati. La serata è stata un'occasione per un incontro informale tra i colleghi che ci ha consentito di festeggiare e premiare alcuni di loro per la lunga carriera professionale di infermiere, altri per il loro impegno nel rinnovarsi attraverso la formazione.

Il Presidente del Collegio IPASVI di Como, Dott. Stefano Citterio, ha premiato le colleghe iscritte da quarant'anni e oltre.



Maria Carla Luppi iscritta dal 1966 riceve la menzione

*Con sincera commovente ringrazio  
vivamente lei e, per suo tramite, il  
Consiglio per aver voluto ricordare  
percorsi professionali passati sì, ma  
ricchi di entusiasmi mai sopiti.  
Con affetto, auguro proficuo lavoro -  
Maria Carla Luppi*

13 maggio 2011



Suor Emanuela Bianchini riceve la menzione per Suor Egidia Gusmeroli, iscritta dal 1963



Suor Mariangela Cappelli riceve la menzione per Suor Ercolina Riva iscritta dal 1966



Salvano Rosanna Scaravelli iscritta dal 1966 riceve la menzione



Ferrari Natalina iscritta dal 1968 riceve la menzione

Le colleghe che, pur essendo state invitate, non hanno però potuto partecipare, riceveranno a casa la pergamena con la menzione speciale:  
Giuliani Maria Lischio iscritta dal 1967 - Gerletti Romana iscritta dal 1969  
Redaelli Giovanna iscritta dal 1969 - Bassotti Alice Grassi iscritta dal 1970

Il Presidente del Collegio IPASVI di Como, Dott. Stefano Citterio, ha premiato le colleghe che hanno conseguito un master clinico nell'anno accademico 2009/2010



Angela Gangemi riceve la menzione per Suor Pierfausta Comini, iscritta dal 1970



Clara Beccalli, iscritta da 1994, riceve la borsa di studio per il master clinico in strumentista di sala operatoria



Elisabetta Cemmi, iscritta dal 1995, riceve la borsa di studio per il master clinico in area critica



Roberta Toppi, iscritta dal 1995, riceve la borsa di studio per il master clinico in scienze infermieristiche in terapia intensiva



Ester Mauri, iscritta dal 1995, riceve la borsa di studio per il master clinico in scienze infermieristiche in terapia intensiva

La collega Federica Nicolini, iscritta dal 1996, assente, riceverà la borsa di studio per il master clinico in scienze infermieristiche in terapia intensiva.



## Dalla parte del bambino

### *Alimentare un neonato critico: aspetti infermieristici*

23

*Infermiere Giovanna Colombo, Elisa Bossi, Silvia Bressan, Maria Ruggeri  
Azienda Ospedaliera S. Anna Como  
U.O. Terapia Intensiva Neonatale Direttore Dottor Mario Barbarini  
Coordinatore Infermieristico A. Maria Alessi*

Il bisogno di alimentazione di un neonato in condizioni critiche richiede ad un infermiere della terapia intensiva neonatale (TIN) conoscenze e competenze strettamente legate all'assunzione di responsabilità definite dai riferimenti normativi, etici e deontologici (Ministero della Sanità, 1999; Ministero della Sanità, 1994; Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 2009). L'alimentazione di un neonato in condizioni critiche è un atto sanitario e come tale vede la compartecipazione e condivisione di responsabilità di tutte le figure professionali che ne prendono parte. L'infermiere, in particolare, risponde della somministrazione e delle decisioni prese relativamente a questo aspetto dell'atto stesso. Vista la vastità dell'argomento prenderemo in considerazione solo alcuni aspetti. Al fine di poter fornire una visione dell'argomento basata sugli studi più recenti e sulle ultime "scoperte" è stata affrontata una ricerca in Internet attraverso l'utilizzo di banche dati ad interesse scientifico ed infermieristico dove sono stati reperiti articoli attinenti all'argomento in questione. L'intero lavoro prende quale modello concettuale teorico di riferimento per la professione infermieristica il Modello delle Prestazioni Infermieristiche di Marisa Cantarelli (2003).

#### **SVILUPPO INTESTINO E MINIMAL ENTERAL FEEDING**

L'intestino di un feto si forma e termina la sua rotazione nella cavità addominale a 10 settimane di gestazione, mentre a 16 settimane il feto inizia a deglutire il liquido amniotico. La motricità intestinale è presente a 24 settimane ma la peristalsi organizzata non si stabilizza fino a 29-30 settimane. La



capacità di coordinare suzione, respirazione e deglutizione si sviluppa a 32-34 settimane (UCSF Benioff Children's Hospital, 2004). Uno studio dimostra la diversità di risposta della motricità duodenale nel neonato a termine rispetto che nel pretermine (Al Tawil e Berseth, 1996). In particolare però i neonati prematuri che hanno esperienze di nutrizione precoce hanno risposte di motricità intestinale più mature. In un altro articolo (Jadcherla e Kliegman, 2002) è sottolineato che molti neonati prematuri hanno uno scarso coordinamento e un'eccessiva inattività della motricità gastroduodenale; inoltre è descritta una probabile, ma non provata, lenta o ritardata motilità anche del colon. Un articolo pubblicato su *Acta Paediatrica* (Terrine et al., 2009) ribadisce che il *minimal enteral feeding* (MEF) nei neonati di peso estremamente basso, che hanno intolleranza all'alimentazione, riduce i tempi per arrivare ad una completa alimentazione enterale, riduce i rischi di sepsi, non aumenta i rischi di *necrotizing enterocolitis* (NEC) e morte. Inoltre afferma che la dieta è importante ai fini dello sviluppo dell'intestino e della difesa sistemica. I benefici di



una precoce alimentazione descritti in un articolo (Premji, 2005) sono riconducibili alla riduzione degli effetti negativi del digiuno sullo sviluppo della mucosa intestinale, ad un ridotto rischio di infezioni nosocomiali. Anche l'*American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN) nelle raccomandazioni sottolinea il beneficio del *minimal enteral feeding* (ASPEN, 2009). Di contro, i **rischi** connessi all'**inizio** e alla **progressione** dell'alimentazione possono essere correlati alla presenza di cateteri ombelicali (non ci sono sufficienti studi per affermare che l'abbinamento possa creare complicanze) (Tiffany et al., 2003), al trattamento in atto con indometacina, con conseguente probabilità di NEC. Proseguendo con i rischi correlati all'**utilizzo dei presidi** si annoverano: sondini contenenti ftalato con effetti tossici multiorgano, linee di infusione per l'alimentazione naso-gastrica continua e conseguente somministrazione di latte per via sistemica e, per finire, con lo scorretto utilizzo di presidi per la somministrazione del latte con conseguente perdita del valore energetico del latte umano. Continuando, esistono rischi legati al **posizionamento del sondino**, alcuni dovuti alla scelta del calibro (come l'irritazione di naso e gola, lesioni da pressione, reflusso gastroesofageo, crisi di apnea e bradicardia) e il malposizionamento con possibile perforazione esofagea o erroneo posizionamento nella tromba di Eustachio. Il posizionamento per via naso-gastrica comprende rischi legati a difficoltà respiratorie e apnee, mentre per via orogastrica alla compressione del palato e all'infiammazione delle ghiandole salivari (scialoadenite). Inoltre sono stati identificati rischi legati all'inizio dell'alimentazione rispetto alla via di somministrazione: quella transpilorica (intraduodenale e nasodigiunale), più associata a morte e a disturbi gastrointestinali quali distensione addominale, sanguinamento gastrico, vomito biliare e *NEC*; al metodo: bolo con rischio di intolleranza dell'alimentazione per il ritardato svuotamento intestinale e difficoltà nel mantenimento dell'omeostasi metabolica, *versus* continua con alterato pattern di rilascio degli ormoni intestinali e reflusso gastroesofageo. Nella *review* sistematica della Cochrane del 2002 (Premji, 2002), relativa alla modalità di somministrazione, sono descritti i vantaggi per entrambe le modalità e la pratica sembra dimostrare una caratteristica individuale tra neonato e neonato. Un'ulteriore criticità è da individuare nell'**ambiente** ed è legato al rischio di contaminazione che può provocare infezioni ospedaliere e *NEC*. L'ultimo dei fattori di rischio è di natura **tecnica** ed è da correlare all' utilizzo della ventilazione

con *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) che può determinare distensione addominale. Il latte materno risulta essere l'alimento più indicato anche in termini di riduzione dei rischi di *NEC* (Yeo, 2005; Schurr e Perkins 2008) e l'alimentazione continua rispetto a quella in bolo è migliore dal punto di vista fisico ma non riduce l'incidenza di *NEC*. L'importanza dell'utilizzo del latte materno sia della propria madre che di banca, pastorizzato è raccomandato in quanto preventivo di *NEC* e sepsi. Il ruolo dell'infermiere nel soddisfacimento del bisogno di alimentazione del neonato critico risulta fondamentale sia per l'educazione alle mamme sia per l'adesione a linee guida standardizzate, che hanno dimostrato essere le uniche pratiche per ridurre l'incidenza di questa patologia (Schurr e Perkins, 2008) In relazione alla modalità di alimentazione sembra essere consigliato nei primi giorni la modalità in bolo perché migliora la tolleranza, ma in casi particolari di compromissione cardiocircolatoria o patologie intestinali, è da preferire la somministrazione in continuo (Dolberg et al., 2000).

## RUOLO INFERMIERISTICO

### 1. VIA NASOGASTRICA VERSUS OROGASTRICA

Le due vie di somministrazione dell'alimentazione in neonati, sia pretermine che a termine, sono spesso fonte di dubbi e indecisioni in relazione ai benefici (stabilità neurovegetativa e comportamentale) ed ai fattori di rischio. In riferimento a quanto riportato nella bibliografia consultata si evince quanto segue. In un manuale redatto da infermieri (UCSF Benioff Children's Hospital, 2004) la via che risulta più utilizzata è quella orogastrica perché i neonati utilizzano prevalentemente il naso per respirare e sarebbe meglio non occludere le narici. Inoltre un prolungato mantenimento in sede del sondino nasogastrico potrebbe provocare infiammazione al naso e conseguente ostruzione. È sconsigliato posizionare il sondino duodenale e digiunale perché non viene stimolata la lipasi linguale (enzimi idrosolubili che catalizzano la digestione di lipidi alimentari) e non consentono la valutazione del rista-gno. Sarebbe opportuno utilizzare sondini più piccoli per non provocare le problematiche precedentemente descritte (Premji, 2005).

Rimane comunque una questione aperta. Anche la consultazione del testo *Developmental care of newborns and infants* ha evidenziato conclusioni che seguono:

- entrambe i metodi riducono lo spreco di energia del neonato



- vi è ancora grosso dibattito nella letteratura
- non ci sono differenze nell'aumento di peso, nel rischio di apnea o bradicardia
- il SNG è meno efficace in quanto riduce lo spazio nelle vie aeree, inibisce sfintere esofageo aumenta rischio di reflusso
- il posizionamento di entrambi può avere effetti negativi sul sistema respiratorio e sull'alimentazione se permanente
- il sondino a permanenza è più economico
- il posizionamento crea comunque stress, ma può essere facilitato dalla suzione durante la manovra (McGrath, 2004).

Una *review* della Cochrane (Hawes et al., 2004), contenente due studi randomizzati, ha evidenziato che non ci sono sufficienti dati a supporto dell'una o dell'altra scelta. Afferma che rispetto al posizionamento nel naso può provocare ostruzione e incrementare lo sforzo respiratorio, che il diametro del sondino determina il grado di ostruzione delle vie aeree. Inoltre, la resistenza delle vie aeree può variare da neonato a neonato, in relazione alla dimensione e alla struttura del naso, può inoltre essere influenzata dal posizionamento del tubo endotracheale. Di contro il posizionamento orale può essere più associato a malposizionamento (Davanzo, 2008) o dislocazione. Conclude affermando la necessità ad ulteriori studi.

## 2. VALUTAZIONE DEL RISTAGNO GASTRICO

La presenza di ristagno gastrico è una problematica comune nei neonati extremely low birth weight (ELBW) importante ai fini della progressione o sospensione dell'alimentazione sia in termini qualitativi che quantitativi. La presenza di ristagno è compatibile con l'immatùrità della motilità gastro-intestinale (Dolberg et al., 2000).

La rilevazione del ristagno gastrico è da porre in relazione alla postura del neonato e la quantità di residuo gastrico un'ora dopo il pasto sembra essere decrescente nel seguente ordine postura sul fianco sinistro, supina, prona e sul fianco destro (Cohen et al., 2004). Le raccomandazioni dell'ASPEN 2009 nei pazienti in fase acuta che ricevono un'alimentazione continua, la valutazione del ristagno gastrico ogni 4 ore durante le prime 48 ore se il volume è maggiore o uguale alla quantità oraria. Se il latte viene somministrato in bolo, il ristagno gastrico può essere controllato prima della somministrazione successiva se il volume residuo è superiore alla metà del volume precedente. Il ristagno gastrico sia in termini di volume che di colorito non è l'unico criterio per valutare l'inizio e l'avanzamen-

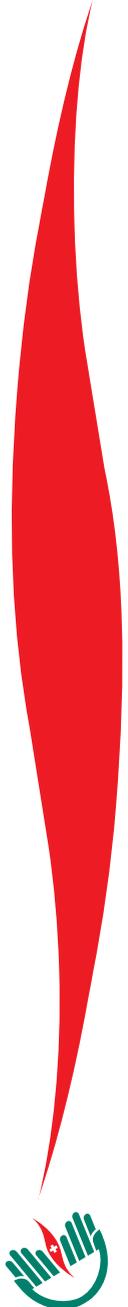
to dell'alimentazione, ma è da associare alla valutazione della distensione addominale, agli episodi vomito, al numero di scariche e all'eventuale presenza di sangue, all'acidosi metabolica, all'instabilità termica, all'iperglicemia, agli episodi di apnea. In particolare

- se ristagno non biliare e di quantità inferiore al volume di un pasto, controllare il neonato e proseguire l'alimentazione. Se la quantità è superiore al volume di un pasto, ed è in aumento, è consigliato ridurre il pasto e osservare strettamente.
- se ristagno biliare, mantenere l'alimentazione osservando strettamente il neonato e valutando la necessità di procedure diagnostiche.
- se distensione addominale, e sangue nelle feci (segni di gravità), è indicato interrompere l'alimentazione ed eseguire procedure diagnostiche (UCSF Benioff Children's Hospital, 2004) se acidosi metabolica, mantenere alimentazione e valutare attentamente presenza di NEC e sepsi
- se instabilità termica, apnea, iperglicemia, mantenere alimentazione e valutare attentamente.

Il colore del ristagno nei primi giorni di vita non è risultato essere predittivo dell'intolleranza alimentare (Jadcherla e Kliegman, 2002), tuttavia a 14 giorni è risultato essere correlata con una maggior percentuale di assenza di ristagno. Il ristagno gastrico va sempre valutato in associazione a segni quali distensione addominale o trattabilità, vomito, presenza di sangue nelle feci, apnee o bradicardia. In un altro articolo (Mihatsch et al., 2002) è descritta l'importanza della valutazione del ristagno gastrico indicandone i margini di tollerabilità entro il 25% del quantitativo somministrato al pasto precedente. Per questo motivo la misurazione dovrebbe essere effettuata con il neonato nella medesima postura. Il ristagno gastrico latteo non è indicato come negativo, il ristagno di colore verde (2-3 ml) non è significativo di un'intolleranza alimentare.

## 3. ALIMENTAZIONE E INFEZIONI

Uno studio condotto relativamente a questa tematica conclude che l'alimentazione precoce riduce il rischio di sviluppare infezioni nosocomiali, ma non varia il rischio di NEC (Fidel-Rimon et al., 2004). I possibili fattori che riducono il rischio di sviluppare infezioni possono essere: prevenzione dell'atrofia intestinale, riduzione dei tempi di infusione con nutrizione parenterale totale (NPT), riduzione di dispositivi intravenosi con riduzione dei tempi di mantenimento, impiego di latte materno e colostro



che sviluppa specifiche funzioni immunitarie. Le infezioni nei neonati < 1500 grammi hanno un'incidenza di sepsi tardive del 16-30%, mentre quelli < 1000 grammi del 50%: tali dati sono descritti in uno studio che dimostra che un'alimentazione iniziata precocemente è associata ad una marcata riduzione delle infezioni tardive e ad una bassa incidenza di NEC, soprattutto se viene somministrato latte materno. Si evidenzia inoltre che le infezioni più comuni sono quelle da stafilococchi e da candida, che il rischio è legato al mantenimento in sede per lunghi periodi di cateteri venosi centrali, che non è chiara la relazione tra tempo di inizio dell'alimentazione e incidenza di sepsi e che, certamente, c'è una riduzione di comparsa di meningiti, e sepsi se si somministra latte materno rispetto al latte di formula come dimostrato anche dal Vermont Oxford Network citato in questo articolo (Ronnestad et al., 2005). Un articolo pubblicato (Hurrell et al., 2009) identifica una fonte di contaminazione batterica, in particolare delle enterobatteriacee, nella preparazione e ricostituzione dei latti di formula in polvere. Si afferma che i sondini per alimentazione enterale nei neonati, a prescindere dal regime alimentare, agiscono come luoghi per l'attacco di batteri e la moltiplicazione di numerosi agenti patogeni opportunisti all'interno relativamente alla famiglia delle enterobatteriacee.

Successivamente, questi organismi entrano nello stomaco attraverso ciascuna somministrazione di latte. Pertanto i sondini sono da considerarsi come fonte di contaminazione relativamente allo sviluppo infezioni neonatali.

#### 4. DOCUMENTAZIONE

L'aspetto della documentazione è di fondamentale un'importanza soprattutto perché garantisce la continuità assistenziale del neonato ma anche perché legato alla responsabilità medico legale. È inoltre uno strumento per affermare la professionalità anche in relazione alle scelte assistenziali e alla pianificazione da attuare. La documentazione comprende qualsiasi aspetto di ciò che si rileva con caratteristiche di oggettività. In particolare sono da documentare la rilevazione dei parametri vitali e le loro variazioni, i segni di intolleranza alimentare comprese quantità e caratteristiche del ristagno, la frequenza di sostituzione e la misura di fissaggio del sondino, la sostituzione dei cerotti di fissaggio, la via di somministrazione dell'alimentazione, i tempi, i segnali di destabilizzazione neurovegetativa e comportamentale, la postura del neonato in relazione alla rilevazione del ristagno gastri-

co. Sono inoltre da documentare eventuali difficoltà nel posizionamento del sondino in quanto predittive di perforazione esofagea iatrogena o di eventi avversi secondari all'inserimento del sondino (Premji, 2005). Proseguendo, l'avvenuta informazione alla mamma rispetto alla mastosuzione e alla consegna dello strumento informativo relativo alla mastosuzione. È un'ulteriore evidenza di qualità dell'assistenza erogata la tracciabilità della preparazione dei latti nonché del controllo della temperatura dei frigoriferi dove viene conservato il latte preparato e dei freezer dove viene congelato il latte materno.

#### 5. POSTURA

La postura supina risulta essere sicuramente la più accessibile per l'esecuzione delle procedure di cura e assistenza in TIN, compresa l'alimentazione. Tuttavia ci sono problematiche ad essa correlate come il reflusso gastroesofageo, che è molto comune nei neonati prematuri in quanto strettamente legato all'imaturità dello sfintere pilorico e alla terapia con caffeina che stimola la produzione di acidi gastrici e facilita la distensione del cardias. Il reflusso gastroesofageo può provocare importanti conseguenze come episodi di apnea, aspirazione di latte nelle vie aeree e patologie polmonari gravi. È risultato da questo studio che l'indice di reflusso è minore in postura prona che nella laterale sinistra, ma entrambe sono minori che nella laterale destra. Gli episodi di reflusso sono minori in postura prona rispetto alla laterale sinistra ma entrambe significativamente migliori rispetto alla laterale destra. Per il numero di episodi della durata di 5 minuti la posizione prona e laterale sinistra sono migliori rispetto alla laterale destra (Ewer et al., 1999). Concludendo in TIN, se il neonato è monitorato, è consigliato alternare postura prona e laterale sinistra e a domicilio assolutamente sconsigliata quella prona, da consigliare quella laterale sinistra (con apposito cuscino). La raccomandazione al mantenimento del piano inclinato a 30-45 è contenuta anche nelle raccomandazioni dell'ASPEN 2009 e in un altro riferimento bibliografico già precedentemente citato (Premji, 2005).

#### 6. STABILIZZAZIONE

La somministrazione del pasto può essere un momento di destabilizzazione vista l'imaturità del sistema neurovegetativo, che è maggiore più è bassa l'età gestazionale o postconcezionale, sia che avvenga tramite il sondino sia con il biberon. Uno studio descrive la risposta in termini di cam-



biamenti emodinamici del circolo cerebrale nei neonati pretermine con l'utilizzo della *Near-infrared spectroscopy* (NIRS) all'introduzione del sondino e durante la somministrazione del pasto per gavage. I risultati mostrano che c'è un aumento del volume ematico cerebrale, ma una ridotta ossigenazione e dell'emoglobina circolante (Baserga et al., 2003) La fase relativa alle prime esperienze di suzione può essere molto problematica e impegnativa soprattutto per il neonato ma anche per gli infermieri che si trovano a dover decidere se e come somministrare il latte (variabilità).

## 7. INFORMAZIONE GENITORI

Le raccomandazioni dell'ASPEN 2009 includono l'incoraggiamento alle mamme per la produzione di latte. Il ruolo dell'infermiere della TIN è fondamentale fin dai primi momenti dopo la nascita: solitamente, la mamma in questa fase si può sentire inutile e inadeguata e il sostegno alla mastosuzione precoce e alla produzione di latte può essere un buon motivo di coinvolgimento nell'assistenza e di sostegno al ruolo genitoriale. Una mamma motivata e supportata a spremersi il latte si sentirà utile al suo piccolo e avere uno strumento cartaceo, che includa anche informazioni pratiche per reperire il tiralatte, può risultare di supporto a quanto specificato da ogni singolo operatore durante il colloquio.

## 8. PREPARAZIONE LATTE

Il corretto lavaggio delle mani è ormai scontato essere un'arma di prevenzione delle infezioni in particolare per ridurre il rischio contaminazione ambientale e la trasmissione da un neonato all'altro (Premji, 2005). In riferimento alle indicazioni fornite dall'associazione delle banche del latte umano del nord America, citate in questo articolo, si da indicazione di ridurre al minimo il contatto con il latte, garantire un attento lavaggio delle mani prima e dopo il contatto con il sondino al momento del raccordo con il set di infusione, allestire il set su di una superficie disinfettata e preparare in modo asettico i latti con aggiunta di integratori. Le indicazioni emanate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalla *Food and Agriculture Organization* (FAO) circa la preparazione dei latti di formula esprimono l'indicazione all'utilizzo dell'acqua a 70° in quanto solo questa temperatura si riduce il rischio di sviluppare infezioni da *Enterobacter Sakazakii* (WHO, 2007). Afferma inoltre che l'acqua in bottiglia non è da considerarsi sterile. Questa raccomandazione è affermata anche in un documento della FDA sempre del

2007. In un articolo del 2002, si poneva però l'accento sul fatto che l'utilizzo dell'acqua bollita sembrava essere controversa e che non c'erano sufficienti evidenze per raccomandarne l'utilizzo (Baker, 2002). Rispetto alla preparazione e somministrazione dei latti ai neonati pretermine, nel 2002 la FDA e i CDC danno indicazioni di limitare l'utilizzo dei latti in polvere e, se necessario, preparare solo una piccola quantità di latte ricostituito per ogni singola poppata, ridurre il tempo in cui il latte è tenuto a temperatura ambiente e in frigorifero prima del consumo. Inoltre da indicazioni di ridurre al minimo la quantità di tempo in cui il latte di formula è a temperatura ambiente nel set di infusione, ovvero non dovrebbe superare le 4 ore. Tempi più lunghi dovrebbero essere evitati a causa del potenziale significativa crescita microbica. Non è consigliato il riscaldamento con il forno a microonde perché potrebbe rimanere freddo il biberon mentre alcune parti di latte surriscaldate potrebbero provocare gravi ustioni al bambino (FDA, 2002; CDC, 2002). Uno studio pubblicato nel 2008 su *Journal of the American Dietetic Association*, riporta i risultati relativi alla contaminazione microbica dei latti di formula in rapporto alla preparazione dei latti (compresi i latti idrolisati) eseguita all'interno della TIN rispetto alla preparazione centralizzata e conclude che la seconda modalità riduce l'incidenza di contaminazione (Steele e Short, 2008). Nel 2008 un articolo pubblicato su *Medico e Bambino* mette in discussione le raccomandazioni dell'OMS-FAO circa l'utilizzo dell'acqua a 70° (Davanzo, 2008).

## 9. GESTIONE DEL SONDINO

Uno studio condotto per l'efficacia del litmus test (cartina tornasole) nei neonati prematuri afferma che può essere un metodo complementare per la verifica del corretto posizionamento del sondino gastrico per vari motivi. Il neonato produce acido gastrico ma il livello si riduce progressivamente durante le prime tre settimane di vita; i livelli di pH sono da porre in relazione alle condizioni cliniche, all'età gestazionale e postnatale, al corretto posizionamento del sondini (Nyquist et al., 2005). In seguito è stato fatto un commento a questo studio in cui si giunge a concludere che questo test non è sufficiente per determinare il corretto posizionamento del sondino in relazione al fatto che l'aspirato gastrico può essere alcalino. Viene considerato che anche con l'ascultazione, il "burb" dell'aria potrebbe essere avvertito anche se il sondino è in esofago o addirittura arrotolato in bocca viste le



dimensioni del neonato pretermine. Altra nota da considerare è relativa al fatto che anche l'aspirato bronchiale è acido (Jolley et al., 2005). Il posizionamento di un sondino a permanenza rispetto a quello intermittente risulta più conveniente in termini di aumento di peso e riduzione di apnee e bradicardia. È consigliato l'utilizzo di sondino di calibro molto piccolo, in particolare quelli naso-gastrici, in quanto riducono le complicanze precedentemente descritte e l'insorgenza di reflusso gastroesofageo per interferenze con lo sfintere gastroesofageo. Al fine di garantire un corretto posizionamento del sondino, è consigliato rilevare la distanza tra la punta del naso (angolo della bocca nel posizionamento orogastrico) base dell'orecchio-punto intermedio tra processo xifoideo ed ombelico. La tecnica di auscultazione per la verifica del corretto posizionamento del sondino non sembra essere del tutto affidabile per il rischio che il sondino anche se posizionato in trachea potrebbe dare la trasmissione del suono dell'aria in epigastrio; la problematica è strettamente correlata alle dimensioni ridotte del neonato. Anche l'aspirazione del contenuto gastrico non sempre può risultare efficace perché è strettamente dipendente dalla postura del neonato (Premji, 2005). Le raccomandazioni dell' ASPEN (2009) consigliano il lavaggio del sondino con acqua sterile e con il minor quantitativo necessario. Inoltre ne raccomandano la pratica anche prima e dopo la somministrazione dei farmaci. In correlazione a questo aspetto risulta da segnalare che ai fini di ridurre la compressione gastrica da flusso di aria durante la ventilazione con (CPAP), sarebbe opportuno lasciare il sondino aperto a distanza dai pasti per consentire all'aria di uscire (Premji, 2005). Rispetto al delicato momento dell'introduzione del sondino è riportata l'indicazione ad inserirlo in un tempo non inferiore a 15 secondi per evitare gli episodi di bradicardia (Baserga et al., 2003; Jadcherla e Kliegman, 2002).

#### 10. SIRINGHE ORALI. RISCHIO CLINICO

Sono descritti in letteratura casi di errori di somministrazione delle formule enterali e dei farmaci per OS relativi alla via di somministrazione. L'approccio multidisciplinare unitamente all'utilizzo di siringhe apposite per le formule orali sono citati in uno studio pubblicato su *Neonatal Network* (Copeland e Apple, 2006). Anche se lo studio non giunge a dati per definire la qualità del metodo, ne sottolinea tuttavia l'importanza per aver preso in considerazione la problematica. Le raccomandazioni ASPEN (2009) suggeriscono l'implementazione e l'utilizzo di que-

ste siringhe per uso orale e includono l'utilizzo della pompa di infusione per la somministrazione del latte ai neonati pretermine in quanto hanno un tasso di precisione elevato (non oltre il errore del 5%) e hanno dimostrato diminuzione di eventi avversi. Per la somministrazione del latte materno non è indicato l'utilizzo delle sacche in quanto le proteine e i grassi aderiscono alle loro pareti. È invece indicato l'utilizzo delle siringhe con la raccomandazione a tenere il cono rivolto verso l'alto per far defluire e progredire i grassi all'interno del set di infusione. Raccomandano, inoltre, l'importanza di impiegare pompe siringa facilmente distinguibili (per forma e colore) da quelle utilizzate per la somministrazione endovenosa dei farmaci. La somministrazione del latte in un neonato critico può essere comparata, in termini di responsabilità, alla somministrazione di un farmaco; per la somministrazione si può perciò fare riferimento all'attinenza alla regola delle 7G attuata comunemente per la somministrazione dei farmaci (Premji, 2005).

A conclusione di quanto esposto, ne conseguono alcune considerazioni da tenere presenti nell'erogazione dell'assistenza infermieristica in TIN, riconducibili alle varie fasi del processo di assistenza infermieristica.

#### RACCOLTA DATI ALL'INGRESSO E DURANTE LA DEGENZA

- età gestazionale, postconcezionale
- tipo di parto
- progressione sondino alla prima introduzione
- presenza di cateteri ombelicali
- presenza di supporti per la respirazione (tubo endotracheale, nasocannule)
- presenza di secrezioni
- presenza di lesioni da pressione nelle vie aeree superiori
- episodi di vomito, rigurgito e caratteristiche
- presenza di ristagno (caratteristiche e postura del neonato al momento della valutazione)
- emissione di meconio
- distensione addominale
- alvo chiuso
- frequenza e caratteristica delle feci
- presenza di suzione non nutritiva
- misura di posizionamento, via di posizionamento data di sostituzione e calibro del sondino
- instabilità termica, glicemia
- segni di destabilizzazione neurovegetativa e motoria



- postura antireflusso
- condizioni materne
- disponibilità della mamma all'allattamento

### INDIVIDUAZIONE DEI BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

- respirare in quanto correlato alle apnee conseguenti all'alimentazione
- mantenere la funzionalità cardiocircolatoria in rapporto agli eventuali episodi di apnea
- alimentazione
- eliminazione; la mancata emissione di meconio o l'eliminazione irregolare potrebbero ritardare, rallentare la somministrazione dell'alimentazione
- comunicazione, in relazione alla valutazione dei segnali di destabilizzazione comportamentale durante la somministrazione del pasto e il posizionamento del sondino
- igiene, relativamente alle cure igieniche del cavo orale e del naso
- procedure terapeutiche: somministrare le terapie prescritte
- procedure diagnostiche correlate con il bisogno di alimentazione
- posizionare il sondino nasogastrico e orogastrico
- offrire suzione non nutritiva durante il posizionamento del sondino e durante l'alimentazione
- controllare il corretto posizionamento del sondino nasogastrico e orogastrico
- eseguire cure igieniche del cavo orale e del naso
- sostituire i cerotti di fissaggio del sondino
- rilevare ristagno gastrico e sue caratteristiche anche in relazione alla postura
- somministrare il latte in bolo o alimentazione continua
- allestire il set per infusione enterale e sostituirlo almeno ogni 4 ore
- posizionare il cono della siringa per alimentazione enterale verso l'alto
- praticare il lavaggio del sondino dopo la somministrazione del pasto, prima e dopo la somministrazione delle terapie
- preparare i latti
- posizionare il neonato in postura antireflusso
- rilevare frequenza e caratteristiche delle feci
- prima e durante la somministrazione del pasto attenersi alla regola delle 7 G

### FORMULAZIONE DEGLI OBIETTIVI E SCELTA DELLE AZIONI

- a breve o lungo termine relativamente ai vari aspetti dell'alimentazione del neonato critico prevedendo sempre un piano di assistenza individualizzato che può variare da neonato a neonato

#### guida indirizzo

- guidare ed indirizzare la madre alla gestione del materiale e all'uso di presidi particolari, quali per esempio, il mastosuttore),
- guidare ed indirizzare la madre sulla conservazione e trasporto del latte materno

#### sostituzione

- rilevare i parametri vitali e le loro variazioni in rapporto all'alimentazione

### VALUTAZIONE

- per ogni singolo obiettivo previsto; se non raggiunto seguirà una successiva formulazione

L'infermiere della TIN deve impegnarsi a garantire a ciascun neonato in condizioni critiche le migliori modalità di soddisfacimento del bisogno di alimentazione, ma non basta, deve, laddove le sue condizioni lo permettano, offrirgli di fare esperienze sensoriali positive legate alla suzione, dunque al gusto. In altre parole l'infermiere deve, dopo un'attenta valutazione, lasciare che il neonato assapori qualche goccia di colostro o latte con il succhiotto al fine di garantirgli non solo la sopravvivenza ma livelli di assistenza qualitativamente elevati e finalizzati ad un futuro sviluppo evolutivo eccellente.

### BIBLIOGRAFIA

- Al Tawil Y., Berseth C.L. (1996) Gestational and postnatal maturation of duodenal motor responses to intragastric feeding. The Journal of Pediatrics, 129 (3): 374-381.
- American Society for Parenteral and Enteral Nutrition - ASPEN (2009) Enteral Nutrition Practice Recommendations. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 33 (2): 122-167.
- Baker R.D. (2002) Infant Formula Safety. Pediatrics, 110: 833-5.
- Baserga M.C., Gregory G.A., Sola A. (2003) Cerebrovascular response in small preterm infants during routine nursery gavage feedings, Biology of the Neonate, 83:12-18.



- Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano: Masson.
- CDC (2002) Enterobacter sakazakii infections associated with the use of powdered infant formulas [online] Disponibile da: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5114.pdf> [consultato il 24 dicembre 2010].
- Cohen S., Mandel D., Mimouni F.B., Solokin L., Dolberg S. (2004) Gastric residual in growing preterm infant: effect of body position. *American Journal of Perinatology*, 21(3): 163-6.
- Copeland D., Apple J. (2006) Implementation of an enteral nutrition and medication administration system utilizing oral syring in the NICU. *Neonatal Network*, 25(1): 21-24.
- Davanzo R.(2008) Sicurezza del latte in polvere e sua preparazione per il consumo. *Medico e bambino*, 8:501-503.
- Dolberg S., Kuint J., Mazkereth R., Minouni F.B. (2000) Feeding tolerance in preterm infants: Randomized trial of bolus and continuous feeding. *Journal of the American College of Nutrition* 19(6): 797-800.
- Ewer A.K., James M.E., Tobin J.M. (1999) Prone and left lateral positioning reduce gastro-esophageal reflux in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 81: F201-F205.
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2009). Il Codice deontologico degli Infermieri. [online] Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/professione/content.asp?id=19> [consultato il 10 dicembre 2010].
- Flidel-Rimon O., Friedman S., Lev E., Juster-Reicher A., Amitay M., Shinwell E.S. (2004) Early enteral feeding and nosocomial sepsis in very low birthweight infant. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 89: F289-F292.
- Hawes J., McEwan P., McGuire W. (2004) Nasal versus oral route for placing feeding tubes in preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3 Art. No. CD003952. DOI: 10.1002/14651858. CD003952 pub.2
- Hurrell E., Kucerova E., Loughlin M., Caubilla-Barron J., Hilton A., Armstrong R., Smith C., Grant J., Shoo S., Forsythe S. (2009) Neonatal enteral feeding tubes as loci for colonisation by members of enterobacteriaceae. *BMC Infectious Diseases*, 9: 146.
- Jadcherla S.R., Kliegman R.M. (2002) Studies of feeding intolerance in very low birth weight infants: definition and significance. *Pediatrics*, 109:516-517.
- Jolley J., Elliott B., Williams R. (2005) Commentary on Nyquist KH, Sorell A & Ewald U (2005) Litmus test for verification of feeding tube location in infant: evaluation of their clinical use. *Journal of Clinical nursing*, 14:1029-1030.
- McGrath J.M. (2004) Feeding. In: National Association of Neonatal Nurses, Developmental care of newborns and infants. A guide for health professionals. St. Louis: Mosby, 321-342.
- Mihatsch W.A., von Schoenaich P., Fahnenstich H., Dehne N., Ebbecke H., Palth C., von Stockhausen H.B., Muehe R. (2002) The significance of gastric residuals in the early enteral feeding advancement of extremely low birth weight infants. *Pediatrics*, 109(3): 457-459.
- Ministero della Sanità D.M. legge 26/febbraio1999 n° 42: Disposizioni in materia di professioni sanitarie [online] Disponibile da: [www.ipasvibs.it/files/circolare\\_3-08\\_2\\_as.pdf](http://www.ipasvibs.it/files/circolare_3-08_2_as.pdf) [consultato il 15 dicembre 2010].
- Ministero della Sanità D.M. 14/9/1994 n° 739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.[online] Disponibile da: [www.ipasvife.it/profilo\\_infermiere.pdf](http://www.ipasvife.it/profilo_infermiere.pdf) [consultato il 15 dicembre 2011].
- Nyquist K.H., Sorell A., Ewald U. (2005) Litmus test for verification of feeding tube location in infants: evaluation of their clinical use. *Journal of clinical nursing*, 14:486-95.
- Premji S.S. (2005) Enteral Feeding for high-risk neonates. *Journal of Perinatal & Neonatal nursing*, 19(1):59-71.
- Premji S.S., Chessell L. (2002) Continuous nasogastric milk feeding versus intermittent bolus milk feeding for preterm infants less than 1500 grams. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4 Art. No.: CD001819. DOI: 10.1002/14651858. CD001819.
- Ronnestad A., Abrahamsen T.G., Medbo S., Registad H., Lossiuss K., Kaaresen P.I., Egeland T., Englund I.E., Polit C., Irgens L.M., Merkestad T. (2005) Late-onset septicemia in a norwegian national cohort of extremely premature infants receiving very early full human milk feeding. *Pediatrics*, 115(3): e269-e276.
- Schurr P., Perkins E.M.(2008) Relationship Between Feeding and Necrotizing Enterocolitis in Very Low Birth Weight Infants. *Neonatal Network*, 27(6): 397-407.
- Steele C., Short R. (2008) Centralized infant formula preparation room in the neonatal intensive care unit reduce incidence of microbial contamination. *Journal of the American Dietetic Association*, 108: 1700-1703.
- Terrin G., Passariello A., Berni Canani R., Manguso F., Paludetto R., Cascioli C. (2009) Minimal enteral feeding reduces the risk of sepsis in feed-intolerant very low birth weight newborns. *Acta Paediatrica*, 98: 31-35.
- Tiffany K.F., Burke B.L., Collins-Odoms C., Oelberg D.G. (2003) Current practice regarding the enteral feeding of high-risk newborn with umbilical catheters in situ. *Pediatrics*, 112(1): 20-23.
- UCSF Benioff Children's Hospital (2004) Feeding of preterm infant UCSF Children Hospital Intensive Care Nursery House Staff Manual. [online] Disponibile da: [http://www.ucsfbenioffchildrens.org/health\\_professionals/intensive\\_care\\_nursery\\_house\\_staff\\_manual/index.html](http://www.ucsfbenioffchildrens.org/health_professionals/intensive_care_nursery_house_staff_manual/index.html) [consultato il 6 gennaio 2010].
- World Health Organization (2007) Safe preparation, storage and Handling of powdered infant formula. Guidelines. [online] Disponibile da: [http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf) [consultato il 7 gennaio 2010].
- Yeo S.L. (2005) NICU Update, State of Science of NEC. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 20(1):46-50.
- U.S. Food and Drug Administration (FDA) (2007) FDA 101: Infant Formula. [online] Disponibile da:<http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm048694.htm> [consultato il 7 gennaio 2011].
- U.S. Food and Drug Administration (FDA) (2002) Health Professionals Letter on Enterobacter sakazakii Infections Associated With Use of Powdered (Dry) Infant Formulas in Neonatal Intensive Care Units. Disponibile da: <http://www.fda.gov/Food/FoodSafety/Product-SpecificInformation/InfantFormula/AlertsSafetyInformation/ucm11299.htm> [consultato il 2 dicembre].





## È evidente che...

A cura di Verena Favero

... l'utilizzo di scale per la valutazione del rischio di lesioni da pressione realizzate appositamente per la popolazione pediatrica è essenziale per assicurare la miglior assistenza infermieristica.

Il mantenimento dell'integrità della cute rappresenta una priorità della ricerca infermieristica e un indicatore di qualità dell'assistenza stessa (American Nurses Association, 1995) anche in ambito pediatrico. Infatti spesso si è erroneamente convinti che i bambini, avendo fisiologicamente una maggior capacità di riparazione tissutale e una minor presentazione di patologie multi organo, siano anche meno esposti al rischio di subire danni conseguenti all'azione di forze quali pressione, frizione e stiramento. In realtà i bambini presentano rilevanti fattori di rischio per lo sviluppo di lesioni da pressione: per esempio, sono più esposti rispetto agli adulti ad alterazioni elettrolitiche. Il rapporto fra contenuto di acqua e superficie corporea, associato a maggiori esigenze metaboliche (infezioni e febbre), aumenta il rischio di disidratazione. La perfusione periferica diminuisce a causa di ipovolemia e vasocostrizione, le cellule vanno incontro a ipossia e la cute perde, al minimo trauma, la sua importante funzione barriera (Colleen, 2007). Inoltre i bambini piccoli dipendono dal caregiver nell'esecuzione di tutti quei movimenti in grado di proteggere la cute da un'eccessiva pressione. Uno studio trasversale di prevalenza, condotto nel 2009 in quattro ospedali pediatrici della Svizzera tedesca includendo soggetti da 0 a 18 anni, mostra come la prevalenza delle lesioni da pressione in bambini ospedalizzati è stimata tra lo 0,47% e il 13,1%, con un picco del 27% nelle terapie intensive pediatriche (Schlüer et al., 2009).

Oltre a essere dolorose, le lesioni da pressione possono causare deformità e influire sull'immagine corporea che il bambino ha di sé (Gray, 2004).

È quindi molto importante identificare i soggetti a

### *Le scale per la valutazione del rischio di lesioni da pressione per la popolazione pediatrica*

rischio di sviluppare lesioni da pressione attraverso l'utilizzo di scale in modo che possano essere adottate le necessarie misure preventive.

#### **MATERIALI E STRUMENTI**

Attraverso la connessione al Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo si è effettuato la ricerca nella banca dati MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) tramite il portale PubMed della National Library of Medicine, nel database CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Plus with full text e in The Cochrane Library, prodotto di The Cochrane Collaboration. Per poter approntare la ricerca, si sono individuati i concetti chiave e i possibili sinonimi e variazioni delle parole di testo.

Inizialmente si è cercato nel thesaurus delle banche dati le parole chiave. È stata quindi effettuata la ricerca, la letteratura ottenuta è stata selezionata e letta. Successivamente, grazie anche alla lettura degli articoli precedentemente individuati, è stata effettuata la ricerca per parola libera al fine di reperire la letteratura non ancora catalogata in MeSH (Medical Subject Headings).

Nell'esecuzione della ricerca in parola chiave e in parola libera sono stati utilizzati gli operatori booleani AND e OR per poter combinare i risultati, come indicato di seguito:

- ricerca per parola chiave: pressure ulcer\* [Mesh] OR "skin care" [Mesh] OR "skin ulcer" [Mesh] AND "nursing assessment" [Mesh] OR "risk assessment" [Mesh] OR "risk factors" [Mesh] OR "pediatric nursing" [Mesh]
- ricerca per parola libera: bed-sore\* OR bedsore\* OR decubitus ulcer\* OR skin breakdown\* OR pressure sore\* OR pressure ulcer\* OR wound\* OR decubitus sore\* OR decubit\* OR skin ulcer\* AND child\* OR infant\* OR newborn\* OR bab\* OR toddler\* OR kid\* OR pediater\* OR paediatr\* OR



preschool OR pre-school OR infanc\* OR adolescent\* OR teen\* OR neonate\* AND assess\* OR tool\* OR scale\* OR rating OR score\* OR scoring OR instrument\* OR equipment\* OR predict\* OR evaluation OR measur\*

Infine le due ricerche sono state unite con l'operatore booleano OR al fine di ottenere un'unica bibliografia, evitando così la presenza di record doppi.

Alla ricerca è stato posto un limite linguistico: sono stati ricercati solo articoli pubblicati in lingua inglese e italiana. Non è stato posto un limite temporale per data di pubblicazione per non perdere articoli pertinenti. La ricerca è stata effettuata nei campi "Titolo" e "Abstract" al fine di individuare i risultati più rilevanti; inoltre è stata utilizzata la funzione di troncamento, utile per ricercare le variazioni di una parola. La ricerca in MEDLINE ha prodotto 667 risultati, vagliando titolo e abstract si sono selezionati 17 articoli pertinenti. Invece la ricerca in CINAHL Plus with full text ha portato a 652 risultati e con la stessa metodologia sopra esposta sono stati individuati 8 articoli, andando a escludere i record doppi rispetto a MEDLINE.

La ricerca in The Cochrane Library non ha condotto ad alcun risultato né in parola libera né in parola chiave. La selezione si è basata sull'individuazione di quegli articoli che focalizzavano meglio l'attenzione sugli strumenti di valutazione del rischio di lesione da pressione in ambito pediatrico, privilegiando le fonti primarie e gli articoli pubblicati su riviste infermieristiche.

Unitamente alla ricerca nelle banche dati sono stati consultati siti internet utili al reperimento di fonti, quali il sito IPASVI, il sito della Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche, il sito Evidence-Based Nursing, il sito della Regione Lombardia, il sito del Ministero della Salute, il sito dell'American Nurses Association, il sito dell'European Pressure Ulcer Advisory Panel, il sito della Registered Nurses' Association of Ontario e un motore di ricerca generalistico: Google Scholar. Infine sono state consultate riviste infermieristiche non indicizzate, in formato sia cartaceo sia elettronico, come il Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche.

## DISCUSSIONE

In letteratura sono presenti undici scale per la valutazione del rischio di lesioni da pressione in ambito pediatrico; di queste, sei sono adattamenti di scale studiate per gli adulti: la scala Braden Q (Quigley et al., 1996), la scala Garvin (Garvin, 1997), la Neonatal Skin Risk Assessment Scale (Huffiness et al., 1997), la

scala Derbyshire (Pickersgill, 1997), la scala Samaniego (Samaniego, 2003), la Starkid Skin Scale (Suddaby et al., 2005). Due scale sono basate sull'osservazione della persona assistita: la scala Bedi (Bedi, 1993) e il Pattold Pressure Scoring System (Olding et al., 1998).

Invece la scala Pediatric Waterlow (Waterlow, 1998) si basa su uno studio multicentrico ma con potere predittivo insufficiente. Un'ulteriore scala, denominata Cockett (Cockett, 1998), trova le sue fondamenta nella revisione della letteratura rilevante sull'argomento. Infine la scala Glamorgan è stata realizzata attraverso la revisione della letteratura e le discussioni con infermieri pediatrici specialisti nella prevenzione e nella cura delle lesioni da pressione (Willock et al., 2008). Delle undici scale sopra citate, solo quattro sono state testate dagli autori per specificità e sensibilità: la scala Braden Q, la Starkid Skin Scale, la scala Glamorgan e la Neonatal Skin Risk Assessment Scale. Di queste quattro scale, solo le prime tre verranno di seguito illustrate in ordine di data di pubblicazione, andando a esplicitare le modalità di realizzazione. Dalla presentazione è stata esclusa la Neonatal Skin Risk Assessment Scale perché si è valutato essere troppo settoriale.

### La scala Braden Q

Due studiose americane, Quigley e Curley (1996), modificarono la scala Braden per la valutazione del rischio di lesioni da pressione negli adulti creando un nuovo strumento, la scala Braden Q, mirata alla valutazione di tale rischio nella popolazione pediatrica. Quigley e Curley (1996) decisero di modificare la scala Braden, adattandola alla popolazione pediatrica, perché rappresentava lo strumento di valutazione del rischio di lesioni da pressione più ampiamente studiato. I cambiamenti apportati alla scala Braden originale riflettono le peculiarità proprie dello sviluppo della popolazione pediatrica (Quigley et al., 1996). I dati relativi a uno studio descrittivo, raccolti su 178 bambini ricoverati in un singolo ospedale, sono stati utilizzati per valutare la capacità dello strumento di predire il rischio di sviluppare lesioni da pressione attraverso il confronto dei punteggi ottenuti utilizzando la scala Braden Q con la valutazione soggettiva di infermieri esperti che dovevano classificare il livello di rischio in alto, moderato, basso (Quigley et al., 1996). Si sono così ottenuti i sette indicatori che compongono la scala Braden Q: mobilità, attività, percezione sensoriale, umidità, frizione e scivolamento, nutrizione e, in aggiunta rispetto alla scala Braden, perfusione tessutale e ossigenazione (Quigley et al., 1996).



Quest'ultimo indicatore fu aggiunto in quanto l'ipertensione arteriosa può predisporre i bambini allo sviluppo di ulcere da pressione e i fattori che incidono sulla perfusione dei tessuti e sulla loro ossigenazione, se alterati, possono abbassare la tolleranza dei tessuti nei confronti dell'azione di forza quali pressione, frizione e stiramento (Curley et al., 2003). Inoltre, ciascun indicatore fu declinato in variabili più adeguate per la popolazione pediatrica (Quigley et al., 1996). Il punteggio minimo per ogni indicatore è 1 (maggior rischio), quello massimo è 4 (nessun rischio). Il punteggio totale può quindi variare da 7 a 28; più basso sarà il punteggio maggiore sarà il rischio di sviluppare lesioni da pressione (Quigley et al., 1996). I pazienti considerati a rischio nella Braden Q sono quelli con un punteggio uguale o inferiore a 16 (Curley et al., 2003).

La scala Braden Q può essere impiegata in bambini con età compresa tra i 21 giorni di vita e gli otto anni (Baharestani et al., 2007), successivamente potrà essere utilizzata la scala Braden per adulti (Curley et al., 2004).

#### La scala Braden Q

Vedi figura 1.

#### La Starkid Skin Scale

Una successiva rielaborazione della scala Braden Q ha portato alla stesura della Starkid Skin Scale. L'obiettivo degli autori era quello di costruire uno strumento di valutazione del rischio di lesioni da pressione in ambito pediatrico che fosse di facile impiego, privo di aree di sovrapposizione, costituito da descrittori chiari e sintetici, andando quindi a semplificare la scala Braden Q (Suddaby et al., 2005). L'aspetto innovativo della Starkid Skin Scale è che tiene conto dei vari fattori che determinano l'insorgenza delle lesioni da pressione nei bambini e che divergono da quelli responsabili del loro sviluppo nei neonati prematuri e negli adulti; ad esempio alcune diciture come "cammina" erano già state modificate nella scala Braden Q, dato che i bambini nella primissima infanzia non camminano, e quindi in essa si fa riferimento, in due voci distinte, alla mobilità e all'attività.

Nella Starkid Skin Scale queste due voci sono state raggruppate in un solo indicatore, abbreviando e semplificando lo strumento (Suddaby et al., 2005). La popolazione dello studio descrittivo includeva un campione di 347 bambini ricoverati nelle unità operative di terapia intensiva pediatrica, oncologia pediatrica, chirurgia pediatrica e pediatria di un singolo ospedale, lo studio ha avuto una durata di 15

mesi. I dati raccolti sono stati utilizzati per valutare la capacità dello strumento nel predire il rischio di sviluppare lesioni da pressione attraverso il confronto dei punteggi ottenuti utilizzando la Starkid Skin Scale con l'osservazione del danno cutaneo presente (Suddaby et al., 2005). Per la stadiazione delle lesioni da pressione è stato utilizzato l'Agency for Health Care Policy and Research: Clinical Practice Guideline. I risultati furono analizzati utilizzando il coefficiente di correlazione tra l'osservazione e il totale del punteggio ottenuto con la Starkid Skin Scale ( $r=+ 0.85$ ) (Suddaby et al., 2005). Sono stati così individuati i sei indicatori che compongono la Starkid Skin Scale, nel dettaglio: mobilità/attività, percezione sensoriale, umidità, frizione e scivolamento. Include la capacità del bambino di sollevarsi, nutrizione, perfusione tissutale e ossigenazione. Ciascun indicatore è stato declinato in variabili adeguate per la popolazione pediatrica. Il punteggio minimo per ogni indicatore è 1 (maggior rischio), quello massimo è 4 (nessun rischio). Il punteggio totale può quindi variare da 6 a 24; più basso sarà il punteggio maggiore sarà il rischio di sviluppare lesioni da pressione. Secondo lo studio che presenta il nuovo strumento, un bambino con un punteggio totale di 15 ha una probabilità del 74% di sviluppare una lesione da pressione (Suddaby et al., 2005). La scala Starkid Skin Scale può essere impiegata in bambini con età compresa tra zero e diciotto anni (Suddaby et al., 2005) (vedi fig. 2).

#### La scala Glamorgan

La scala Glamorgan si differenzia dalle precedenti in quanto è attualmente l'unica scala di valutazione del rischio di lesioni da pressione in ambito pediatrico che è stata sviluppata attraverso una rigorosa analisi statistica di dati rilevati su bambini ospedalizzati (Willock et al., 2009).

Questo strumento è stato sviluppato utilizzando dati clinici riguardanti bambini ricoverati in ospedale; i dati sono stati raccolti mediante un questionario formulato sulla base della revisione della letteratura riguardante le lesioni da pressione in adulti e bambini e attraverso discussioni con infermieri pediatrici specialisti nella prevenzione e nella cura delle stesse (Willock, 2007).

La popolazione dello studio descrittivo includeva un campione rappresentativo di bambini ospedalizzati (265 persone assistite ricoverate in un ospedale pediatrico in Inghilterra tra cui 7 bambini con lesioni da pressione e 258 senza). Accanto a questi sono stati inoltre raccolti dati in ulteriori undici ospedali inglesi su 71 bambini, tra cui 54 persone assistite



Indicatori	Variabili			
	4	3	2	1
<b>Mobilità</b>	<b>Nessuna limitazione.</b> Fa frequenti e significativi cambi di posizione senza assistenza	<b>Nessuna limitazione.</b> Esegue in maniera autonoma frequenti, sebbene piccoli, movimenti del corpo o delle estremità.	<b>Molto limitata.</b> Cambia occasionalmente la posizione del corpo e delle estremità, ma è incapace di girarsi autonomamente.	<b>Completamente immobile.</b> Senza assistenza non muove nemmeno leggermente il corpo e le estremità.
<b>Attività</b> Grado di attività fisica	<b>Cammina occasionalmente</b>	<b>In poltrona.</b> Abilità e camminare severamente limitata o inesistente. Non sostiene il proprio peso e/o deve essere assistito per raggiungere la poltrona o la sedia a rotelle.	<b>Allettato.</b> Confinato a letto.	
<b>Percezione sensoriale</b>	<b>Non limitata.</b> Risponde ai comandi verbali. Non ha deficit sensoriali che limitino la capacità di sentire o comunicare dolore o disagio.	<b>Leggermente limitata.</b> Risponde ai comandi verbali, ma non è sempre in grado di comunicare il disagio o la necessità di essere girato o manifesta compromissione del sensorio che limita la capacità di sentire dolore o disagio in una o due estremità.	<b>Molto limitata.</b> Risponde soltanto agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non piangendo o agitandosi oppure ha impedimento del sensorio che limita la capacità di sentire dolore o disagio almeno sulla metà del corpo.	<b>Completamente limitata.</b> Non vi è risposta a causa del diminuito livello di coscienza o della sedazione (non piange, non si ritrae, non afferra) o limitata abilità di sentire dolore sulla maggior parte della superficie corporea.
<b>Umidità</b> Grado di esposizione all'umidità della pelle	<b>Raramente bagnato.</b> La pelle è abitualmente asciutta: cambiamenti routinari del pannolino e delle lenzuola ogni ventiquattro ore.	<b>Occasionalmente bagnato.</b> La pelle è occasionalmente bagnata e richiede cambiamento delle lenzuola ogni dodici ore.	<b>Spesso bagnato.</b> La pelle è spesso ma non sempre bagnata. La biancheria deve essere cambiata almeno ogni otto ore.	<b>Costantemente bagnato.</b> La pelle è mantenuta costantemente bagnata da perspirazioni, urine, drenaggi, eccetera. L'umidità è rilevata ogni volta che il paziente viene posizionato.
<b>Frizione e scivolamento</b> Frizione avviene quando la cute si sposta contro superfici di supporto. Scivolamento avviene tra la cute e un osso adiacente	<b>Nessun apparente problema.</b> È in grado di sollevarsi durante un cambiamento di posizione, si muove nel letto e nella sedia autonomamente e ha sufficiente forza muscolare per sostenersi durante il movimento. Mantiene una buona posizione nel letto o sulla sedia per tutto il tempo.	<b>Problemi potenziali.</b> Movimenti deboli o richiede minima assistenza. Durante il movimento la pelle probabilmente scivola contro le lenzuola, la sedia o altro. Mantiene relativamente bene la posizione nella sedia o nel letto per la maggior parte del tempo, ma occasionalmente scivola.	<b>Problema.</b> Richiede da moderata a massima assistenza nei movimenti.	<b>Problemi rilevanti.</b> La spasticità, contratture, prurito o agitazione conducono a quasi costanti traumi e frizioni.
<b>Nutrizione</b> Modalità di assunzione del cibo	<b>Eccellente.</b> Assume una dieta normale che provvede un adeguato apporto calorico per l'età. Per esempio, mangia la maggior parte di ogni piatto. Non rifiuta il cibo. Assume più di quattro pasti proteici al giorno. Mangia talvolta tra i pasti. Non necessita di supplementi dietetici.	<b>Adeguate.</b> È sottoposto a nutrizione enterale o parenterale che forniscono un adeguato apporto di elettroliti e calorie. Oppure mangia più della metà di ogni pasto. Mangia quattro pasti proteici al giorno. Rifiuta occasionalmente il cibo, ma assume supplementi dietetici se gli vengono offerti.	<b>Inadeguata.</b> Dieta liquida o da sondino nasogastrico oppure in parenterale inadeguata a fornire a calorie ed elettroliti adeguati per l'età. Oppure albumina <3 g/dL, oppure raramente assume un pasto completo e generalmente mangia la metà del cibo offerto. Le proteine sono limitate a tre pasti. Occasionalmente assume supplementi dietetici.	<b>Molto povera.</b> Non assume cibo, flebocisti da più di 5 giorni, oppure albumina <2.5 g/dL, oppure non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di della metà qualunque cibo gli sia offerto. L'introito di proteine è limitato a due pasti di carne o latticini al giorno. Assume pochi fluidi. Non assume diete enterali supplementari.
<b>Perfusione tessutale &amp; Ossigenazione</b>	<b>Eccellente.</b> Normoteso, con saturazione di ossigeno >95%; emoglobina normale; tempo di riempimento capillare <2 secondi.	<b>Adeguate.</b> Normoteso, con saturazione di ossigeno >95%; emoglobina <10 mg/dL; tempo di riempimento capillare di 2 secondi; pH normale	<b>Compromessa.</b> Normoteso, con saturazione di ossigeno >95%; emoglobina <10 mg/dL; tempo di riempimento capillare >2 secondi; pH <7.40	<b>Estremamente compromessa.</b> Ipotensione arteriosa (pressione arteriosa media <50mmHg; <40 nei neonati) oppure il paziente non tollera fisiologicamente cambiamenti di postura.

Figura 1 - Scala Braden Q (Coppi, 2008)

con lesioni da pressione e 17 senza (Willock, 2007). Per la stadiazione delle lesioni da pressione è stato utilizzato l'European Pressure Ulcer Advisory Panel. Al fine di stimare la significatività dei dati relativi alle caratteristiche dei 336 bambini nello sviluppo delle lesioni da pressione, è stato utilizzato il chi quadro (Willock, 2007).

Tutti gli items con  $p < 0,01$  sono stati inclusi nella scala Glamorgan, nello specifico (Willock, 2007):

- può essere cambiato di posizione solo con grande difficoltà o causando un peggioramento delle condizioni o anestesia generale;
- non è in grado di cambiare posizione senza assistenza, non controlla i movimenti del corpo;



Indicatori	Punteggio			
	1	2	3	4
<b>Mobilità / attività</b>	Costretto a letto, minimi cambiamenti di posizione spontanei	Non sorregge il proprio peso, ma sta seduto, occasionali cambiamenti di posizione spontanei	Spostamenti con assistenza, frequenti cambiamenti di posizione spontanei o se bambino, tenuto dai genitori per brevi periodi.	Cammina frequentemente, cambia posizione senza aiuto o troppo giovane per camminare, ma tenuto dai genitori.
<b>Percezione sensoriale, abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla posizione</b>	Non vi è risposta allo stimolo doloroso a causa di lesione, sedazione o blocco neuromuscolare	Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi OPPURE ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o disagio almeno per la metà del corpo.	Risponde agli ordini verbali, non può comunicare il bisogno di cambiare posizione (adeguato all'età). Ha limitata capacità di avvertire il dolore o disagio in una o due estremità.	Risponde agli stimoli verbali in modo adeguato all'età. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere dolore o disagio (bambino che piange).
<b>Umidità. I pannolini devono essere adeguati all'età.</b>	Umidità dovuta a diaforesi, drenaggi, urine o feci. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova bagnato.	Lenzuola cambiate ogni 8 ore perché umide o pannolino cambiato ogni 2 h per diarrea.	Lenzuola cambiate ogni 12 ore perché umide o pannolino cambiato per diarrea.	Lenzuola cambiate una volta al giorno o pannolino cambiato di routine.
<b>Frizione o scivolamento con lenzuola o disp. ortopedici. Include la capacità del paziente a sollevarsi</b>	Attrito e frizione costanti. Agitato.	Non è in grado di cambiare posizione (paziente o infermiere). Lo scivolamento contro le lenzuola è inbevibile. Slitta frequentemente.	In grado di sollevarsi, ma a volte la pelle slitta. Occasionalmente scivola nel letto, ma mantiene la posizione per la maggior parte del tempo.	Facile da sollevare per cambiare posizione (bambino) o si muove autonomo, mantiene una buona posizione.
<b>Nutrizione</b>	Nessuna assunzione di cibi per os da 5 o più giorni. Mangia metà del cibo. Non assume integratori.	Nutrizione con sondino o parenterale totale, introito calorico inadeguato nonostante integratori. Generalmente mangia la metà dei cibi offerti.	Nutrizione con sondino o parenterale totale, introito calorico adeguato nonostante integratori. Generalmente mangia più della metà dei cibi offerti.	Mangia bene
<b>Perfusione e tessutale e ossigenazione (usare dati disponibili)</b>	Ipotensione (PA media <50, <40 nel neonato) non tollera cambiamenti di posizione per motivi fisiologici	Normoteso ma Sat O <sub>2</sub> <92% o <10 meno dell'atteso TRC >2 secondi, Hgb <10	Normoteso, O <sub>2</sub> <92% o <10 meno dell'atteso TRC ≤ 2 secondi, Hgb <10	Normoteso, O <sub>2</sub> >94% o nella norma TRC ≤ 2 secondi, Hgb normale

Figura 2 - La Starkid Skin Scale (Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche, 2006)

- presenza di mobilità ma ridotta per l'età;
- mobilità normale per l'età;
- presenza di presidi, oggetti, superfici rigide che esercitano pressione o sfregamento sulla cute;
- anemia significativa (Hb < 9 g/dl);
- febbre persistente (temperatura > 38 °C per più di quattro ore);
- ridotta perfusione periferica (estremità fredde, tempo di riempimento capillare > 2 secondi, cute fredda e chiazze);
- nutrizione inadeguata;
- ipoalbuminemia (< 35 g/dl);
- peso inferiore al 10° percentile;
- incontinenza inappropriata per l'età.

È stata inoltre condotta una regressione lineare e logistica per valutare la significatività delle caratteristiche incluse nella scala (Willock et al., 2008). È stato attribuito un peso maggiore alle voci "immobilità" e "pressione sulla cute", che hanno la maggiore significatività statistica (Willock et al., 2008). Il punteggio attribuito per ogni item è direttamente proporzionale all'intensità del rischio. Il punteggio finale, ottenuto dalla somma dei punteggi riportati per ogni item, inserisce il bambino in una delle quattro categorie di rischio individuale (punteggio < 10 =

non a rischio, > 10 ≤ 15 = a rischio, > 15 ≤ 20 = ad alto rischio, >20 = ad altissimo rischio) (Willock et al., 2008). La scala Glamorgan può essere impiegata in bambini con età compresa tra zero e diciotto anni (Baharestani et al., 2007) (vedi fig. 3).

## CONCLUSIONI

L'utilizzo di scale per la valutazione del rischio di lesioni da pressione realizzate appositamente per la popolazione pediatrica è essenziale per assicurare la miglior assistenza infermieristica. Altrettanto importante, quando viene sviluppata una scala predittiva, è l'affidabilità. Una scala che non è affidabile non sarà neanche valida perché non sarà in grado di valutare il fenomeno che dovrebbe misurare (Willock, 2005). Per questo motivo sono state poste a confronto le tre scale precedentemente presentate rispetto alla loro sensibilità e specificità.

Uno studio descrittivo (Curley et al., 2003) ha testato la specificità e la sensibilità della scala Braden Q, il campione era composto da 322 bambini con un'età compresa fra i 21 giorni e gli 8 anni ricoverati in tre ospedali pediatrici. La scala mostra una sensibilità dell'88% e una specificità del 58% con un valore discriminante (cutt-off) di 16 (Curley et al., 2003).



La Starkid Skin Scale, attraverso uno studio descrittivo condotto su 347 bambini ricoverati in diverse unità operative dello stesso ospedale, presenta una sensibilità del 17,5% e una specificità del 98,5% con un cutt-off di 15 (Suddaby et al., 2005). La scala Glamorgan, con uno studio descrittivo e utilizzando i dati rilevati su 336 bambini ricoverati in 12 ospedali pediatrici, mostra una sensibilità del 100% ma una specificità solo del 50,2% a punteggio di rischio 10 (Willock et al., 2009). Inoltre, usando gli stessi dati sopra esposti, nei diversi studi è stata calcolata l'area sottostante la curva ROC (Receiver Operative Characteristics) per testare i valori predittivi delle tre scale. La curva ROC è un grafico che rappresenta la percentuale di veri positivi (sensibilità) rispetto alla percentuale dei falsi positivi (specificità) allo scopo di dare un peso ai punteggi dei vari cutt-off (Willock et al., 2009). L'area che è calcolata sotto la curva fornisce una misura quantitativa della sensibilità e della specificità per ogni cutt-off di un sistema di punteg-

gio; più l'area sottostante la curva si avvicina a 1.0, migliore è il valore predittivo della scala di valutazione del rischio (Willock et al., 2008).

L'area sotto la curva per la scala Glamorgan è 0,912 (Willock et al., 2008), quella della scala Braden Q è di 0,697 (Curley et al., 2003), mentre quella della Starkid Skin Scale è di 0,702 (Suddaby et al., 2005). Un ulteriore studio descrittivo ha comparato la validità predittiva della scala Braden Q con quella della scala Glamorgan (Anthony et al., 2010); i dati furono raccolti su un campione di 236 bambini ricoverati in undici diversi ospedali. Da questo studio la scala Glamorgan risulta essere quella con la maggior validità predittiva (Anthony et al., 2010). Inoltre uno studio condotto sulla medesima scala per valutarne la validità inter-osservazionale ha mostrato il 100% di affidabilità per tutti gli items (Willock et al., 2009).

La scala Glamorgan, quindi, rappresenta un utile strumento per la valutazione del rischio di lesioni da pressione in ambito pediatrico nella pratica clinica.

FATTORI DI RISCHIO Se i dati numerici come albuminemia o l'emoglobina non sono disponibili scrivere il punteggio	DATA E ORA DELLA VALUTAZIONE					
	PUNTI	Valutare almeno una volta al giorno ed ogni volta che le condizioni cliniche del paziente cambiano				
Può essere cambiato di posizione solo con grande difficoltà o causando un peggioramento delle condizioni - anestesia generale	20					
Non è in grado di cambiare posizione senza assistenza - non controlla i movimenti del corpo	15					
Presenza di mobilità, ma ridotta per l'età	10					
Mobilità normale per l'età	0					
Presenza di presidi/oggetti/superfici rigide che esercitano pressione o sfregamento sulla cute	15					
Anemia significativa (Hb < 9 g/dL)	1					
Febbre persistente (temperatura > 38,0° C per più di 4 ore)	1					
Ridotta perfusione periferica (estremità fredde/tempo di riempimento capillare > 2 sec. /cute fredda a chiazze)	1					
Nutrizione inadeguata (consultare il dietista)	1					
Ipoalbuminemia (< 35g/l)	1					
Peso inferiore al 10° percentile	1					
Incontinenza inappropriata per l'età	1					
Punteggio totale						
Intrapresi interventi di prevenzione (indicare se sì o no documentare in cartella)						

Figura 3 - (Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche, 2009)

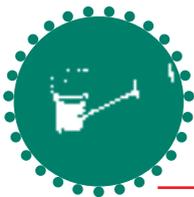


## BIBLIOGRAFIA

- American Nurses Association (1995). Nursing report card for acute care [on line]. Disponibile da: <http://www.nursingworld.org> [consultato il 13 maggio 2010].
- Anthony D., Willock J., Baharestani (2010) A comparison of Braden Q, Garvin and Glamorgan risk assessment scales in paediatrics. *Journal of Tissue Viability*, 31(3): 1-8.
- Baharestani M.M. (2007) An overview of neonatal and pediatric wound care knowledge and considerations. *Ostomy Wound Manage*, 53(6): 34-55.
- Baharestani M.M., Raliff C. (2007) Pressure ulcers in neonates and children: an NPUAP white paper. *Advances in skin & wound care*, 20(4): 208-220.
- Barnes S. (2004) The use of a pressure ulcer risk assessment tool for children. *Nursing Time*, 100(14): 56-58.
- Bedi A. (1993) A tool to fill the gap: developing a wound risk assessment chart for children. *Professional Nurse*, 9(2): 112-120.
- Cockett A. (1998) Paediatric pressure sore risk assessment. *Journal of Tissue Viability*, 8(1): 30-33.
- Colleen T.B. (2007) Pediatric skin care: guidelines for assessment, prevention and treatment. *Dermatology Nursing*, 19(5): 471-485.
- Coppi C. (2008) Prendersi cura del bambino con le piaghe da decubito: riflessioni. *Neu*, 33(1): 29-33.
- Curley M., Razmus S., Roberts E., Wypij D. (2003) Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients. *The Braden Q. Nursing Research*, 52(1): 22-33.
- Curley M., Quigley S., Lin M. (2004) Pressure ulcer in pediatric intensive care: incidence and associated factors. *Pediatric Critical Care Medicine*, 4(3): 284-290.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (2007). Pressure Ulcer Prevention Quick Reference Guide [on line]. Disponibile da: <http://www.epuap.org/guidelines.html> [consultato il 25 maggio 2010].
- Fain J. A. (2004) *La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla*. Milano: McGraw-Hill.
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2009). Codice deontologico [on line]. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/content/CODICE%20DEONTOLOGICO%202009.pdf> [consultato il 20 marzo 2010].
- Garvin G. (1997) Wound and skin care for the PICU. *Critical Care Nursing Quarterly*, 20(1): 62-71.
- Gray M. (2004) Which pressure ulcer risk scales are valid and reliable in a pediatric population?. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 31(4): 157-160.
- Huffines B., Logsdon M.C. (1997) The neonatal skin risk assessment scale for predicting skin breakdown in neonates. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 20(2): 103-114.
- McGurk Valerie (2004) Skin integrity assessment in neonates and children. *Paediatric Nursing*, 16(3): 15-18.
- Olding L., Patterson J. (1998) Growing concern. *Nursing Time*, 94(38): 74-79.
- Pickersgill J. (1997) Taking the pressure off. *Paediatric Nursing*, 9(8): 25-27.
- Quigley S.M., Curley M.A. (1996) Skin integrity in the pediatric population: preventing and managing pressure ulcers. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 1(1): 7-18.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2005). Risk assessment & prevention of pressure ulcer [on line]. Disponibile da: <http://www.mao.org/Page.asp?PageID=861&SiteNodeID=133> [consultato il 7 marzo 2010].
- Samaniego I.A. (2003) A sore spot in pediatrics: risk factors for pressure ulcers. *Paediatric Nursing*, 29(4): 278-282.
- Santullo A., Chiari P. (2003). Il valore delle scale [on line]. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/pubblicazioni/archivioriviste/dettaglioIndiceRivista.asp?DRivista=17> [consultato il 7 marzo 2010].
- Schliuer A.B., Cignacco E., Müller M., Halfens R. J. (2009) The prevalence of pressure ulcers in four paediatric institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 18(23): 3244-3252.
- Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche (2006). Lesioni da compressione nei bambini: una nuova scala di valutazione, la Starkid Skin Scale [on line]. Disponibile da: [http://www.sisip.it/index.php?option=com\\_jotloader&view=categories&cid=1\\_385b31b590ff41ddf55082274c377819&Itemid=33](http://www.sisip.it/index.php?option=com_jotloader&view=categories&cid=1_385b31b590ff41ddf55082274c377819&Itemid=33) [consultato il 3 marzo 2010].
- Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche (2009). La scala Glamorgan per la valutazione del rischio di lesioni da decubito nel bambino [on line]. Disponibile da: [http://www.sisip.it/index.php?option=com\\_jotloader&view=categories&cid=1\\_385b31b590ff41ddf55082274c377819&Itemid=33](http://www.sisip.it/index.php?option=com_jotloader&view=categories&cid=1_385b31b590ff41ddf55082274c377819&Itemid=33) [consultato il 3 marzo 2010].
- Suddaby E.C., Barnett S., Facticeau L. (2005) Skin breakdown in acute care pediatrics. *Paediatric Nursing*, 31(2): 132-138.
- Waterlow J. (1998) Pressure sores in children: risk assessment. *Paediatric Nursing*, 10(4): 22-23.
- Willock J. (2005) Identifying the characteristics of children with pressure ulcers. *Nursing Times*, 101(11): 40-43.
- Willock J. (2007) A risk assessment scale for pressure ulcers in children. *Nursing Times*, 103(14): 32-40.
- Willock J., Anthony D., Richardson B. (2008) Inter-rater reliability of the Glamorgan Paediatric Pressure Ulcer Risk Assessment Scale. *Paediatric Nursing*, 20(7): 14-19.
- Willock J., Baharestani M., Anthony D. (2009) The development of the Glamorgan Paediatric Pressure Ulcer Risk Assessment Scale. *Journal of wound care*, 18(1): 17-21.

<sup>1</sup> Infermiera – Estratto dell'elaborato finale per il conseguimento del Diploma di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria. A.A. 2009/2010





## Infermieristica e cure complementari

38

OSTEOPATIA:

*La disciplina che riequilibra ossa e muscoli senza farmaci e a tutte le età*

A cura di Iacchia Valentina - Ostetrica

Perché parlare di osteopatia? Essenzialmente per due motivi. Il primo si riferisce al fatto che numerosissime persone soffrono di disturbi legati al sistema muscolo-scheletrico; condizioni spesso invalidanti e che condizionano la qualità della vita delle stesse. Il secondo motivo è quello di creare curiosità e interesse in relazione ad un percorso di studi sempre più affine all'ambito infermieristico /ostetrico con ampi sbocchi di applicazione.

Personalmente collaboro con un collega osteopata, soprattutto nell'ambito delle correzioni posturali in gravidanza, il riassetto del bacino in puerperio, il controllo dei sintomi circolatori, il trattamento del neonato nato da parto distocico o taglio cesareo, coliche e reflussi del lattante ecc, nonché trattamenti classici sulla persona adulta. Questa collaborazione mi ha stimolato a raccontarvi un aspetto professionale relativo alle cure complementari che a mio avviso dovremmo presidiare maggiormente.



### MA IN COSA CONSISTE L'OSTEOPATIA?

L'osteopatia è una terapia manuale, complementare alla medicina classica. Tale metodica naturale e dolce tratta le varie patologie senza

utilizzare farmaci, avvalendosi di un approccio causale e non sintomatico; studia l'individuo nel suo complesso e non si accontenta di risolvere il sintomo, ma va alla ricerca della causa di ogni sofferenza che può trovare la sua localizzazione anche in un'altra zona del dolore. (principio della visione olistica dell'uomo, tipico della medicina complementare e dell'assistenza).

Il termine "osteopatia" è stato coniato dal suo fondatore, il chirurgo americano **Dr. Andrew Taylor Still**, che alla fine del XIX secolo scoprì le relazioni esistenti tra l'equilibrio funzionale dell'insieme delle strutture del corpo e la salute. Il Dr Still, delu-

so dalla medicina tradizionale che non era riuscita a salvare i suoi tre figli colpiti dalla meningite, dopo aver osservato i guaritori indiani e sezionato numerosi cadaveri, elaborò una nuova concezione del corpo umano e un altro modo per curarlo. L'innovazione consiste in alcuni principi cardine di cui ancora l'osteopatia si avvale:

- 1) **Unità del corpo**
- 2) **Relazione tra struttura e funzione**
- 3) **Autoguarigione**

**Unità del corpo:** l'individuo è visto nella sua globalità come un sistema composto da muscoli, strutture scheletriche, organi interni che trovano il loro collegamento nei centri nervosi della colonna vertebrale. Ogni parte costituente la persona (psiche inclusa) è dipendente dalle altre e il corretto funzionamento di ognuna assicura quello dell'intera struttura: dunque, il benessere.

**Relazione tra struttura e funzione:** il Dr. Still conclude che l'osteopatia poteva riassumersi in un'unica frase "la struttura governa la funzione". La perfezione di ogni funzione è legata alla perfezione della struttura portante, se tale equilibrio è alterato ci si trova di fronte a una disfunzione osteopatica,



caratterizzata da una zona corporea in cui è andata persa la corretta mobilità. L'organismo reagirà a tale disequilibrio creando delle zone di compenso e di adattamenti corporei non favorevoli al benessere generale dell'organismo.

**Autoguarigione:** in osteopatia non è il terapeuta che guarisce, ma il suo ruolo è quello di eliminare gli "ostacoli" alle vie di comunicazione del corpo al fine di permettere all'organismo, sfruttando i propri fenomeni di autoregolazione, di raggiungere la guarigione. L'osteopatia mira a ristabilire l'armonia della struttura scheletrica di sostegno al fine di permettere all'organismo di poter trovare un proprio equilibrio ed un proprio benessere.

L'osteopatia, grazie proprio ai principi su cui si basa, interviene su **persone di tutte le età, dal neonato all'anziano, alla donna in gravidanza**. Si rivela efficace in diversi disturbi che spesso affliggono l'individuo impedendogli di poter condurre una vita serena, disturbi come: *cervicalgie, lombalgie, sciatalgie, artrosi, discopatie, cefalee, dolori articolari e muscolari da traumi, alterazioni dell'equilibrio, nevralgie, stanchezza cronica, affezioni congestizie come otiti, sinusiti, disturbi ginecologici e digestivi...*

Esistono **diverse tipologie di tecniche** che l'osteopata ha a propria disposizione per curare le disfunzioni del corpo umano:

**Trattamento osteopatico generale:** applicazioni di particolari manovre di rilasciamento delle articolazioni e dei muscoli. Ha effetti non solo meccanici, ma soprattutto biochimici, in quanto stimola il corretto scambio di fluidi all'interno delle strutture trattate.

**Manipolazioni articolari:** tecniche dirette che correggono le posizioni spaziali delle articolazioni secondo i loro assi di movimento. Hanno una forte influenza neurologica, oltre che puramente meccanica, in quanto favoriscono l'emissione di corretti impulsi dalle e alle terminazioni della parte trattata.

**Manipolazioni viscerali:** ristabiliscono la mobilità e la motilità (espressione della vitalità cellulare) di un organo. Queste tecniche consentono di stimolare



l'organo verso una corretta funzione, digestiva, di assorbimento o di espulsione, sia in un ambito più meccanico sia in ambito biochimico.

**Tecniche craniali:** agiscono sul movimento di congruenza fra le ossa del cranio, andando ad agire a livello osseo, nervoso, meningeo e del liquor cefalorachidiano. Con queste tecniche si

agisce in particolare sulla vitalità dell'organismo, qualità fondamentale che permette agli esseri viventi di reagire con efficacia agli eventi di disturbo provenienti dall'ambiente esterno e da quello interno.

### CHI È L'OSTEOPATA E CHE FORMAZIONE POSSIEDE?

La figura dell'osteopata in Italia è ancora in bilico tra l'approvazione popolare e una mancanza di leggi che regolino effettivamente la professione ed il professionista osteopata, come d'altra parte la figura del naturopata. Rispetto a ciò è interessante riflettere rispetto alla condizione di riconoscimento che nella stessa Europa, o nella vicina Svizzera vi è rispetto a tali figure. In Europa la prima nazione ad avere il riconoscimento ufficiale dell'osteopatia è stata la Gran Bretagna nel 1993 dove l'osteopatia venne importata dall'America da **John Martin Littlejohn**, un allievo diretto di **Andrew Taylor Still**, nel 1917. In America questi studi sono inseriti nei corsi di laurea infermieristica.

Ad oggi il lavoro che viene fatto dalle scuole di osteopatia e dalle associazioni professionali è di garantire uno standard il più alto possibile alla formazione in campo osteopatico.

Esistono due vie d'accesso principali alla professione di osteopata:

1. Frequentare una scuola di osteopatia a tempo pieno (quattro anni di corso).
2. Frequentare una scuola di osteopatia a tempo parziale.

Nel primo caso, ovvero la decisione di intraprendere l'iter osteopatico subito dopo le scuole medie superiori non sono necessari prerequisiti è sufficiente il diploma di maturità.



Per il corso a tempo parziale possono iscriversi solo professionisti in possesso di:

- laurea in fisioterapia o titolo equipollente (masso fisio triennale, terapisti della riabilitazione, fisiokinesiterapisti) in possesso di diploma di scuola media superiore;
- laurea in medicina e chirurgia e laurea in odontoiatria;
- laurea sanitaria di 1° livello rilasciata dalla facoltà di medicina e chirurgia (infermiere, ostetrica) o titoli sanitari equipollenti, in possesso di diploma di scuola media superiore;
- diploma isef.

ROI (Registro degli Osteopati Italiani). A conclusione dell'iter di studi è possibile operare in collaborazione con altre figure professionali, in studi

associati o in autonomia in un proprio ambulatorio. Infatti in ambito osteopatico il mercato del lavoro offre al professionista **molteplici opportunità**. L'osteopata oggi infatti collabora sempre di più in relazione interdisciplinare con gli operatori della medicina convenzionale in vari campi specialistici. I settori di intervento riguardano la struttura portante dell'organismo e tutti i collegamenti all'interno di questa e con i sistemi contigui (ad esempio: ortopedia, otorinolaringoiatria, odontostomatologia, pediatria, oculistica, geriatria, urologia, gastro-enterologia, cardiologia, endocrinologia, ginecologia, etc.).

Bene allora... non ci resta che continuare a studiare!!!! Così da avere ancora più frecce all'arco che eroga assistenza.

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

### **Media e istituzioni "premiato" il nuovo portale Ipasvi**

La presentazione del nuovo portale Ipasvi ha avuto una grossa risonanza sulla stampa nazionale e sui siti internet dedicati alla sanità. A partire da quello del Ministero della Salute, partner dell'iniziativa, che ha dedicato ampio spazio ai contenuti delle pagine web create dalla Federazione per venire incontro alle esigenze di infermieri e cittadini.

Come sottolineato dal direttore della comunicazione del Ministero, Daniela Rodorigo, il nuovo portale Ipasvi risponde in modo davvero efficace alle recenti linee guida sulla comunicazione on line della salute, rispecchiandone gli obiettivi fondamentali: contribuire al processo di empowerment del cittadino attraverso l'offerta di un'informazione qualificata

"Gli infermieri sono i primi ad aver risposto alle nostre linee guida - ha detto il ministro Ferruccio Fazio durante la conferenza stampa di presentazione - e speriamo sia l'inizio di una lunga serie di soggetti istituzionali. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche, la riduzione dei tempi di degenza in ospedale, impongono di pensare e agire sempre più "in rete" e di poter contare su operatori sanitari preparati e cittadini in grado di essere coinvolti attivamente nella propria salute. Gli infermieri possono svolgere un ruolo fondamentale in questa prospettiva, garantendo assistenza e professionalità e il potenziamento nel portale della comunicazione con gli utenti va proprio in questa direzione".

Del nuovo portale Ipasvi hanno scritto prestigiose testate nazionali e locali (tra le tante: l'Unità, Il Giornale di Sicilia, La Gazzetta del Mezzogiorno, il Tirreno, Panorama della Sanità) e i maggiori siti che si occupano di informazione sanitaria (Quotidiano Sanità, il Farmacista, Doctor33, Benessere Salute). Colpisce positivamente l'interesse per la notizia anche da parte di molti portali dedicati ai consumatori e ai diritti del cittadino (Help Consumatori, SuperAbile Inail, Newscittà, YourSelf), quasi a premiare l'intento della redazione di creare uno strumento non corporativo e autoreferenziale, ma davvero a disposizione di tutti.





## News from the web

A cura di Inf. AFD Paola Pozzi\*

Facebook è un sito web di reti sociali, di proprietà della Facebook, Inc., ad accesso gratuito. È il secondo sito più visitato al mondo, preceduto solo da Google.

Il nome del sito si riferisce agli annuari con le foto di ogni singolo soggetto (facebook) che alcuni college e scuole preparatorie statunitensi pubblicano all'inizio dell'anno accademico e distribuiscono ai nuovi studenti ed al personale della facoltà come mezzo per conoscere le persone del campus.

Secondo i dati forniti dal sito stesso, nel 2010 il numero degli utenti attivi ha raggiunto e superato quota 500 milioni in tutto il mondo. Il sito nel 2009 è divenuto profittevole segnando il primo bilancio in attivo.

Gli utenti creano profili che spesso contengono fotografie e liste di interessi personali, scambiano messaggi privati o pubblici e fanno parte di gruppi di amici.

È proprio il fatto che la comunicazione si diffonda in modo virale, grazie alle voci che raggiungono gli amici e gli amici degli amici, che i messaggi lanciati attraverso Facebook riescono ad avere il massimo impatto emotivo e comunicativo.

Questo social network è uno strumento potentissimo per generare attenzione e spingere alla mobilitazione. Non è l'ambiente ideale per comunicare messaggi di natura professionale, ma ciò non significa che non possa generare attenzione. Questo è lo scenario di oggi.

Facebook è il social network più di moda e più frequentato degli ultimi anni; sono sempre di più le persone che lo usano per condividere i loro pensieri e le loro esperienze private.

Ovviamente sono gli utenti stessi a decidere con chi condividere queste cose: sappiamo infatti che c'è la possibilità di scegliere se rendere visibili i propri contenuti a tutti o se limitarne l'accesso ai soli amici. Tuttavia pochi sanno che, anche scegliendo quest'ultima opzione, la sicurezza e la privacy su facebook non sono affatto garantite se chi vuole violarle è un esperto di informatica e sa come muoversi online.

Ma non è il caso di allarmarsi, perchè da poco tempo il social network ha reso possibile aumentare il grado di sicurezza dei propri utenti grazie all'utilizzo del protocollo https, che viene usato al posto del solito http anche dalle banche o dai siti in cui avvengono transazioni economiche (cosa che del resto può accadere anche su facebook!).

Come fare per attivare questo protocollo?

Prima cosa, bisogna andare su account, in alto a destra. Dopodichè clicchiamo su impostazioni account. A questo punto ci comparirà una lista di opzioni; noi dovremo cliccare su modifica sulla destra dell'opzione protezione dell'account. Infine selezioniamo il quadratino di: "naviga su facebook con una connessione sicura quando possibile... ecc." e salviamo il tutto.

Ed il gioco è fatto!

Ora per verificare che la nostra navigazione sia in effetti sicura, basterà osservare la barra degli indirizzi in alto: se la prima parte della barra sarà color blu, e all'inizio dell'url apparirà https invece di http, sapremo che la nostra privacy è al sicuro!

Buona navigazione!



## 10 CONSIGLI PER USARE FACEBOOK IN TRANQUILLITÀ

1. Non condividere la tua password con nessuno
2. Guarda subito le impostazioni sulla privacy e modificala secondo le tue necessità
3. Assicurati che i nomi dei tuoi amici su facebook corrispondano alla persona che effettivamente conosci
4. Diventa amico di conoscenti con attenzione, evita gli sconosciuti
5. Valuta se e come inserire dati e informazioni personali
6. Non aggiungere indirizzi e numero di telefono se hai nella tua lista di amici persone di cui non ti fidi
7. Segnala utenti e contenuti che violano le Condizioni d'uso
8. Blocca e segnala gli utenti che ti inviano messaggi e contenuti inappropriati o non desiderati
9. Non installare plugin aggiuntivi per Facebook, a meno che tu non sia sicuro della fonte
10. Usa con parsimonia le applicazioni esterne, specialmente se queste non fanno riferimento a una persona o azienda realmente esistente e rintracciabile.

## CERCATE GLI "INFERMIERI " SU FACEBOOK:

Infermieri Per Sempre  
Infermieri Di Domani  
Infermieri Autonomi  
Infermieri  
Infermierincazzati  
Infermierincazzati Lombardia  
Infermieri Fsi  
Infermieri Informatizzati  
NurSind, il Sindacato degli Infermieri  
Essere Infermieri, che Passione  
INFERMIERI 118  
Scuola per infermieri Ospedale S. Anna Como  
Infermiere  
ROBA DA INFERMIERI  
TUTTI PAZZI PER LE INFERMIERE  
Infermieri dei Bambini  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI UNITI  
Infermieri Forensi  
Seip Infermieri Di Famiglia  
AILF - Associazione Infermieri Legali e Forensi  
Quelli Che...INFERMIERI SI NASCE!!!!  
GRUPPO MEDICI INFERMIERI AUTISTI SOCCORRITORI 118 ITALIA  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI ED INFERMIERI DI ELISOCCORSO - A.N.M.I.E. -  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI UNITI  
Infermiere professionista della salute  
CARPE NURSE---Blog Infermieristico  
Quelli Che...INFERMIERI SI NASCE!!!!  
Ecm Educazione Continua Medicina  
Linea Diretta Sanitaria

- **consigli per la sicurezza su facebook ed internet in generale**

lpasvi

\* AFD Broncopneumologia - Ospedale Valduce - Como



# Progetto "Fondazione Stefano Borgonovo Ospedale a casa tua"

Di: A.F.D. Castorina Sebastiano - Azienda Ospedaliera "S. Anna"  
 Riabilitazione Cardio-Respiratoria – Neuromotoria  
 "Paola Giancola" - Ospedale "Felice Villa" Mariano Comense

*Ad Angelo S., Amico malato di Sla, mio coniglio bianco uscito dal cartone di Alice. Con i suoi sguardi, con i suoi silenzi e il suo dolore è venuto a dare un valore alla mia vita.*

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (Sla) è una malattia degenerativa devastante che, normalmente, priva il Paziente, progressivamente e velocemente, della parola, del camminare, del mangiare e del respirare, costringendolo a dipendere dalla ventilazione invasiva meccanica, tramite la tracheotomia e dal nutrimento con sondino gastrico (PEG).

Tuttavia la capacità intellettuale è sempre conservata. Lo spostamento del Paziente dal letto alla carrozzina richiede almeno tre persone. Ne deriva che diventa un problema portare i pazienti a fare controlli presso le strutture ospedaliere. Ogni spostamento comporta oneri economici **sociali e assicurativi** e **difficoltà molteplici**, perciò, molti Pazienti rimangono relegati in casa, in completa solitudine senza scendere dal letto. Il nostro ultimo Paziente di cinquanta anni ha lasciato, per essere ricoverato da noi, la propria abitazione dopo sei anni di clausura.

La prevalenza della patologia, che insorge mediamente tra 55-65 anni e nel 5 % sotto i trenta anni, si attesta tra il 2.7 e 7.4% con media del 5,2%. In Lombardia sono certificati 998 casi al 2009 (fonte Fiaso-Istud).

Ma non fermiamo il nostro pensiero "solo" ai Pazienti S.l.a., allarghiamo il raggio d'azione immaginiamo al numero esorbitante di persone con patologie altamente invalidanti seguiti presso il proprio domicilio sofferenti di tumori o emorragie cerebrali, traumi della strada o sul lavoro .... migliaia di esseri umani incarcerati nelle loro case.

Su questo bisogno si fonda il " Progetto Stefano Borgonovo - Ospedale a Casa Tua".

L'obiettivo è fornire un'assistenza globale e multidisciplinare con controlli clinici e strumentali direttamente presso il proprio domicilio. Tra i risultati attesi ci si attende un miglioramento della prevenzione di patologie aggravanti; una gestione delle riacutizzazioni a casa; una riduzione delle richieste in emergenza/urgenza e dei relativi ricoveri ospedalieri; una diminuzione degli accessi ambulatoriali evitando difficili e dolorosi spostamenti; un complessivo miglioramento assistenziale con incremento della qualità delle cure e allungamento della vita.

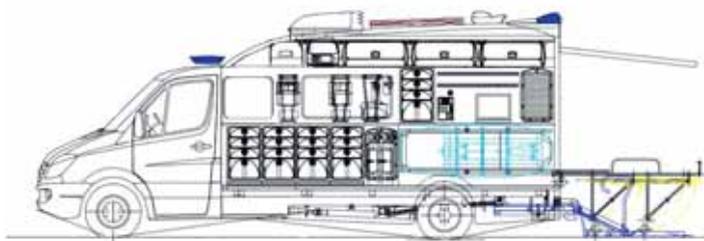
È stato progettato, per tal fine, un veicolo adeguatamente attrezzato per rispondere a tutte le esigenze del Paziente.

## Cellula sanitaria:

L'ambiente sanitario avrà un volume di circa venti m<sup>3</sup>, si tenga conto che un'ambulanza tradizionale è di nove m<sup>3</sup>;

- I Pazienti movimentati con barella o con carrozzine usufruiranno di un portellone posteriore fornito di piano meccanizzato per il loro ingresso;
- Apparecchiatura, agganciata al soffitto, di solleva - paziente elettrico per il trasbordo su letto operatorio;
- Monitor TV per ricezione programmi e trasmissione filmati (comodità dei Pazienti trasportati);
- Pannelli fotovoltaici, batterie e inverter per la





produzione, conservazione e trasformazione di corrente elettrica, rendendo il mezzo indipendente da forniture esterne.

#### Strumentazione a bordo:

Il mezzo sarà fornito della seguente strumentazione sanitaria diagnostica, (in parte fissa sul veicolo e in parte mobile perché sia disponibile direttamente al letto del Paziente nel caso di una sua impossibilità allo spostamento fino al mezzo posizionato in strada):

- Apparecchiatura radiografica per l'esecuzione di radiogrammi del torace, segmenti ossei, etc.;
- Strumentazione per i principali esami di laboratorio chimici-clinici (da emocromo alla glicemia ai marcatori cardiaci);
- Elettrocardiografo a dodici derivazioni;
- Holter cardiaco e pressorio;
- Fibrobroncoscopio, esecuzione di broncoscopie;
- FibrogastroscoPIO, esecuzione di gastroscopie e per inserimento o sostituzione della PEG;
- Ecografo addominale ed ecocardiografo portatile; Doppler arterioso e venoso.
- Concentratore di O<sub>2</sub>, per la produzione di gas e l'indipendenza da bombole di contenimento;

Strumenti, ormai, entrati nella cultura e nella storia della sanità ospedaliera.

Ma il vero gioiello del mezzo è la completa informatizzazione delle varie apparecchiature che saranno affiancate da un sistema di antenne per

trasmissione a distanza verso remoto, con opportuni riceventi dislocati in ambulatori e studi medici specialistici, si otterrà, con estrema facilità un consulto medico in diretta (teleconsulto / telemedicina avanzata), assicurando immediatamente diagnosi e terapia: la tecnologia ormai miniaturizzata, posta a disposizione dei bisogni umani per limitare le difficoltà giornaliere di molteplici patologie altamente invalidanti.

Il costo totale si aggirerà sui 600.000 euro.

La forza, l'esperienza, la cultura, la partecipazione di una grande Azienda Ospedaliera direttamente al domicilio del Paziente. Mariano Comense. Anno 2011. Siamo riusciti a "spostare la montagna e farla giungere a casa del bisognoso".

#### CONCLUSIONI

- Il fine istituzionale del Progetto è il miglioramento dell'assistenza presso il domicilio del Paziente immobilizzato e lungamente allettato da patologia invalidante;
- Trasporto e spostamento in sicurezza di Pazienti barellati anche in ventilazione meccanica, per lunghi tratti e percorrenze, (da e per l'Ospedale e l'organizzazione di trasferimenti su lunga percorrenza);
- Ulteriore, e non ultimo, potrebbe essere, l'inserimento di questo mezzo tra i soccorsi sanitari per grosse calamità nazionali ed estere, fornendo altissime e molteplici prestazioni sanitarie anche in luoghi poco accessibili (opportuna è stata resa indipendenza da forniture di energia / ossigeno esterne) e la copertura medico specialistica contattata in remoto.
- Infine siamo orgogliosi di constatare che, un mezzo sanitario con queste caratteristiche tecnico-sanitarie nato dalla collaborazione tra pubblico - privato, è l'unico esempio europeo di tal portata, che apporterà, inoltre, prestigio e lustro ed onore ai partecipanti a livello nazionale ed internazionale.



## ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI DAL 21/12/2010 AL 23/06/2011

## NUOVE ISCRIZIONI INFERMIERI

ALLODIO SERENA	GUGLIELMINI STEFANO
ALOUI OUISSEM	ION ELENA DIANA
ANDREESCU MIHAELA	JOSE NISHA
BENZONI FRANCESCA	JOSEPH BOBY
BIANCHI ELENA	MANCINI ARIANNA
BONFORTE LUCIA	MARIANI CLAUDIA
CACCAVALE CHIARA	MORINI ELISA MARIA
CANTALUPPI FRANCESCA	NEGRI MADDALENA
CASSINELLI ELEONORA	NOSEDA GIULIA
CASTORINA LILIANA	PAGANI SILVIA
CORTI CRISTINA LUIGIA	RADU MIHAELA
CORTI VERONICA	ROPERTO ALDO
CROCI CRISTINA	SIGNORELLO PAMELA
D'AMATO NILLA	SOLIGO CRISTINA
EL GANZORY ASHRAF	UDRESCU DANIELA
FOKANA DJIOGUIM PASCAL BLAISE	VASILOAIA CRISTINA
GOBBI SILVIA	VIGANÒ FEDERICA
GRASSI CLAUDIA	

45

## NUOVE ISCRIZIONI ASSISTENTI SANITARI

TURRI STEFANIA

## ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO DA ALTRI COLLEGI

BAJONERO ESCANDON EDGAR ELI	ISELLA FRANCESCA
BRUNELLO MARIA ILARIA	NAN ANAMARIA MIRABELA
CORBELLINI LAURA	NOWOK MONIKA BARBARA
COSTANZO LOREDANA	PETROVIC GORDANA
D'AMICO MIRTA	PETROVIC NEMANJA
DE CARLI CLAUDIO	PINO ORTEGA ANA LOURDES
DELLI CARRI RITA	SPOREA GEANINA CARINA
DIAZ TICLLA HUGO ANCELMO	TAFHASAJ BERKENA
FRANCULESCU ADRIANA CARMEN	TKOURI NAJOUA
FOIS CATERINA MARIA	VELUTHEATHUPPARAMBIL JOHN JOY
GALLI MARISTELLA	VUCKOVIC RADMILA
GRIMOLDI ARIANNA PAOLA	

## CANCELLAZIONI CESSATA ATTIVITÀ

ANCONA ANTONELLA	LANDI MILENA TABORELLI
ANDREOLI EVA	LEONORO SUOR CARMEN
ANDREOLI SILVANA	LESIOLI ORNELLA MAZZUCCHI
BATTISTESSA CLELIA BARRI	LODI RIZZINI GIOVANNA
BIANCHI EMILIA SUOR ADELE	MAFFIOLETTI LAURA
CAIROLI ORNELLA	MATHEW SICILY
CASARTELLI EMANUELA	MOROSI GIANCARLA
COLLA ALESSANDRA	OLGIATI DIANA
COLOMBO CONTARDO	PEDRINI MARISA
CORENGIA ANNA BRUNA	RE SUOR LORENZA
GIACOMELLI ROBERTA	RICCIARDI ANNA MARIA
GIARBA SUOR ARMIDA	RUMI TIZIANA
KOZHIKKADAN KOCHAPPU SHAJU	SPERANZETTI ANTONIA



## CANCELLAZIONI PER TRASFERIMENTO AD ALTRO COLLEGIO IPASVI

AREVALO HUERTAS DANIEL ARTURO  
 AOJADI HENDA  
 BELLAN ROBERTA  
 CONTRINO LINDA

MERONI MARIA LUISA  
 MLOUHI SAMIA  
 TEBARKI SOFIANE

46

## CANCELLAZIONI PER DECESSO

TACCAGNI ROSA SUOR PAOLINA

## CANCELLAZIONI PER MOROSITÀ E/O IRREPERIBILITÀ

AGGUJARO ROMINA  
 BACIU GABRIELA  
 BARRIOS BAENA SONIA  
 CITRINITI ENRICO  
 CROCI CRISTIANO  
 DUCA ANGELA  
 GARCIA CARDOZO ELIZABETH  
 GERMANÀ ROSALIA  
 GIOVINAZZO ELISABETTA  
 GUTMANE BAIBA

IUSSO MAURO  
 LERMA PAUCAR MARGOT ELIZABETH  
 LOAGA GINA MADALINA  
 LODDO FRANCESCO  
 PAVESI CARLA  
 PERUZZU GAVINO  
 ROGNONI ROBERTA  
 SANCHEZ LARICO JEMIMA ELISA  
 SECRIERU ION  
 TRAVAGLINI MARIA

## COMUNICATO



Nello scorso mese di marzo 2011, è nata una nuova associazione dedicata agli studi concernenti l'ipoter-mia umana, denominata "Società Italo Svizzera Studi Ipotermia" (S.I.S.S.I.).

L'ipoter-mia accidentale, ma anche permissiva o terapeutica, sia in ambiente ospedaliero che extraospedaliero è un'evenienza o circostanza che ha suscitato notevole interesse, negli ultimi anni, nella comunità scientifica internazionale.

Un gruppo di operatori sanitari quali medici, infermieri, tecnici perfusionisti, soccorritori dell'extraospedaliero e altre figure, hanno dato vita a questa unione con valenza e caratteristiche di interdisciplinari-età e multidisciplinari-età. Un'altra caratteristica, è la volontà di calarsi in una realtà transfrontaliera, abbracciando e raccogliendo così, professionisti aderenti all'iniziativa, attivi nei vari campi medico assistenziali, provenienti dall'Italia e dalla Svizzera.

Tra gli scopi principali dell'associazione, grazie all'impegno di tutti i membri della S.I.S.S.I., vi è quello di diffondere la cultura e la sensibilizzazione delle problematiche ipotermiche nell'essere umano e nel contempo diventare un'autorevole entità interlocutrice per le problematiche ad esse connesse.

Potendo contare sul libero e volontario contributo scientifico e umano di tutti i professionisti coinvolti, l'associazione S.I.S.S.I., basa il proprio operato su principi di condivisione della conoscenza scientifica senza fini di lucro, in modo apertistico e aconfessionale.

*Il segretario*  
 Padovese Stefano  
[www.ipotermia.org](http://www.ipotermia.org)



In data 25 febbraio u.s. si è svolta l'Assemblea ordinaria 2011. I bilanci approvati e le relazioni sono disponibili sul sito del Collegio alla voce "assemblea ordinaria e bilanci".

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

### **Malattie rare e minori: diritti scarsi, costi cronici**

L'88% delle Associazioni dei malati cronici denuncia difficoltà di accedere tempestivamente alla diagnosi precoce, individuata in un tempo che va dai tre ai sei anni, per i giovani in età pediatrica colpiti da una malattia rara. È uno dati presentati alla prima Conferenza nazionale delle organizzazioni civiche per la salute dal titolo Qualità e sostenibilità attraverso la partecipazione, che Cittadinanzattiva ha organizzato il 10 e 11 giugno a Riva del Garda, insieme all'Azienda per i Servizi sanitari della Provincia di Trento. Durante la Conferenza è stato presentato il X Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità, che quest'anno si è concentrato sull'età pediatrica. Le ragioni delle difficoltà denunciate dalle Associazioni sono ricondotte principalmente alla scarsa formazione di pediatri e medici rispetto alle specifiche patologie, alla bassa diffusione sul territorio di centri specializzati, alla sottovalutazione dei sintomi e ai lunghi tempi di attesa per esami, analisi e visite specialistiche. Più in dettaglio, per il 94% l'assistenza del pediatra di libera scelta e del medico di medicina generale non soddisfa le esigenze dei cittadini. La quasi totalità (90,6%) delle Associazioni che hanno dichiarato inadeguata l'assistenza sanitaria ha riscontrato una scarsa conoscenza della patologia e delle sue complicanze, in particolar modo se la malattia è rara, con tutte le conseguenze in termini di accesso alla diagnosi. La carente assistenza territoriale e i lunghi tempi di attesa obbligano a saltare le fasi intermedie di monitoraggio e terapia, osserva il Rapporto, costringendo i pazienti a ricoveri ospedalieri che potrebbero essere altrimenti evitati. Per quanto riguarda l'assistenza specialistica, non si può contare su un sufficiente numero di centri di riferimento, cosa che provoca una mobilità interregionale incompatibile con le esigenze di salute e soprattutto con i costi da sostenere privatamente. Inoltre, il 44% non reputa soddisfacente la risposta fornita dall'Assistenza domiciliare integrata. Infine, il 50% delle associazioni riscontra una diffusa difficoltà di accesso ai farmaci, dovuta alla non rimborsabilità da parte del Ssn, alle ulteriori limitazioni imposte dalle Regioni e alle difficoltà burocratiche per il rilascio del piano terapeutico. Le Associazioni hanno quindi avanzato alcune proposte, tra cui: procedere nel più breve tempo possibile all'approvazione della revisione dei Livelli essenziali di assistenza, con particolare riguardo all'elenco delle malattie croniche e invalidanti, a quello delle malattie rare; rifinanziare/finanziare adeguatamente i fondi per gli interventi di carattere sociale, con particolare riguardo alla non autosufficienza; migliorare e potenziare l'assistenza nelle strutture scolastiche; riaffermare la certezza di poter accedere ai benefici economici correlati al riconoscimento delle minoranze civili.

Collegandosi al sito dell'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - [www.iss.it](http://www.iss.it) - è possibile consultare la RETE NAZIONALE MALATTIE RARE e ricercare i centri di diagnosi e cura di riferimento presenti in Italia.



## COMMISSIONE FORMAZIONE

## RESOCONTO ATTIVITÀ FORMATIVE 2010

48

Come di consueto, nel primo numero di Agorà, vi offriamo un breve riepilogo degli eventi formativi svolti nell'anno appena concluso, con le nostre personali riflessioni e le vostre immancabili e preziose osservazioni. La scelta dei temi su cui costruire le offerte formative è partita, come stabilito, dall'attenta analisi delle richieste che avete puntualmente indicato nei questionari di gradimento dei corsi via via svolti; ovviamente abbiamo preso in considerazione gli argomenti maggiormente emergenti, sfruttando fino al limite le risorse a disposizione della Commissione. Abbiamo esteso il numero dei partecipanti da 30 a 110-150, per gli argomenti trasversali e di interesse più ampio e, laddove non è stato possibile scegliere questa opzione per motivi legati all'efficacia didattica del corso stesso e alle richieste dei docenti, abbiamo proposto delle riedizioni, basandoci sulla lista di attesa che si era creata e sulla disponibilità dei relatori. In questo modo ci è sembrato di ovviare, almeno in parte, alla difficoltà di iscrizione ai corsi stessi, consapevoli, pur tuttavia, di non averla risolta in maniera completa. Alcuni degli argomenti, che per motivi logistici non è stato possibile svolgere in forma residenziale, sono stati specificatamente richiesti, come corsi FAD, alle Agenzie Formative con cui siamo convenzionati, per darvi comunque la possibilità di soddisfare le vostre necessità di aggiornamento. Abbiamo anticipato il più possibile la pianificazione degli eventi annuali, pubblicandone il calendario su Agorà e sul sito del Collegio, talvolta ancora in forma di bozza, così da permettervi di scegliere i temi che personalmente avreste ritenuto più interessanti e attinenti alle vostre esigenze. Sulla stessa linea di condotta, e in riferimento alle osservazioni emerse negli scorsi anni, siamo riusciti a proporre nuovamente un' iniziativa con un tema maggiormente sensibile per gli iscritti che svolgono attività libero-professionale, con la possibilità di precedenza all'atto dell'iscrizione, anche se non, ovviamente, di partecipazione esclusiva. Nella stessa iniziativa, proposta in forma di Convegno, abbiamo coinvolto anche i colleghi del Collegio IPASVI di Lecco con l'intenzione di far emergere il clima di collaborazione, di comunione di interessi e di senso di appartenenza che ci caratterizza in quanto Organi della Federazione Nazionale. Riconoscendo il contributo insostituibile anche di altre figure professionali sanitarie, con cui condividiamo quotidianamente i nostri luoghi di lavoro, abbiamo aperto alcuni dei nostri eventi formativi anche a medici e ostetriche, con l'obiettivo di ottenerne un confronto di competenze e un arricchimento reciproco. I nostri corsi sono stati svolti in sedi diverse, sempre per poter rendere più agevole la partecipazione agli stessi da parte anche dei colleghi che sono distanti dalla sede del Collegio. L'abitudine di premiare con sorteggio gli iscritti ai corsi di aggiornamento è stata mantenuta, però abbiamo arricchito le possibilità di scelta dello stesso premio: l'abbonamento ad una rivista infermieristica permane, in alternativa l'iscrizione a una Associazione Professionale fra quelle indicate, l'acquisto di un libro di interesse professionale o l'iscrizione a un corso FAD liberamente scelto fra quelli offerti dalle Agenzie convenzionate. A proposito di libri di testo, abbiamo acquistato un software che permette di consultare i libri della nostra biblioteca, con la possibilità di verificarne la disponibilità in tempo reale. La consultazione sarà già disponibile on-line a fine giugno.

Si ricorda inoltre la convenzione con SBBL:

Da gennaio 2011 è attiva la nuova modalità di autoregistrazione al sito di SBBL. Per ovviare a problematiche tecniche di autoregistrazione dovute alla mancanza di un dominio comune, gli iscritti al Collegio IPASVI di Como che volessero registrarsi, devono compilare il modulo sotto riportato e disponibile sul sito [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it) "in evidenza" ed inviarlo in segreteria (via fax o mail). La segreteria provvederà direttamente alla registrazione on line ed invierà successivamente al richiedente una mail di conferma dell'avvenuta registrazione. Il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti in stampatello ed in modo leggibile e chiaro.



**Accesso ai servizi SBBL: richiesta password per gli utenti ai servizi**

Alla Biblioteca  
Collegio IPASVI Como

Oggetto: **richiesta da parte dell'utente di userid/password per i servizi SBBL**

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Iscritto/a al Collegio **IPASVI di Como** con la qualifica di \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

chiede l'accesso al:

- Document Delivery
- Banche dati

con: Userid \_\_\_\_\_ Password \_\_\_\_\_

**che si impegna a mantenere segrete.**

Il sottoscritto dichiara che il servizio verrà utilizzato esclusivamente per motivi di studio o di ricerca e si impegna a non cedere il codice di utilizzo ad altri. Riconosce inoltre che né il Produttore/Distributore, né la Regione Lombardia, né il CILEA sono responsabili delle informazioni recuperate dalle banche dati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B.

- i dati personali non saranno divulgati;
- la lunghezza delle userid e password deve essere da 5 a 8 caratteri ciascuna;
- userid e password dovranno essere diverse tra loro;
- il signor Paolo Rossi non deve poter scegliere come userid rossi e password paolo;
- l'accesso sarà dato con caratteri minuscoli;
- userid e password andranno scritte in modo leggibile chiaro;
- il presente modulo dovrà essere conservato dal referente responsabile della Biblioteca.

Essendo emerse alcune criticità riguardanti l'assenza di qualche iscritto ad un evento formativo, per motivi solitamente di salute, la Commissione ha esaminato ed elaborato un regolamento per consentire il recupero dell'evento stesso, nel rispetto di tutti gli iscritti.

Di seguito pubblichiamo:

1. l'elenco degli eventi svolti con i dati di riferimento
2. l'elenco dei testi acquistati dalla biblioteca nel 2010,
3. i risultati dell'elaborazione dei questionari di gradimento,
4. l'elenco aggiornato dei premi a disposizione.



## 1- EVENTI FORMATIVI 2010

## RESIDENZIALI

TITOLO EVENTO	DATA	CREDITI	PARTECIPANTI
IL CODICE DEONTOLOGICO	27 FEBBRAIO 2010	4,5	95
PEG E STOMIE	17 MARZO 2010	8	30
L'INFERMIERE E LE SCALE DI VALUTAZIONE	1 / 2 APRILE 2010	16	30
IL DIABETE (FOCUS)	20 APRILE 2010	4	170
LA COMUNICAZIONE IN EQUIPE	19 APRILE 2010	8	30
SBBL	MAGGIO	4	12
LA COMUNICAZIONE IN EQUIPE	3 GIUGNO 2010	8	27
TRACHEOTOMIE	4 SETTEMBRE	6	84
IL DIALOGO STRATEGICO (FOCUS)	6 OTTOBRE 2010	5	89
LA COMUNICAZIONE CON LA PERSONA ASSISTITA	11-18-25 OTTOBRE 2010	18	27
LIBERA PROFESSIONE	5 NOVEMBRE 2010	6	64
PEG E STOMIE	8 NOVEMBRE 2010	8	29
SALUTE GLOBALE	27 NOVEMBRE	6	60
SICURE 2010	1 - 21 DICEMBRE 2010	20	163

## FAD

TITOLO EVENTO	CREDITI	PARTECIPANTI
NURSING FAD SAEPE 9	39	
NURSING FAD SAEPE 12	48	
NURSING FAD SAEPE 9	48	
PREX LE INTERAZIONI DEI FARMACI ANTINFIAMMATORI NON STEROIDI	6	49
PREX- L'INFERMIERE E LA SICUREZZA NELLA SUA PROFESSIONE	12	17
PREX - LE INTERAZIONI DEI FARMACI ANTIDIABETICI	6	10
PREX - L'INFERMIERE CONOSCERE E COMUNICARE LE BUONE NORME DI CURA DELLA PELLE	12	13

## 2 - TESTI ACQUISTATI

TITOLO	AUTORE	EDITORE
ETICA PER LA PRATICA INFERMIERISTICA	SARA T.FRY E MEGAN-JANE JOHNSTONE	CASA EDITRICE AMBROSIANA
LA RIFORMA BRUNETTA IMPLICAZIONI GIURIDICHE E OPERATIVE NELLA SANITÀ PUBBLICA	LUCA BENCI	MC GRAW HILL

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

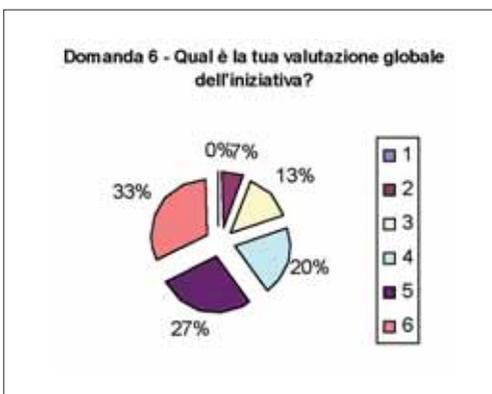
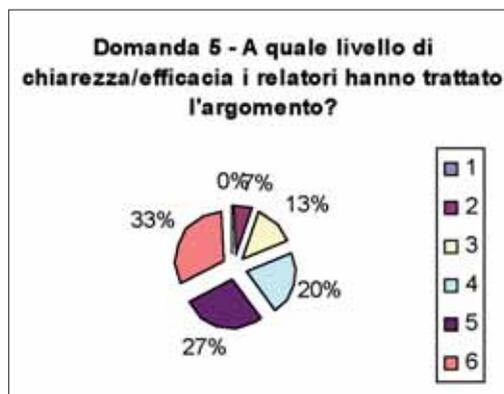
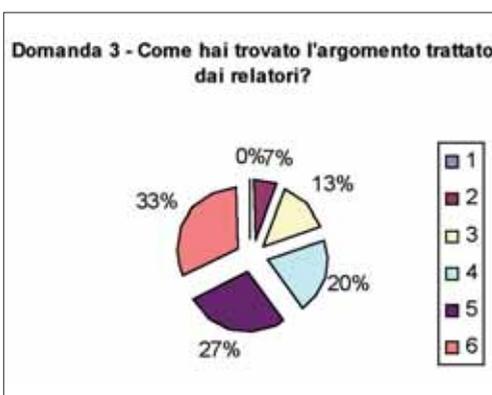
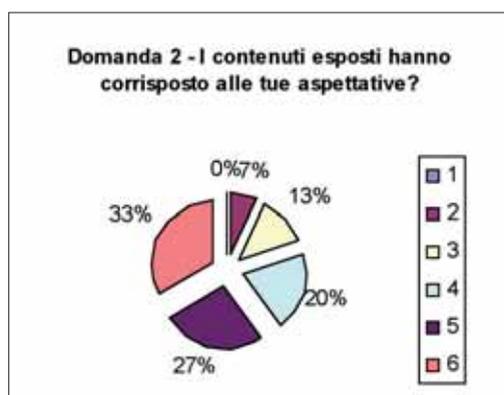
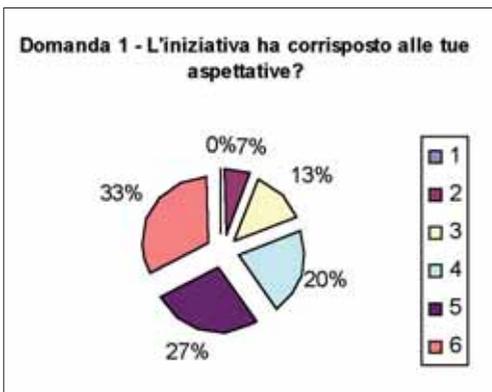
### **Il presidente della Corte dei Conti fa il punto sulla spesa sanitaria**

Il presidente della Corte dei Conti, Luigi Giampaolino, intervenendo a Roma sul tema: "La tutela della salute e il ruolo della Corte dei Conti: le spese pubbliche in materia sanitaria", ha affermato che in Italia per contenere la spesa sanitaria senza rinunciare alla qualità dei servizi bisognerà gestire meglio le risorse. "In questo campo non si spende poco, ma si spende male!", ha spiegato. Giampaolino ha esposto i dati relativi alla spesa sanitaria nel nostro Paese, che è la voce più importante della spesa corrente delle Regioni (75% in media) e risulta in costante crescita: 113,5 miliardi di euro nel 2010 (7,3% del Pil) con previsione di poco inferiore ai 115 miliardi per il 2011. Eppure, in tal senso, il "Patto per la salute" si è rivelato un'ottima "occasione" per rientrare da situazioni di deficit, visto che, negli ultimi due anni, il ritmo di crescita è rallentato.



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

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



## 4 - ELENCO AGGIORNATO DEI PREMI A DISPOSIZIONE

## ELENCO RIVISTE

EDITORE	TITOLO	PERIODICITÀ
PENSIERO SCIENTIFICO ED.	ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RICERCA	TRIMESTRALE

## ELENCO ASSOCIAZIONI

52

ASSOCIAZIONE		RIVISTA
GITIC	Gruppo italiano cardiologia	
CNAI	Consociazione Nazionale delle associazioni infermieristiche	Professione infermieristica
ANIARTI	Associazione nazionale infermieri di area critica e terapia intensiva	Scenario
ANIN	Associazione Nazionale infermieri in neuroscienze	Neu
AISLEC	Associazione infermieristica per lo studio delle lesioni cutanee	
AILPI	Associazione italiana liberi professionisti	
SIMPIOS	Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie	GILO
SISIP	Società italiana di scienze infermieristiche pediatriche	Gli infermieri dei bambini

 Libro proposto dal docente:

Titolo \_\_\_\_\_

Autore \_\_\_\_\_

Editore \_\_\_\_\_

 Libro a scelta (costo non superiore a € 100,00):

Titolo \_\_\_\_\_

Autore \_\_\_\_\_

Editore \_\_\_\_\_

IN CODA IL PROGRAMMA FORMATIVO DEL 2011 E L'ELENCO DEI CORSI FAD CON LE CONVENZIONI SOTTOSCRITTE.

## EVENTI FORMATIVI 2011 – SECONDO SEMESTRE

TITOLO EVENTO	LUOGO	DATA	DATA APERTURA
Medicazioni avanzate	Como Valduce	27 settembre	7 settembre
Medicazioni avanzate	Como C. Ferrari	22 ottobre	7 settembre
Cromoterapia	Como C. Ferrari	2 novembre	5 ottobre
Cromoterapia	Cantù	14 novembre	5 ottobre
La valutazione e la gestione del dolore: approcci, metodi e strumenti	Como C. Ferrari	25 novembre	19 ottobre
Root cause analysis	Como Don Guanella	26 novembre	26 ottobre
Disostruzione pediatrica	Como C. Ferrari	14 dicembre	9 novembre



## ATTESTATI ECM ANNO 2010

Nel mese di maggio sono stati spediti gli attestati ECM relativi agli eventi formativi svolti nel 2010 accreditati dall'Azienda Ospedaliera S. Anna.

Ricordiamo che gli infermieri dipendenti dall'azienda ospedaliera non riceveranno gli attestati, in quanto l'attestazione viene direttamente caricata sul percorso formativo individuale (a cui ogni dipendente ha accesso) dove è possibile per ognuno stampare i propri certificati.

## Corsi fad in convenzione

## ELENCO ASSOCIAZIONI

53

SOCIETÀ/AGENZIA	TIPO DI CONVENZIONE	EVENTI 2011
<b>FORMAT sas,</b> <b>Centro di Formazione</b> <a href="http://www.formatsas.com">http://www.formatsas.com</a>	corsi fad: la convenzione prevede l'acquisto di corsi fad al 50% del prezzo di listino; corsi residenziali: sconto del 20% sul costo di tutti i corsi "a mercato" che Format organizza su tutto il territorio nazionale, ad esclusione dei corsi BLS/D per i quali la riduzione prevista è del 10%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risk management: la gestione della terapia farmacologica - 5 ECM</li> <li>- Lavorare con gli operatori di supporto: modalità di integrazione e responsabilità - 5 ECM</li> <li>- Risk management: applicazione di metodi e strumenti alla pratica clinica - 5 ECM</li> <li>- La responsabilità dell'infermiere: casi e applicazioni pratiche - 5 ECM</li> <li>- Contenzione e cadute: clinica, responsabilità e organizzazione - 5 ECM</li> </ul>
<b>PREX S.p.A., specializzata nella realizzazione e progettazione di attività formative a distanza</b> <a href="http://www.prex.it">http://www.prex.it</a>	La convenzione prevede l'acquisto di corsi fad al prezzo promozionale indicato per ogni corso attivato e fino alla chiusura del corso stesso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'infermiere e la sicurezza nella sua professione - seconda edizione - 12 ECM</li> <li>- "L'infermiere: conoscere e comunicare le buone norme di cura della pelle - 9 ECM</li> <li>- Le interazioni dei farmaci antidiabetici - 6 ECM</li> <li>- Corso base per interpretazione e lettura dell'ECG per l'infermiere - 6 ECM</li> <li>- Infortuni, rischi professionali e normative in ambito sanitario - 6 ECM</li> <li>- L'infermiere e la comunicazione al paziente: come essere efficaci - 12 ECM</li> </ul> <p><b>In fase di programmazione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il trattamento delle ferite e delle piaghe</li> <li>- Ottimizzazione dell'assistenza infermieristica integrata: dall'ospedale a domicilio</li> </ul>
<b>Sanitanova</b> <a href="http://www.obiettivoinfermiere.it">http://www.obiettivoinfermiere.it</a>	La convenzione prevede l'acquisto di corsi fad con uno sconto del 37% del prezzo di listino	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dimensioni di cura - 30 ECM</li> <li>- Risk management in sanità - 30 ECM</li> <li>- Responsabilità e responsabilizzazione in sanità - 30 ECM</li> <li>- La sicurezza del paziente diabetico in ospedale - 18 ECM</li> <li>- Internet per l'infermiere - 9 ECM</li> <li>- I piani di assistenza infermieristica clinica nelle malattie scheletriche e del tessuto connettivo - 9 ECM</li> <li>- I piani di assistenza infermieristica clinica nelle malattie neurologiche - 9 ECM</li> </ul>

Certi della vostra numerosa partecipazione, continueremo il nostro lavoro con il medesimo impegno, aspettando suggerimenti, osservazioni e critiche costruttive.  
Buon anno di aggiornamento a tutti.

La Commissione Formazione.



## BLIBLIOTECA IPASVI ON LINE

La biblioteca IPASVI è on-line del Collegio IPASVI di Como è stata implementata per renderla più fruibile agli iscritti. Grazie all'acquisto di un software che consente la catalogazione e la movimentazione dei libri e l'aggiornamento in tempo reale sul sito del Collegio, sarà possibile visitare la biblioteca da casa. Attraverso il link presente sul sito, <http://www.ipasvicomo.it/sezione.do?methodcall=visualizza&id=Biblioteca> sarà possibile, infatti, prendere visione dei libri presenti, cercandoli nel catalogo per titolo, autore o argomento, e verificare la disponibilità del libro in sede o la sua momentanea assenza perché già in prestito.

È stato inoltre incrementato il budget a disposizione per l'acquisto dei libri che consentirà un miglioramento quantitativo e qualitativo dei testi presenti.

## Elenco dei libri acquistati nel 2011

TITOLO ISBN	AUTORE	EDITORE
<b>L'infermiere e il malato cardiaco</b> Procedure, protocolli e linee guida di assistenza	Gioia	Masson
<b>Manuale di nursing pediatrico</b> Infermieristica clinica in igiene mentale	Badon Pierluigi, Cesaro Simone Ciambriello Carlo, Cantelmi Tonino, Pasini Augusto	CEA CEA
<b>La pratica del primary nursing</b> L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse	Marie Manthey	Pensiero Scientifico Editore
<b>Medicina interna sistematica</b>	Rugarli C., Nuti R.	
<b>La complessità assistenziale</b>	Silvestro	Mc graw-Hill
<b>Il nuovo manuale 2011 degli standard joint commission international per l'accreditamento degli ospedali</b>		PROGEA

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

**Giornata del Sollievo, iniziative in tutta Italia**

La lotta al dolore e alle sofferenze che spesso tormentano l'ultima parte della vita di molti malati sono state al centro delle manifestazioni effettuate in tutta Italia domenica 29 maggio, X Giornata del Sollievo. L'evento, pensato per la promozione delle cure palliative e, in particolare, della terapia del dolore, è promosso dal ministero della Salute, dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e dalla Fondazione Ghirotti. Lo scopo della Giornata, celebrata per la prima volta nel 2002, è informare e sensibilizzare gli operatori sanitari e i cittadini sull'importanza di promuovere la "cultura del sollievo" ed estendere la consapevolezza che il sollievo non è solo desiderabile ma anche possibile.

In questa Giornata si afferma la centralità della persona malata e il suo diritto ad essere informata su quanto si può fare per controllare il dolore e la sofferenza attraverso le terapie più avanzate, ma anche l'importanza di considerare il malato nella sua interezza, ponendo attenzione a tutti i bisogni, psichici, fisici, sociali e spirituali, in modo da creare la migliore qualità di vita per lui e per la sua famiglia.

In Italia, gli hospice per assistere i malati terminali sono 189 (solo uno pediatrico), per un totale di 0,35 i posti letto ogni 10mila abitanti. Così, nonostante la legge 38/2010 (per l'istituzione di reti di terapia del dolore e di cure palliative tra ospedale e territorio), molto resta da fare.

L'iniziativa del 29 maggio ha registrato ben 120 eventi in tutte le regioni, organizzati da strutture sanitarie, associazioni e istituzioni locali. Dai dati del ministero della Salute sul sistema di assistenza per lenire le sofferenze dei malati terminali emerge che alcune regioni meridionali siano migliorate sul fronte hospice (Basilicata, con 0,81 posti letto per 10mila abitanti; Abruzzo con 0,60) e che permanga il buon numero di strutture operanti in Emilia Romagna e Piemonte. Ma sul piano dell'assistenza domiciliare, le cure palliative non risultano tra le priorità delle Asl e l'assistenza offerta dalla rete - basata su domicilio e hospice - è al di sotto degli standard di riferimento.

Solo i centri con equipe dedicate fanno registrare un buono livello di cure palliative domiciliari, grazie alla continuità assistenziale h24 nel 53% dei casi. Tuttavia un terzo dei pazienti deceduto per tumore muore ancora in ospedale, dopo un ricovero medio di 12 giorni.



Destinatari:  
30 infermieri

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

Data apertura  
evento:  
**7 settembre 2011** per  
entrambe le edizioni  
e fino ad esaurimento  
posti

## LE MEDICAZIONI AVANZATE

**1° edizione Como - 27 settembre 2011**

Ospedale Valduce

**2° edizione Como - 22 ottobre 2011**

Centro Cardinale Ferrari

*Docenti:*

*Dott. Torno Marco Chirurgo vulnologo - Ospedale Valduce*

*Dott.ssa Prestinari Francesca Dermatologa*

*Dott.ssa Corradini Mariacristina - Dirigente SITRA Ospedale Valduce*

*nf. Martinelli Annalisa - Coordinatrice SITRA Ospedale Valduce*

*Inf. Barrera Concetta - Ospedale Valduce*

55

### PROGRAMMA

#### 9.00/10.30

- ▷ Eziopatogenesi delle ferite e delle ulcere cutanee - Dott Torno / Dott.ssa Prestinari
- ▷ Come valutare un'ulcera cutanea (fondo,bordo, tessuto,perilesionale) - Inf Barrera
- ▷ Concetto di "time" - Inf Barrera

#### 10.30/10.45 coffe break

#### 10.45/12.30

- ▷ Concetto di bed preparation - Dott Torno/ Inf Barrera
- ▷ Medicazioni avanzate vs medicazioni tradizionali:costi e benefici Dott Torno

#### 12.30/13.30 pausa pranzo

#### 13.30/17.30

- ▷ Classificazione delle medicazioni avanzate - Inf Barrera
- ▷ Vacuum therapy - Dott Torno
- ▷ I bendaggi: tecnica ed utilizzi - Dott Torno /Dott.ssa Prestinari
- ▷ Implementazione e monitoraggio del PDTA di prevenzione delle lesioni da pressione nell'ospedale Valduce di Como - Dott Corradini/ Coord. Martinelli

#### 17.30/18.00

- ▷ test di valutazione e compilazione questionari di gradimento



Destinatari:

26 infermieri  
2 infermieri pediatrici  
2 assistenti sanitarie

Costo:

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

Data apertura eventi:

**5 ottobre 2011** e fino  
ad esaurimento posti

56

## La LUCE e I COLORI che si prendono cura del nostro ESSERE

**1° edizione Como - 2 novembre 2011**

Centro Cardinal Ferrari

**2° edizione Cantù - 14 novembre 2011**

Presidio Ospedaliero via Domea

*Docenti: Barbara Sironi - Inf. libero professionista*

### PROGRAMMA

#### 8.30/11.00

- ▷ Definizione di COLORE e di LUCE
- ▷ L'importanza della LUCE per il fisico e la psiche
- ▷ Come il colore viene percepito dall'apparato visivo, cenni di anatomia e fisiologia
- ▽ Storia del colore e del suo utilizzo terapeutico nelle civiltà antiche:
  - ▷ Greci e medicina ippocratica
  - ▷ Cinesi
  - ▷ Medicina ayurvedica

#### 11.00/11.15 pausa caffè

#### 11.15/12.30

- ▷ Esperienza pratica di respirazione cromatica

#### 13.30/17.30

- ▷ Il COLORE e i suoi effetti sul fisico e sulla psiche
- ▷ Aspetti simbolici, immagini e collegamenti con il mondo del collettivo
- ▷ Il codice del colore negli ambienti e pratiche sanitarie
- ▷ Utilizzo del colore nelle pratiche di benessere e antistress (esperienza pratica)

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

#### **Se i Lea non sono uguali per tutti...**

Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Marche, Piemonte, Umbria, Veneto e Liguria: sono queste otto Regioni ad aver superato senza troppi affanni "l'esame" del ministero della Salute sull'applicazione dei Livelli essenziali di assistenza. Questo dice il Rapporto sull'adempimento del mantenimento dei Lea relativo al 2009, realizzato dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del ministero. La valutazione è stata data sulla base di un set di 21 indicatori che vanno dalla copertura vaccinale dei bambini a due anni per il ciclo base di tre dosi ai tassi di ricovero agli interventi in emergenza. Alle otto Regioni vanno aggiunte altre tre che sono state considerate adempienti, ma con alcune criticità da risolvere: Basilicata, Sardegna e Puglia. Alla prima e alla terza, per esempio, viene chiesto di ridurre il numero dei parti cesarei, mentre la Sardegna deve impegnarsi per migliorare le risorse finanziarie da destinare all'assistenza farmaceutica e per attuare azioni di potenziamento della prevenzione secondaria (tipo programmi di screening). Critica, invece, la situazione in altre Regioni: Molise, Abruzzo, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia. In questi casi, gli impegni vengono rimandati ai rispettivi Piani di rientro con indicazioni specifiche per ciascuna Regione. Quasi tutte, per esempio, dovranno rivedere l'assistenza ospedaliera (per ridurla o renderla più appropriata, secondo i Piani); per qualcuna si chiede di contenere la spesa farmaceutica; e ad altre di riferirsi ai Piani di rientro per quanto riguarda l'assistenza territoriale, domiciliare, agli anziani e gli hospice.



Posti a disposizione:  
120

Destinatari:  
Infermieri, infermieri  
pediatrici/Vigilatrici  
d'Infanzia, Assistenti  
Sanitari

**Evento gratuito**

Data apertura  
evento:  
**26 ottobre 2011** e  
fino ad esaurimento  
posti

Evento organizzato in collaborazione con



## **La valutazione e la gestione del dolore: approcci, metodi e strumenti**

**Como - 25 novembre 2011**

Centro Cardinal Ferrari

57

*Docenti:*

*Favaretto Tiziano - Inf. Libero professionista  
servizi di assistenza domiciliare professionale  
dedicato a persone con malattia oncologica*

### **PROGRAMMA**

**9.30/10.00**

- ▷ Registrazione partecipanti

**10.00/11.15**

- ▷ Le cure palliative e lotta al dolore: storia, legislazione e concetti di base

**11.15/11.30 coffee break**

**11.30/12.30**

- ▷ L'approccio al dolore: definizione e cenni di fisiologia
- ▷ Le scale di valutazione del dolore

**12.30/13.30 pausa pranzo**

**13.30/18.00**

- ▷ Il controllo del dolore: la scala analgesica dell'OMS, i falsi miti dei farmaci oppioidi
- ▷ Il dolore totale e il lavoro di equipe

**18.00/18.15**

- ▷ Chiusura dei lavori e questionari ECM

Crediti ECM: in attesa



MODALITÀ  
DI ISCRIZIONE

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)

Data apertura  
evento:

**26 ottobre 2011** e  
fino ad esaurimento  
posti

Inviare ENTRO 5  
giorni dall'iscrizione  
telefonica il coupon  
allegato (pagina  
seguente)

## CORSO FAD BLENDED Root Cause Analysis (RCA)



Il Corso Fad Blended sulla Root Cause Analysis (RCA), così come quello precedente denominato "Sicure", si pone l'obiettivo di contribuire alla promozione della cultura del "risk management", del miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico e dello sviluppo delle capacità di analisi e reazione ad un evento avverso.

Il Progetto, che nasce dalla partnership tra Ministero della salute, Ispasvi e Fnomceo con il supporto di provider esterni per la gestione tecnica dei corsi, prevede nel 2011 la disponibilità con le stesse modalità anche di corsi sull'Audit clinico e sul Governo clinico.

Oltre alla modalità di fruizione online, è prevista quella "residenziale" tramite eventi formativi attivati dagli Ordini e Collegi provinciali.

Il Collegio IPASVI di Como ha deciso di aderire a questa iniziativa ed ha programmato l'evento al quale possono partecipare per ogni sessione al massimo 200 tra Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri pediatrici.

Il manuale del corso RCA è scaricabile in PDF dal sito della Federazione [http://www.ipasvi.it/archivio\\_news/fad/2/Manuale%20RCA.pdf](http://www.ipasvi.it/archivio_news/fad/2/Manuale%20RCA.pdf)

Il corso è rivolto SOLO agli iscritti del Collegio IPASVI di Como e si svolgerà presso la Sede del Collegio IPASVI di Como – viale C.Battisti,8  
Il prerequisito indispensabile per partecipare all'evento è di aver approfondito i contenuti del manuale RCA.

I 12 crediti ECM sono assegnati al partecipante per una sola delle modalità di fruizione del corso: [o quella Fad oppure per quella di tipo residenziale.](#)

**Il corso residenziale si svolgerà a Como l'auditorium dell'Opera  
Don Guanella via T. Grossi, 18**

**il giorno sabato 26 novembre 2011 in due sessioni:**

**mattutina 9.00/12.00  
pomeridiana 14.30/17.30**



## COLLEGIO IPASVI COMO SCHEDA DI ISCRIZIONE

CORSO FAD BLENDED  
Root Cause Analysis (RCA)

59

COGNOME NOME INDIRIZZO TEL.  E-MAIL DATA E LUOGO DI NASCITA CODICE FISCALE QUALIFICA ISCRITTO AL COLLEGIO IPASVI DI COMO DAL AL N.  DI POSIZIONE.SEDE DI LAVORO  sessione mattutina 9.00/12.00 sessione pomeridiana 14.30/17.30

Gentile iscritto, i dati personali, identificativi o sensibili che ci ha fornito, prestando consenso per il trattamento, verranno utilizzati ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 (normativa sulla privacy) al fine di permettere l'espletamento degli adempimenti informativi, amministrativi, commerciali e contabili connessi al rapporto contrattuale/professionale/collaborativo che intercorre tra l'iscritto ed il Collegio IPASVI di Como. Copia integrale dell'informativa potrà essere richiesta presso la sede del Collegio stesso. Si invitano gli iscritti che non avessero ancora ritirato, o avessero smarrito, l'informativa al trattamento dati del Collegio IPASVI a richiederne copia presso la sede del Collegio stesso

Il sottoscritto 

Firmando e il presente modulo accetta integralmente le modalità di iscrizione sopra descritte e dichiara che quanto compilato corrisponde al vero, inoltre autorizza il Collegio IPASVI di Como al trattamento dei propri dati personali identificativi o sensibili per le finalità formative, amministrative, informative e commerciali del Collegio IPASVI di Como ai sensi del d.lgs 196/03.

Data  Firma 

Destinatari:  
30 infermieri  
Pediatrici /Vigilatrici  
d'Infanzia - Infermieri

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

Data apertura eventi:  
**16 novembre 2011** e  
fino ad esaurimento  
posti

60

## Manovre di disostruzione delle vie aeree per soggetti in età pediatrica

Como - 14 dicembre 2011

Centro Cardinal Ferrari

Il corso è rivolto prevalentemente agli infermieri pediatrici/Vigilatrici  
d'Infanzia e/o infermieri che operano in ambito pediatrico.

*Docenti: Belotti Riccardo, Brienza Domenico, Ferrara Paolo,  
Toppi Pierpaolo, Zappa Sonia*

### PROGRAMMA

#### 9.00 /11.00

- ▷ Registrazione dei partecipanti, presentazione e introduzione al corso
- ▷ Parte teorica: Obiettivi e strategie di intervento MDVAEP
- ▷ Dimostrazione: Sequenza a un soccorritore lattante e bambino

#### 11.00/11.30 Pausa

#### 11.30/14.00

- ▽ Addestramento pratico:
  - ▷ Lattante
  - ▷ Bambino
  - ▷ Valutazione Pratica
  - ▷ Test di gradimento e chiusura dei lavori

### RISCOSSIONE QUOTE ANNO 2011

Ricordiamo agli iscritti che il termine per il pagamento della quota di iscrizione per l'anno 2011 è scaduto il 28/02/2011

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

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

**Intestato a Collegio IPASVI Como – causale “quota di iscrizione anno 2011”** ed inviare copia della ricevuta via fax al n. 031/262538

Ricordiamo agli iscritti che hanno pagato la quota di iscrizione e la polizza RC con bonifico bancario, di accertarsi, qualora il c/c sia intestato al marito/moglie o ad altra persona, che ci sia il proprio nominativo nella causale.

Per qualsiasi informazione contattare la segreteria.

#### Orari di Segreteria:

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



# Elenco esercizi commerciali Convenzionati con il Collegio Ipasvi di Como

ESERCIZIO COMMERCIALE	TIPO DI CONVENZIONE	MODALITÀ DI ADESIONE
<b>CENTRO BENESSERE PAOLA POGGI</b> Via Dante, 2 - Cantù - 031/7073559 lun/ven dalle 10.00 alle 20.00	Sconto del 20% su servizi relativi al rimodellamento della figura femminile nonché del benessere fisico.	Consulento gratuito su prenotazione. Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>CENTRO ESTETICO LARIANO</b> Via Napoleona, 24 - Como - 031/590335	Sconto del 10% sui servizi offerti.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>CENTRO ESTETICO PROFESSIONALE EDEN</b> Via Fratelli Recchi, 7 - Como 031/570367- 570571	Sconto dal 10% al 40% a seconda dei programmi e trattamenti.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>DENTAL CENTER STUDI DENTISTICI</b> Via Bellinzona, 194 - Como Tel. 031/531902 fax. 031/5340550 dentalcenter.co@libero.it	Sconto del 20% a tutti gli iscritti e loro familiari sul tariffario dello Studio.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>DOTT. FURLANETTO MAURIZIO GIULIANO</b> Medico chirurgo Odontoiatra Via Giulio Cesare, 5 Cantù - Tel. 031/714390	Sconto del 20% a tutti gli iscritti sul listino prestazioni.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>IN FORMA BEAUTY &amp; WELLNESS</b> Piazza Garibaldi, 5 - Cantù - Tel. 031/715725	Sconto del 25% sui programmi personalizzati.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>ISTITUTO DEL MASSAGGIO</b> Via Bellinzona, 27 - Como - Tel. 031/573818	Sconto del 10% su trattamenti curativi ed estetici. Sconto del 15% su abbonamento	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>LA CITTÀ DEL BENESSERE</b> Via dei Mille, 5 - Como 031/278483	Sconto del 10% su: tutti i trattamenti estetici tutti i prodotti per la cura della persona tutta la regalistica e la bigiotteria	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>LARIO LIBRI SRL</b> Via Montorfano, 47 - Lipomo Tel. 031/280180	Sconto del 10% sui testi scolastici, parascolastici e compiti per le vacanze. Sconto 15% varia adulti e ragazzi editori maggiori. Sconto 20% dizionari ed atlanti (escluso greco e latino). Sconto 25/30% promozioni.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>LGM SANITARIA di La Greca Massimiliano</b> Cernenate via Fratelli Cervi, 2 031/722630 - 031/722431 - 393/7497426	Sconto del 10% su tutti i prodotti commercializzati tranne quelli già in promozione.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>LIBRERIA MENTANA</b> Via Mentana, 13 - Como - Tel. 031/270209	Sconto del 15% su tutti i libri presenti	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>OTTICA MONTORFANO S.A.S.</b> Via F.lli Rosselli, 13 Como - 031/572518	Sconto del 20% su montature da vista e sole lenti oftalmiche - lenti a contatto annuali	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>PALESTRA LARIO</b> Via Bellinzona, 35/a - Como Tel. 031/570640	Sconto del 20% su ogni tipo di abbonamento, corso o lezioni private (anche per familiari o conviventi).	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>PSICOLOGIA DELLO SPORT STUDIO FLY</b> Via Don Gnocchi, 46 - Arosio 335/5336641 studio@psicologiafly.com www.psicologiafly.com	Sconto del 20% per: - Consulenze psicologiche in ambito sportivo - supporto atleta infortunato, mental training per lo sport, pianificazione di programmi specifici - Colloqui psicologici - infanzia, adolescenza, coppia, stress, dipendenze dalle tecnologie	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>RANCH MA.LU</b> Via Olcellara, 24 - Cavallasca Tel. 031/539988	Sconto del 10% su cene, consumazioni bar, passeggiate a cavallo ecc (anche per familiari) Iscriz. Annuale € 10,00	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>STUDIO COMMERCIALISTI ASSOCIATI SALERNO E BRUNETTI</b> Via dei Mille, 5 - Tel. 031/270321	Sconto del 10% su prestazioni professionali di carattere fiscale, contabile, denunce, paghe e contributi.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>STUDIO MEDICO DENTISTICO INCERRANO Dr. SERGIO E ASSOCIATI</b> Via D. Guanella, 6 Montano Lucino - Tel. 031/471779	Sconto su prestazioni professionali	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE</b> Via Dei Mille, 5 - Como - Tel. 031/275049	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como



# SEGRETERIA INFORMA

## ORARI DI SEGRETERIA

Da lunedì a venerdì 8.30/12.00 - 14.00/16.30

## ORARI BIBLIOTECA

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

Orari di accesso:

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

## CAMBIO RESIDENZA

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

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

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

## SMARRIMENTO TESSERA

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

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

## CANCELLAZIONE ALBO

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

A tale domanda vanno allegati:

- marca da bollo da € 14.62
- tessera di iscrizione al Collegio
- ricevuta di pagamento della quota di iscrizione dell'anno in corso.

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

## CERTIFICATI DI ISCRIZIONE

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

- direttamente ed in tempo reale presso la sede
- telefonicamente indicando le generalità del richiedente. Nel caso in cui non sia l'interessato a ritirarlo,

la persona incaricata deve essere munita di delega scritta e fotocopia del documento di identità del richiedente il certificato.

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

A richiesta il certificato può essere spedito con posta prioritaria. Si ricorda che il certificato di iscrizione è un documento che può essere autocertificato.

## BOLLO AUTO

Per avere l'adesivo del Collegio occorre compilare la richiesta sul modulo appositamente predisposto.

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

## LIBERA PROFESSIONE

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

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

## CONSULENTE DEL LAVORO

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

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

## CONSULENTE LEGALE

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

## COLLOQUI

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

## POLIZZA R.C. PROFESSIONALE

È possibile sottoscrivere una polizza rc professionale con:

- CIS/TUA Collegio IPASVI di Como
  - WILLIS/CARIGE Federazione Nazionale IPASVI
- Per i contratti e la modulistica contattare la Segreteria del Collegio.



Di seguito troverete il modulo per proporre la vostra candidatura.  
Partecipate numerosi, e tenetevi aggiornati anche sul nostro sito [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it)

**SCHEDA DI CANDIDATURA  
PER RINNOVO CARICHE TRIENNIO 2012/2014**

Cognome  Nome

Data e luogo di nascita

Iscritto al Collegio Ipasvi di Como dal  al N°

Qualifica:  inf.  As  vi/inf.ped.

Sede di lavoro

Recapito telefonico

E-mail

Esperienze professionali e/o formative significative

SPECIFICARE SE INTENDE CANDIDARSI NEL:

CONSIGLIO DIRETTIVO

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Firma

**INVIARE LA SCHEDA A:**

**COLLEGIO IPASVI - VIALE C. BATTISTI, 8 - 22100 COMO**

**TEL. 031/300218 - FAX. 031/262538 E-mail: [info@ipasvicomo.it](mailto:info@ipasvicomo.it)**

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

La informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche e integrazioni, i dati e le informazioni richieste verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuale ed informatici.

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti il rinnovo delle cariche nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

Il titolare del trattamento è il Collegio IPASVI di Como, viale C.Battisti,8. Il responsabile del trattamento è il presidente pro-tempore dell'Ente.

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.lgs n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente autorizza il trattamento dei dati personali.

Data

Firma



# Infermieri

I nostri valori non cambiano.  
I modi per condividerli, sì.



Visita il nuovo portale  
[www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)



Giornata  
internazionale  
dell'infermiere

**12 maggio 2011**



IPASVI

COLLEGIO INFERMIERI  
DELLA PROVINCIA DI COMO  
[www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it)



IPASVI  
Federazione Nazionale Collegi Infermieri