

Marzo 2012 - N. 49

# 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.ipasvico.com](http://www.ipasvico.com)**

"Villa del Balbianello" - Lenno

Editoriale - Appartenenza o conformismo?	2
Nuovo consiglio direttivo commissioni di lavoro e Assembla annuale 2012	5
<b>ATTUALITÀ</b>	
Liberalizzazioni, ordini, bene comune: quale nesso?	6
Infermiere volontarie CRI	8
Tar Lazio - infermieri e farmacie	9
Ricostituzione Coordinamento Regionale lettera ENPAPI Collegi del Coordinamento	10
Congresso IPASVI - Mozione finale	11
Gli italiani promuovono gli infermieri	12
La sanità italiana sostenuta dagli infermieri	14
Le parole sono potenti	16
Assicurazione iscritti	17
<b>Dalla parte del bambino</b>	
Termoregolazione nel neonato critico	18
<b>È evidente che...</b>	
Le caratteristiche del vissuto emotivo dell'infermiere in hospice	25
<b>Infermieristica e cure complementari</b>	
La "nuova menopausa"	31
<b>Posta e risposta</b>	35
<b>News from the web</b>	37
<b>Articoli originali</b>	
Il cambiamento nelle organizzazioni sanitarie: l'intensità di cure, come leggerne l'evoluzione	39
Perché commettiamo gli errori?	44
<b>Dal Collegio</b>	
Commissione formazione	47
Iscritti/cancellati	57
Iniziativa per 12 maggio 2012	58
Pec	59
Convenzioni	61
Segreteria informa	62

## APPARTENENZA O CONFORMISMO?!

Dott. Stefano Citterio  
Presidente Collegio IPASVI Como

*Dal 1994 ad oggi (anno di pubblicazione del Profilo) la nostra professione ha avuto un susseguirsi di norme e cambiamenti che hanno comportato la definizione di un nuovo ordinamento professionale, completamente differente dal precedente. Il percorso di crescita e sviluppo non si è ancora interrotto. Siamo nella fase conclamata del post-mansionario. Oggi più di ieri è necessario ri-chiarire quale è il ruolo che gli infermieri devono (vogliono) assumere nel contesto socio-sanitario attuale in continuo mutamento. La nostra professione va considerata come un'insieme di più sistemi tra di loro interdipendenti quali: la formazione, il management, la ricerca e l'esercizio professionale. Ciascuno di questi ambiti è interdipendente dall'altro. Un primo errore da evitare è di considerare come significativo uno solo dei contesti enunciati. Per dirsi professione occorre presidiare tutte le dimensioni che costituiscono una professione a tutto tondo. Il progetto professionale deve essere collettivo e condiviso.*



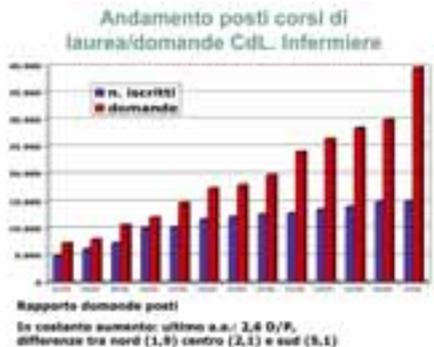
*La qualità e l'attrattività della formazione della laurea triennale, nonostante le criticità che affronta quotidianamente, è in costante crescita. I corsi di laurea in Infermieristica sono tra i pochi corsi Universitari che mettono sul mercato neolaureati che -nella maggioranza dei casi - sono in grado, da subito, di assumersi alcune responsabilità specifiche e richiedono mediamente solo pochi mesi di inserimento per essere operativi a tutti gli effetti. Le sfide della formazione riguardano non solo le nuove leve ma soprattutto il mantenimento e lo sviluppo delle nuove competenze e professionalità che il sistema in continua evoluzione chiede al professionista.*

Il trend, costantemente in crescita di coloro che desiderano iscriversi al Corso di Laurea per Infermieri (2,8 domande per ogni posto disponibile) e l'elevato numero di Infermieri che decidono di dedicare risorse ed energie per la frequenza ad un Master segnalano un fermento positivo per la professione.

Allo stesso modo l'offerta formativa è quanto mai diversificata - anche se spesso non coerente con i bisogni sanitari emergenti (es. pochi sono i master di geriatria o di sanità pubblica)- e completa dal punto di vista dell'intero percorso Universitario (ad esclusione dei diplomi di specializzazione).



La ricerca - vero punto critico della nostra professione pur con un miglioramento evidenziato negli ultimi anni segnala ancora un grande deficit sia come numerosità sia come qualità e scientificità degli studi effettuati.



Nel campo dell'esercizio professionale e del management va rilevato che la crescita demografica e l'andamento epidemiologico richiedono lo sviluppo di una professione che sappia cogliere queste sfide come opportunità. Sottolineo solo due riverberi di questi sviluppi: il primo interno alla professione dove l'invecchiamento della popolazione lavorativa infermieristica rischia di stressare ulteriormente alcune criticità intrinseche alla nostra attività (es. lavoro per turni). Il secondo, prende spunto dalla considerazione che la tradizione culturale infermieristica è Ospedaliera e poco orientata al territorio e alle strutture socio sanitarie (tipo RSA)

dove è più probabile che debba trovare risposta l'aumento di anziani e cronicità attesa in futuro. Anche i principi dell'integrazione Ospedale - Territorio e della necessità di aumentare le cure primarie rimangono per molti aspetti poco concreti ed incisivi la realtà socio-sanitaria. Anche l'impiego dei laureati specialistici nei diversi settori (formativo, organizzativo e di ricerca) non è omogeneo ne tantomeno particolarmente valorizzante le competenze acquisite.

La variabile economica, che proprio a partire dagli anni 90, ha assunto un ruolo sempre più rilevante - oggi più che mai - nell'orientare le politiche sanitarie nazionali e regionali chiede agli infermieri di confrontarsi con nuove sfide. All'interno della professione il blocco del turn-over, le risorse economiche limitate costringono il Management Infermieristico a garantire l'assistenza ridefinendo le dotazioni organiche e ricercando sempre maggiore efficienza attraverso strategie di redistribuzione delle risorse che tengano conto dei diversi fattori in gioco (carichi di lavoro, competenze richieste, età lavorativa, esoneri, ecc.).

I vincoli economici, inoltre inducono a ricercare forme di controllo e contenimento della spesa socio-sanitaria che vengono valutati dai professionisti come invasivi o sylventi la propria autonomia professionale.

Il vincolo economico viene poi spesso indicato, a volte in modo strumentale, come causa dei mancati sviluppi economici e di carriera, basti pensare al tanto atteso riconoscimento contrattuale dei master clinici preannunciato dalla legge 43 del 2006. La razionalizzazione auspicata rischia di trasformarsi troppo spesso in razionamento.

I nuovi modelli organizzativi (intensità di cure, complessità assistenziale) così come nuove responsabilità attribuite agli infermieri (See and Treet, Fast Track, ruolo sui mezzi di soccorso intermedio) richiedono nuove competenze per gli infermieri. L'infermiere, che nasce come "generalista" (Dm 739/94), si trova, nei nuovi modelli organizzativi, a dover sviluppare competenze specialistiche, in alcuni casi su diverse specialità mediche (es. aggregazioni per intensità di cure). Si tratta quindi di avere un professionista multi competente e NON più specializzato in una sola disciplina (spesso medica) come accadeva nell'organizzazione tradizionale Ospedaliera. Questo può diventare una grande opportunità per ridisegnare il profilo competenziale dell'infermiere basandolo sull'assistenza infermieristica e sulla capacità di gestire e coordinare processi tipica della nostra professione. Allo stesso modo c'è una forte spinta a che l'Infermiere acquisisca competenze più "tecniche" legate ad esempio alla capacità di gestire nuove tecnologie e processi nel contesto diagnostico terapeutico.

La sintesi di queste tendenze che la professione saprà delineare costituirà la nuova identità infermieristica del presente e del futuro come si è ben dibattuto ed esemplificato nel corso dell'ultimo congresso nazionale IPASVI a Bologna.

Come vediamo, solo da questi brevi spunti, i temi in discus-



sione sono molti e diversificati e su questi, ciascuno di noi, in relazione alla posizione che occupa è chiamato ad una responsabilità.

Vorrei concludere con due auspici che traggo volentieri da due canzoni di Giorgio Gaber: "L'appartenenza" e "Il conformista".

Il primo è positivo ed è legato al richiamo che queste trasformazioni devono avere sull'appartenenza alla nostra professione, come forza propulsiva e costruttiva che "è quel vigore che si sente se fai parte di qualcosa, che in sé travolge ogni egoismo personale con quell'aria più vitale che è davvero contagiosa" e che può diventare "... quella forza che prepara al grande salto decisivo".

Il secondo, che mi auguro non accada, prende spunto da quanto ci dice Gaber nella canzone "Il conformista" che racconta, in modo geniale e ironico, come l'Uomo (cioè ognuno di noi) nonostante l'apparente adeguarsi alle novità che incalzano, possa in realtà ritrovarsi ad essere anziché un uomo nuovo (parafrasando, una professione nuova) semplicemente un nuovo conformista: "un uomo nuovo talmente nuovo che si vede a prima vista (...) il nuovo conformista".

Sempre attraverso Gaber vorrei però mantenere lo slancio positivo che può nascere dal vivere maggiormente l'appartenenza alla professione: "sarei certo di cambiare la mia vita se potessi cominciare a dire noi" 

4

### IL CONFORMISTA di Giorgio Gaber

Il conformista

è uno che di solito sta sempre dalla parte giusta, il conformista ha tutte le risposte belle chiare dentro la sua testa è un concentrato di opinioni che tiene sotto il braccio due o tre quotidiani e quando ha voglia di pensare pensa per sentito dire forse da buon opportunista si adegua senza farci caso e vive nel suo paradiso.

Il conformista

non ha capito bene che rimbalza meglio di un pallone il conformista aerostato evoluto che è gonfiato dall'informazione è il risultato di una specie che vola sempre a bassa quota in superficie poi sfiora il mondo con un dito e si sente realizzato, vive e questo già gli basta e devo dire che oramai somiglia molto a tutti noi il conformista il conformista.

Io sono

un uomo nuovo  
talmente nuovo  
che si vede a prima vista  
sono il nuovo conformista.

### L'APPARTENZA di Giorgio Gaber

L'appartenenza

è assai di più della salvezza personale è la speranza di ogni uomo che sta male e non gli basta esser civile. È quel vigore che si sente se fai parte di qualcosa che in sé travolge ogni egoismo personale con quell'aria più vitale che è davvero contagiosa.

Uomini

uomini del mio presente non mi consola l'abitudine a questa mia forzata solitudine io non pretendo il mondo intero vorrei soltanto un luogo un posto più sincero dove magari un giorno molto presto io finalmente possa dire questo è il mio posto dove rinasca non so come e quando il senso di uno sforzo collettivo per ritrovare il mondo.

L'appartenenza

è un'esigenza che si avverte a poco a poco si fa più forte alla presenza di un nemico, di un obiettivo o di uno scopo è quella forza che prepara al grande salto decisivo che ferma i fiumi, sposta i monti con lo slancio di quei magici momenti in cui ti senti ancora vivo. Sarei certo di cambiare la mia vita se potessi cominciare a dire noi.



# Nuovo consiglio direttivo, commissioni di lavoro e Assemblea Ordinaria 2012

A seguito delle elezioni effettuate nel novembre scorso il nuovo Consiglio Direttivo è risultato così composto:

## CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: CITTERIO STEFANO  
 Vice Presidente: POZZI PAOLA MARIELLA  
 Segretario: BIANCHI MARIA LUISA  
 Tesoriere: MARINO CIRO  
 Consiglieri: CAVALLARO LOREDANA  
 CAVENAGHI KATIA  
 FRIGERIO DANIELA  
 GIUSSANI PAOLA  
 REDAELLI RITA  
 MAFFIA ROSELLA  
 RIVA MONICA  
 RONCHETTI ORESTE  
 TANGREDI SANDRO  
 TROMBETTA MONICA  
 VALLE DORIANA

## COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente: PINA ADELAIDE  
 Membro effettivo: CANEVALI BARBARA  
 Membro effettivo: MARZORATI MICHELA  
 Membro supplente: ALUNNI MANUELA

A seguito di quanto deciso in sede di Consiglio Direttivo e approvato in sede di assemblea ordinaria 2012 sono state identificate le seguenti commissioni così composte:

## COMMISSIONE FORMAZIONE

referente: Frigerio Daniela  
 segretario: Trombetta Monica  
 componenti:

- Cavallaro Loredana
- Pozzi Paola Mariella

## COMMISSIONE ESERCIZIO

referente: Valle Doriana  
 segretario: Redaelli Rita  
 componenti:

- Bianchi Maria Luisa
- Maffia Rosella
- Riva Monica
- Ronchetti Oreste

## COMMISSIONE IMMAGINE E COMUNICAZIONE

referente: Giussani Paola  
 segretario: Redaelli Rita  
 componenti:

- Cavenaghi Katia
- Pozzi Paola Mariella
- Tangredi Sandro

## COMITATO DI REDAZIONE AGORÀ

responsabile: Citterio Stefano  
 componenti:

- Pozzi Paola Mariella
- Ronchetti Oreste
- Trombetta Monica

## Assemblea Ordinaria degli iscritti anno 2012.

In data 9 marzo u.s. si è svolta l'assemblea ordinaria 2012. Troverai sul sito del Collegio [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it) nella sezione bacheca, assemblea ordinaria e bilanci, le Relazioni del Presidente, consuntiva 2011 e programmatica 2012, nonché il conto consuntivo 2011 e preventivo 2012.



# Liberalizzazioni, ordini, bene comune: quale nesso?

di Oreste Ronchetti - Consigliere IPASVI Como

6

Il primo di marzo, c'è stata la manifestazione nazionale degli ordini professionali per far conoscere le proprie perplessità nei confronti dell'azione che il governo sta attuando rispetto alle così dette "liberalizzazioni".

L'intento del Governo, dichiarato in più sedi, è quello di utilizzare le "liberalizzazioni" per andare a limare posizioni ritenute di privilegio e/o monopolio in alcuni settori produttivi del Paese, garantendo in questo modo il bene comune.

Al di là del contenuto della manifestazione credo che questo intervento debba portarci a riflettere sul significato che deve avere un ordine professionale all'interno di quello che viene definito il "bene comune".

Ogni organismo, soprattutto se rappresenta lo stato, dovrebbe muoversi nella logica della ricerca del bene comune, considerando gli interessi dei propri iscritti ed i diritti di chi usufruisce dei servizi che gli iscritti stessi offrono.

Ciò che le "liberalizzazioni" vorrebbero garantire è la possibilità che questi servizi possano essere erogati in modo concorrenziale, senza che si formino "cartelli" che permettano ai professionisti di avere posizioni di monopolio o comunque di scarsa concorrenza, che rischiano di generare un incremento non giustificato dei costi dei servizi per i cittadini.

Le professioni, ad esempio, ponendo forti barriere in entrata limiterebbero l'accesso al mercato del lavoro ad altri professionisti per ridurre impropriamente la concorrenza.

## Professional DAY

Il primo marzo il CUP (comitato unitario delle professioni, che raccoglie gli oltre 2,1 milioni di professionisti iscritti ad un Ordine/Collegio professionale) ha organizzato il Professional Day per far sentire la voce dei professionisti sul tema delle liberalizzazioni in corso di definizione da parte del Governo. Si tratta di un provvedimento ampio che coinvolge molti settori produttivi (si va dai taxi alle farmacie, ai notai ecc.). Anche a Como c/o l'auditorium Don Guanella, prima del collegamento con la manifestazione nazionale, si è svolta una tavola Rotonda, condotta da una giornalista della Provincia, tra i professionisti di Como cui ha partecipato il Presidente dell'IPASVI di Como, Stefano Citterio.

Si è discusso di molti temi. In particolare tre sono le questioni che stanno a cuore agli Infermieri:

- la deontologia professionale: ossia che venga garantito l'attuale ruolo degli Ordini e dei Collegi con eventualmente l'introduzione di nuovi strumenti operativi;
- le tariffe: un riferimento pare indispensabile per poter gestire eventuali controversie e per dare una giusta retribuzione all'attività infermieristica;
- le società tra professionisti con la possibilità di utilizzo di capitali esterni che deve comunque garantire l'autonomia del professionista.

Ritengo che, da questo punto di vista, la nostra categoria non possa essere annoverata tra coloro che necessitino di essere "liberalizzati", infatti l'unico vincolo all'accesso alla professione infermieristica è definito dal numero chiuso previsto per i corsi Universitari, ma non certo dai criteri di ammissione all'ordine, visto che per potersi iscrivere, agli infermieri è richiesta l'abilitazione che conseguono con la laurea e la buona condotta.

Interessante invece è aprire una riflessione sul fronte della meritocrazia tra i professionisti e della cultura di chi si rivolge al professionista per usufruire dei suoi servizi.

Rispetto al primo punto ritengo che un ordine professionale debba riuscire a darsi delle regole

interne, magari anche attraverso il proprio codice etico, che permettano di evidenziare la professionalità e le capacità del professionista, permettendo nel contempo a coloro che vogliono usufruire dei servizi offerti di poter "scegliere" il professionista di cui avvalersi in base alle sue referenze, certificate da un organo che ne garantirebbe la veri-



dicità. Una sorta di **certificazione tra pari, codificata, oggettiva, periodicamente rinnovabile e pubblicamente conosciuta e riconosciuta**.

Se pensiamo che oggi a tutte le strutture che operano all'interno del sistema sanitario lombardo, vengono richieste certificazioni di qualità per essere riconosciuti e rimborsati rispetto ai servizi erogati, perché non prevedere qualcosa di simile anche per il singolo professionista?

E per evitare che questa certificazione venga gestita in modo burocratico, cosa che spesso significa limitarsi all'evidenza di "pezzi di carta" senza scendere nella verifica delle reali capacità del professionista, perché non chiedere che siano gli stessi ordini ad attivarsi per proporre una certificazione che sia il più possibile oggettiva, meritocratica e verificabile?

Allo stesso tempo e qui passiamo al secondo punto, per far in modo che questa certificazione non rimanga solamente un esercizio mentale per

i soli addetti ai lavori, occorrerebbe un'azione di formazione ed informazione dei fruitori dei servizi erogati dal professionista, perché capiscano che chi raggiunge la certificazione, rispetto a chi non la raggiunge, può garantire l'erogazione di servizi qualitativamente migliori.

Forse un'azione così impostata potrebbe finalmente portare anche nella nostra professione una sana concorrenza, non più basata solo sulle tariffe ma anche sulla qualità.

Certo non è cosa semplice da realizzare e probabilmente richiede anche parecchio tempo, ma se pensiamo che anche gli ordini professionali nascono per garantire il raggiungimento di quel bene comune che dovrebbe permettere al paese di crescere, non solo economicamente, ma anche culturalmente ed eticamente, allora un'azione di questo tipo non solo sarebbe auspicabile, ma rientrerebbe nelle competenze e nei compiti che un ordine professionale dovrebbe avere.

**L'INFERMIERE**

**«Servirebbe una riforma  
Non cancellare le regole»**



COMO - (a. dib.) Il decreto sulle liberalizzazioni preoccupa anche Stefano Citterio, presidente dell'Ordine degli infermieri di Como, anche se la categoria, ammette, vive la riforma «un po' da lontano».

Il motivo è presto detto: l'83% dei 3400 infermieri iscritti all'ordine di Como è un contratto di lavoro dipendente e solo il 17% è un libero professionista.

Ma ci sono temi che stanno comunque a cuore di a tutti. «L'abolizione delle tariffe non va assolutamente bene, è necessario un punto di riferimento soprattutto in relazione alle controversie. La nostra preoccupazione va soprattutto a quel personale infermieristico costretto a lavorare a 9/10 euro all'ora».

Non meno importanti hanno le questioni legate alla deontologia professionale: «È qui il ruolo di degli ordini è fondamentale».

Non solo. Necessaria, secondo Citterio, una riforma della professione. «Abbiamo ancora norme del 1954 a cui siamo costretti a rispondere che oggi necessitano di essere aggiornate».

da La Provincia, 2 marzo 2012 "Como Economia"

## CHIUSURA SEGRETERIA

Si comunica che per motivi organizzativi,  
la segreteria del Collegio resterà chiusa  
al pubblico nei giorni 24 e 25 maggio pp.vv.



INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI  
VOLONTARI D'INFANZIA

E-mail Ai Presidenti dei Collegi Ipaovi



Chiamata n. 6/2012

**LORO SEDE**

Prot. P-P-119473/01

Data 27 febbraio 2012

Oggetto: Infermiere volontarie CRI

20126 Roma  
Via Agostino Depressi, 10  
Telefono 0646200121  
Telefax 0646200131  
Cod. Fax 0619947004

**Federazione Nazionale Collegi IPASVI**

Continuano a pervenire a questa Federazione numerose richieste da parte di iscritti Ipaovi di intervenire in merito alla figura delle Infermiere volontarie della CRI e all'uso della denominazione di "infermiere". La questione è stata oggetto di diversi interventi e, come noto, anche di un ricorso al TAR Lazio.

Si richiamano i punti principali che connotano la problematica.

La figura della "infermiera volontaria della CRI" è stata espressamente istituita con una legge del 1942 n. 918 e mantenuta nel tempo dalle successive normative. È quindi ormai radicata nella tradizione non solo del nostro Paese ma anche a livello europeo.

L'art. 1 della legge 4 febbraio 1963, n. 95, recante provvedimenti a favore delle infermiere volontarie della Croce rossa italiana, ha disposto che il diploma rilasciato alle infermiere volontarie della Croce rossa italiana a norma del regio decreto 12 maggio 1942, n. 918, è equiparato a tutti gli effetti al certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiera generica di cui alla legge 29 ottobre 1954, numero 1046.

Il successivo art. 3 comma 10 Legge 3/8/2009 n. 208 ha disposto a parziale modifica che il diploma di infermiera volontaria della Croce Rossa Italiana, di cui all'articolo 31 del regolamento di cui al regio decreto 12 maggio 1942, n. 918, è equivalente all'attestato di qualifica di operatore socio-sanitario specializzato. Esclusivamente nell'ambito dei servizi resi, nell'assolvimento dei compiti propri, per le Forze Armate e la Croce Rossa Italiana, è abilitato a prestare servizio di emergenza e assistenza sanitaria con le funzioni e attività proprie della professione infermieristica.

La Federazione si è prontamente attivata e ha chiesto con forza la modifica di tale norma scontrandosi però con una ferma opposizione da parte del Ministero della Difesa.

Il precedente Ministro della Difesa, On.le La Russa, ha poi fortemente voluto il Decreto 9/11/2010 relativo alla "Disciplina del corso di studio delle Infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana" nel quale si sono ravvisati elementi di possibile futura criticità relativamente al campo proprio di attività dell'Infermiere.

Avverso tale decreto è stato proposto, come sopra annunciato, ricorso al Tar Lazio il quale però da un lato, con ordinanza, ha rigettato l'istanza cautelare ma nella sostanza ha accolto le tesi avanzate dalla Federazione affermando che le infermiere volontarie svolgono funzioni infermieristiche solo in situazioni di emergenza.

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, il DPM non ha il potere di innovare le funzioni degli infermieri volontari della Croce Rossa che possono avere la possibilità di prestare servizio di emergenza e assistenza sanitaria con le funzioni proprie della professione infermieristica in un contesto emergenziale non "in situazioni ordinarie".

Premesso quanto sopra si invitano i Collegi a diffondere ulteriormente questa informazione in coerenza con le comunicazioni nel merito fatte da questa Federazione.

A tutti coloro che scrivono in Federazione chiedendo di intervenire è stato risposto che per poter intervenire per "abuso di professione" è necessario che venga circoscritta la fattispecie del reato, e nello specifico l'eventuale segnalazione deve contenere:

- dove si è verificato il fatto;
- quando;
- il soggetto che ha agito;
- il soggetto sul quale sono stati compiuti gli atti;
- gli elementi formali a supporto della segnalazione.

Specificando altresì che in carenza di quanto sopra non è possibile intervenire.

Qualora vi fosse riscontro i Collegi verranno prontamente informati al fine di attivare quanto di necessità in merito al reato di esercizio abusivo di professione.

Cordiali saluti.

La presidente  
Annalisa Silvestro



# IL TAR del LAZIO riconosce libera scelta ai Cittadini e autonomia agli infermieri e alle Farmacie

**Circolare Federazione Nazionale n. 09/12 del 07/03/2012**

La sentenza della Sezione Terza Quarter del Tar Lazio n. 184/2012 ha rigettato il ricorso promosso dal consiglio Nazionale dei Chimici nei confronti del Ministero della Salute, della Federazione IPASVI (oltre che della FoFI e FederLab) per l'annullamento del decreto 16 dicembre 2010 avente ad oggetto: "Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali". Il ricorso era rivolto essenzialmente a censurare l'attività regolamentata dal decreto nei confronti dei soli infermieri. Infatti i Chimici agivano a tutela della categoria in quanto tra le varie competenze di detti professionisti hanno quella di effettuare analisi.

Il Tar ha respinto il ricorso evidenziando, relativamente alla su riportata censura, quanto segue.

"Con precipuo riferimento all'art. 3 del decreto ministeriale, che, come si è detto, disciplina le prestazioni erogabili dall'infermiere, è utile rilevare che l'infermiere può essere utilizzato in farmacia come supporto per il paziente che abbia bisogno di aiuto nelle medicazioni o, ancora, "nell'ambito dell'autocontrollo" e a domicilio del paziente per prestazioni - rientranti nella sua competenza professionale e sempre ricomprese fra quelle effettuabili in autonomia - che siano state prescritte dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta. Si tratta di un servizio che la farmacia mette a disposizione del cliente che ne faccia richiesta e come supporto a quelle alle quali detto soggetto potrebbe provvedere personalmente ed autonomamente. Fra esse appare utile richiamare, ma solo in via esemplificativa, il test del colesterolo, effettuabile con un dispositivo autodiagnostico per la misurazione del colesterolo nel sangue, che consente un rapido controllo versando una goccia di sangue sulla striscia reattiva; il test di gravidanza, facilmente effettuabile dall'interessata con gli stick acquistabili in

farmacia; il test di menopausa per la misura dei livelli dell'ormone FSA nelle urine: il dispositivo, anch'esso acquistabile in farmacia, che



verifica l'eventuale stato di premenopausa; il test colon-retto per la rilevazione di sangue occulto nelle feci, da fare a casa per verificare i primi sintomi di malattie del colon-retto. Dunque, nessuna competenza specifica ed esclusiva dei laboratori di analisi e dei chimici è stata ad essi sottratta ed affidata alle farmacie (e per

esse agli infermieri), avendo la normativa primaria e secondaria solo offerto al paziente la possibilità di scelta tra provvedere da solo o rivolgersi in farmacia, e quindi presso una struttura generalmente vicina alla propria abitazione.

In altri termini, la normativa ha inciso su prestazioni che già non erano di appannaggio esclusivo dei laboratori, essendo i test di autodiagnosi da tempo diffusi e in uso dalla popolazione".

Il Consiglio dei Chimici affermava altresì che il farmacista era inadeguato ad essere garante dell'attività svolta dall'infermiere, ma anche questa censura è stata respinta. Il Tar ha affermato che "la garanzia è nel titolo professionale che l'operatore sanitario deve possedere, e che è richiesto dall'art. 3 come condizione imprescindibile perché lo stesso possa operare in farmacia o presso l'abitazione del cliente. In altri termini, e per concludere sul punto, l'idoneità dell'infermiere a operare è desumibile dal possesso, da parte sua, del titolo abilitante ai sensi della normativa vigente. La valutazione dell'idoneità del professionista è dunque stata fatta a monte dagli organi deputati al rilascio del titolo, con la conseguenza che in capo al farmacista incombe solo l'obbligo di accertare, anche tramite gli Ordini provinciali, il possesso del predetto titolo. Si tratta, dunque, di una verifica di tipo oggettivo, che non lascia al farmacista alcuna valutazione discrezionale".



## COORDINAMENTO REGIONALE IPASVI

A seguito dei rinnovi di tutti i Consigli Direttivi dei Collegi Provinciali della Lombardia si è ricostituito il Coordinamento regionale dei Collegi IPASVI.

Lo scorso 7 febbraio 2012 Presidenti dei Collegi Lombardi hanno definito, in coerenza con il Regolamento approvato dalla Federazione Nazionale le seguenti cariche:

Presidente	Beatrice Mazzoleni - Collegio di Bergamo
Vicepresidente	Andrea Guandalini - Collegio di Mantova
Segretario	Aurelio Filippini - Collegio Varese
Tesoriere	Enrico Marsella - Collegio Cremona.

10

Auguriamo all'intero coordinamento regionale del Collegi IPASVI un proficuo lavoro.

Pubblichiamo di seguito una comunicazione del Coordinamento dei Collegi Lombardi in merito ad alcune criticità verificatesi tra iscritti, Enpapi e Collegi stessi.




**COORDINAMENTO COLLEGI IPASVI DELLA LOMBRARDIA**

Sein:  
Collegio IPASVI di Bergamo  
Via Ronelli, 45  
24125 Bergamo  
[collegioinform@ipasvi.it](mailto:collegioinform@ipasvi.it)  
[www.collegioinform.it](http://www.collegioinform.it)

PROT. N.16/12  
BERGAMO, 09/03/2012

<b>PRESIDENTE:</b> Collegio di Bergamo:	MAZZOLENI Beatrice
<b>VICEPRESIDENTI:</b> Collegio di Mantova:	GUANDALINI Andrea
<b>SEGRETARIO:</b> Collegio di Varese:	FILIPPINI Aurelio
<b>TESORIERE:</b> Collegio di Cremona:	MARSELLA Enrico
Collegio di Brescia:	BAZZANA Stefano
Collegio di Como:	CITTERIO Stefano
Collegio di Lecco:	TENTORI Cristina
Collegio di Milano-Lodi:	
Monte Bianco:	MUTTELLI Giovanni
Collegio di Pavia:	FRISONI Enrico
Collegio di Sondrio:	TRINCA-COGLIARI Tamara

**AJ** Presidente ENPAPI Dott. Mario Schiavon  
**E p.z.** Alla Presidente FNC  
Dott.ssa Annalisa Silvestro  
Ai Membri del Comitato Centrale  
Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi d'Italia

**Egregio Presidente**

con la presente segnaliamo che presso i nostri rispettivi Collegi sono giunte numerose richieste di chiarimento in relazione ad altrettante note provenienti da ENPAPI contenenti estratti conto riferiti ad attività professionali svolte in anni passati.

Alle richieste di pagamento avanzate, si è aggiunto l'aumento dei contributi soggettivo e integrativo e la richiesta di versare i contributi, gli interessi e le sanzioni entro un limite di termine molto breve.

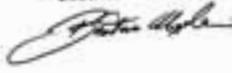
Segnaliamo che i nostri iscritti in più occasioni ci hanno manifestato difficoltà a contattare il call center ENPAPI e lunghi tempi di attesa per ottenere risposte a richieste inoltrate a mezzo mail e pertanto si sono rivolti ai rispettivi Collegi per avere delucidazioni sia in merito alla richiesta di contributi su attività pregresse, sia in merito all'aumento dei contributi soggettivi e integrativi.

Comprendiamo la mole di lavoro affrontata quotidianamente dai Vostri uffici, ma crediamo opportuno segnalarle il disagio dei colleghi, nostri e Vostri iscritti, e la nostra difficoltà di trovarci in una situazione di cui non siamo certamente responsabili, ma per la quale siamo comunque interpellati.

Siamo certi che Lei vorrà intervenire al più presto per favorire in tempi rapidi una soluzione alla quale saremo lieti di contribuire nei modi che Ella vorrà indicarci.

Cordiali saluti.

La Presidente  
Collegi IPASVI della Regione Lombardia  
Beatrice Mazzoleni




# XVI Congresso Federazione Nazionale Collegi Ipasvi - Mozione conclusiva

Infermieri professionisti nel cuore del futuro, Bologna 22-23-24 marzo 2012

Gli infermieri italiani, riuniti a Bologna dal 22 al 24 marzo 2012 per il XVI Congresso Nazionale della Federazione dei Collegi Ipasvi, consapevoli del loro essere professionisti della salute e dell'assistenza, a cui ogni cittadino e ogni assistito può rivolgersi in un rapporto diretto e deontologicamente strutturato:

- **si impegnano:** al rafforzamento del rapporto di fiducia con l'assistito per dare risposte peculiari, appropriate e pertinenti alle esigenze di cura e ai bisogni di assistenza, attraverso la "presa in carico" e la garanzia di una continuità assistenziale che si estenda e valorizzi anche la dimensione territoriale;
- **sollecitano:** una profonda revisione dell'assetto del sistema sanitario, che faccia perno sulla centralità del cittadino-paziente;
- **rivendicano:** il riconoscimento e la valorizzazione del ruolo degli infermieri a fronte delle competenze e delle responsabilità già acquisi-

te, a partire da una nuova definizione di "governo clinico e assistenziale" quale strumento di orientamento e governo della sanità;

- **sottolineano:** la necessità di incidere sulla programmazione universitaria e di riconoscere la funzione peculiare della docenza infermieristica al fine di assicurare la reale e competente trasmissione del sapere disciplinare proprio della professione;
- **ribadiscono:** che l'infermiere deve vedere finalmente definiti e riconosciuti diversi e progressivi sviluppi di carriera e diversi e progressivi profili retributivi, corrispondenti alla articolazione del suo lavoro e alle specifiche attribuzioni di responsabilità;
- **offrono al Sistema sanitario e al Paese:** il proprio contributo di cultura e progettualità documentato dalla molteplicità di idee ed esperienze presentate nell'ambito del XVI Congresso Nazionale.

Tenuto conto:

- dell'evoluzione del Sistema sanitario e del mercato del lavoro;
- delle nuove normative in materia pensionistica;
- della diminuzione del numero dei medici;
- dell'upgrading delle competenze infermieristiche;

chiedono:

- la valorizzazione del paradigma assistenziale infermieristico strutturato sulla centralità della persona e dei suoi bisogni espressi e inespresi nei processi di cura e di assistenza;
- la ridefinizione e il riconoscimento del ruolo degli infermieri per la presa in carico e la continuità assistenziale in ospedale, sul territorio e fra ospedale e territorio;
- l'orientamento all'assistenza infermieristica nel territorio secondo le logiche dell'infermieristica di famiglia, dell'integrazione socio-sanitaria e della complementarietà dell'esercizio libero professionale infermieristico;
- il superamento dell'attuale settorializzazione - su base esclusivamente medica - delle degenze ospedaliere a favore dell'aggregazione per complessità assistenziale infermieristica;
- il riconoscimento e la valorizzazione della direzione e del management infermieristico in tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e private;
- il riconoscimento della rilevanza della direzione, della docenza e del tutoraggio infermieristico per la preparazione dei futuri professionisti infermieri;
- la rimodulazione dei processi formativi orientati alla valorizzazione delle competenze;
- il riconoscimento della rilevanza della ricerca e della sperimentazione nell'ambito dell'assistenza infermieristica;
- il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze infermieristiche esperte, specialistiche e della consulenza infermieristica;
- una peculiare, strutturata e specifica progressione di carriera collegata alla ridefinizione globale dei processi di cura ed assistenza ed alla correlata specificità assistenziale infermieristica in ambito ospedaliero e territoriale.



Una rappresentanza del Collegio IPASVI di Como





## Gli italiani promuovono gli infermieri

*I dati completi della ricerca del Censis presentata in anteprima al Congresso nazionale Ipvsi.*

12

Secondo un'indagine realizzata per la Federazione Ipvsi e illustrata al Congresso da **Carla Collicelli**, vice direttore dell'Istituto di ricerca, quattro italiani su cinque giudicano positivamente l'operato degli infermieri e nove su dieci pensano che sarà una figura sempre più importante nella sanità italiana. In generale, ritengono che sia una professione con ottime chance occupazionali.



infermieristiche nel 2009-2010), i maturati con un voto alto, i giovani per i quali il corso di studi in Scienze infermieristiche rappresenta la prima scelta (il 59% delle matricole nel 2009-2010).

### Una professione che servirà sempre di più.

Nove laureati in Scienze infermieristiche su dieci trovano lavoro entro un anno dalla laurea. E in futuro le opportunità occupazionali potrebbero essere ancora migliori. Secondo le stime, infatti, l'Italia avrà bisogno nel 2020 di 266mila unità in più rispetto agli attuali 400 mila (ipotizzando un rapporto infermieri/popolazione pari al benchmark olandese di 1.051 ogni 100 mila abitanti). Sulla necessità di aumentare il numero di infermieri c'è un ampio consenso sociale: il 68,5% dei cittadini ritiene che attualmente nel nostro Paese ce ne siano pochi e che bisogna aumentarne il numero.

**L'infermiere piace agli italiani.** Il 75,2% degli italiani che hanno avuto rapporti diretti o indiretti con gli infermieri giudica ottima o buona l'attività da loro svolta. Molto apprezzate sono le capacità tecnico-professionali (dal 55,6%), la capacità di relazionarsi con i pazienti e i familiari (51,2%), la cortesia e la gentilezza (44,7%). Del resto, la cosa più importante che si aspettano da un infermiere e la capacità di creare un buon clima relazionale e l'attenzione agli aspetti psicologici e umani (per il 66%), seguita da un ottimo livello tecnico-professionale (62,3%); solo a distanza segue la capacità di dare spiegazioni su diagnosi e terapia (25,5%).

**Cresce l'appeal della professione.** L'84,2% degli italiani incoraggierebbe un figlio, parente o amico che volesse iscriversi al corso di laurea in Scienze infermieristiche, perché la ritiene una buona scelta. Il 76,6% per l'alto valore sociale della professione, perché dà aiuto agli altri; il 47% perché garantisce un titolo di studio che consente di trovare facilmente lavoro.

Vogliono fare l'infermiere sempre di più i liceali (sono diventati il 46% tra le matricole di Scienze

### Numero chiuso e test d'accesso non piacciono.

Il 61,3% degli italiani considera un errore il numero chiuso per l'accesso alla facoltà di Scienze infermieristiche. Quasi il 32% perché c'è bisogno di avere più infermieri nel futuro e in questo modo l'Italia rischia di non averli. Per il 29,7% perché la selezione dovrebbe basarsi sulla capacità degli studenti di andare avanti nel percorso di studi. Meno del 40% degli italiani, invece, si dichiara favorevole al numero chiuso. Sul ricorso ai quiz per selezionare l'accesso al corso di laurea gli italiani si dividono: il 37,8% lo giudica adeguato, il 37,5% lo ritiene errato (percentuale che cresce tra i laureati fino al 45,1%), mentre per il 24,7% forse





non è adeguato, però non ci sono alternative. Il numero chiuso rende inevitabile il ricorso a infermieri stranieri: nel periodo 2007-2010 c'è stato un incremento del 25% (+8mila unità).

### Il contributo alla buona sanità del futuro.

Secondo il 90% degli italiani nella sanità del futuro, fatta più di prevenzione e di presidi sul territorio, quella dell'infermiere sarà una professione che giocherà un ruolo importante. Ma già oggi gli infermieri possono dare un contributo al miglioramento della sanità. Il 48,5% degli italiani è d'accordo con la possibilità che i casi meno gravi che arrivano in Pronto soccorso, i cosiddetti «codici bianchi», vengano trattati dagli infermieri, nel rispetto delle linee guida indicate dai medici, in modo da smaltire le file di attesa senza abbassare la qualità del servizio.

«La ricerca - **commenta Carla Collicelli** - ha dimostrato che l'infermiere è una professione con un crescente appeal per i giovani e le famiglie, che sono pronte a incoraggiare figli, nipoti, amici che

scelgono di iscriversi a scienze infermieristiche; del resto gli immatricolati provengono sempre più dai licei, hanno ottenuto alti voti alla maturità e fanno di scienze infermieristiche la prima scelta. Altri aspetti importanti, da ricordare, sono il buon giudizio della maggioranza degli italiani sull'attività degli infermieri con cui sono entrati in contatto, non solo per le competenze tecniche dimostrate ma per la loro attenzione alla relazionalità, ai rapporti umani con pazienti e familiari; e poi la convinzione maggioritaria tra gli italiani che gli infermieri, se vogliamo una sanità migliore e più efficiente, devono essere messi nelle condizioni di ampliare gli spazi di azione autonoma, come ad esempio già oggi accade in alcuni Pronto soccorso dove i codici bianchi, pur nel rispetto di linee guida e indicazioni dei medici, sono trattati direttamente dagli infermieri. In fondo - conclude il vice direttore del Censis - in una sanità troppo spesso al centro di bufere mediatiche per casi di malasanità, l'infermiere è un oggi un protagonista positivo che molto può dare alla sanità del futuro» 

(tratto da [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it))

## notizie in pillole a cura di S. Citterio

### Il COLLEGIO IPASVI DI COMO per la frana di BRIENNO e le alluvioni in LIGURIA

Come reso noto durante l'assemblea ordinaria 2012 del 9 marzo scorso, il Consiglio Direttivo del Collegio a nome e per conto di tutti gli iscritti IPASVI della Provincia di Como ha definito di devolvere, come segno di solidarietà e di sostegno, le seguenti quote del fondo di solidarietà previsto in Bilancio:

FRANA DI BRIENNO: € 500,00

ALLUVIONI DI GENOVA - LA SPEZIA € 500,00:

Un grazie a tutti gli iscritti che, approvando il bilancio e partecipando all'assemblea, hanno reso possibile queste iniziative segni piccoli ma concreti della "vocazione sociale" della nostra professione.





## La sanità italiana sostenuta dagli infermieri

*Intervista ad Annalisa Silvestro, presidente della Federazione Ispasvi.*

14

### **Presidente Silvestro, il Congresso si è aperto all'insegna di una forte e sentita partecipazione...**

Come sempre quando si tratta di infermieri, direi. Certamente, ogni periodo "storico" ha le sue peculiarità e anche quello che stiamo attraversando non è da meno. Anzi, probabilmente è caratterizzato forse ancor più che in passato: la grave crisi economica internazionale, le difficoltà del mondo del lavoro, i problemi delle fasce più deboli della popolazione e così via. Tutti temi ai quali gli infermieri sono particolarmente sensibili, sia perché, come tutti, li vivono in prima persona sia perché sono quelli che, per motivi professionali, sono maggiormente vicini alle persone più fragili, a cominciare da malati e anziani.

### **Perché sostiene che saranno gli infermieri a dare forza alla sanità italiana?**

Vediamo il quadro generale: da una parte aumentano sia la domanda di salute dei cittadini sia i costi dell'innovazione medica, dall'altra parte, si registra la progressiva contrazione delle risorse. Ultimamente, come dicevamo, s'è aggiunta una congiuntura economica, negativa quanto mai prima, alla quale l'attuale Governo, come il precedente, ha risposto con provvedimenti importanti di contenimento della spesa pubblica, compresa, ovviamente, quella sanitaria. L'insieme delle manovre messe a punto dal Governo Berlusconi, e confermate nelle sue disposizioni anche dal Governo Monti, incidono sulla sanità pubblica per circa 8 miliardi di euro da qui al 2014.

### **Come il sistema sanitario può uscire dalla congiuntura economica?**

Innanzitutto facendo giustizia di alcuni luoghi comuni. Per esempio, non è affatto vero che il nostro sistema sanitario dà "tutto a tutti": La garanzia costituzionale di tutela della salute è assicurata dai Lea, i Livelli essenziali di assistenza, all'interno dei quali non c'è affatto "tutto", ma, appunto, i servizi ritenuti

indispensabili a quello scopo. Che li si dia a tutti, peraltro, appare doveroso, visto che a finanziare il Servizio sanitario nazionale sono proprio i cittadini italiani. Tutti o quasi tutti, per la verità. Perché ci sarebbe da riflettere su come e quanto coloro che evadono o eludono le tasse contribuiscano a renderlo oneroso, ma questo è un altro discorso.

Un altro luogo comune è che il Ssn sia abbondantemente finanziato. Non è affatto così, anzi, è sotto-finanziato, pur essendo tra i migliori al mondo in rapporto a quanto costa. E questo anche se è tuttora vero che i fondi vengono troppo spesso utilizzati male, per cattiva gestione, doppioni, mantenimento di strutture che non servono, inappropriata, arroganza organizzativa e così via.

### **Alla luce di quanto detto qual è il contributo che possono dare gli infermieri?**

Allora io credo che gli infermieri possano dare un grande contributo a curare i mali della sanità italiana e a darle forza. È ampiamente dimostrato, infatti, che laddove la professione infermieristica è stata valorizzata appieno, il sistema funziona meglio, ci sono maggiori sinergie tra i diversi professionisti e tra le équipe; è più armonico il rapporto tra struttura e cittadino e fluiscono meglio le molte dinamiche sottese all'erogazione dei servizi.

Nonostante tutto ciò, il riconoscimento dell'infermiere come una delle figure di spicco nel servizio sanitario arranca, stenta ancora ad affermarsi, almeno nei luoghi di lavoro. E dove si afferma, sembra quasi che ciò avvenga non tanto come conseguenza di una rilevata potenzialità culturale e professionale, ma quasi come conseguenza di qualcosa di inarrestabile, inevitabile e a cui possono anche non seguire riconoscimenti di ruolo, di funzioni e di prerogative professionali.

### **Comunque, l'infermiere fa registrare un ampio gradimento da parte della popolazione.**

È vero. La conferma viene anche da questa indagi-



**Sul sito IPASVI.it trovate tutto il materiale del congresso (video, relazioni, ecc...).**

ne che la Federazione Ipasvi ha affidato al Censis e che viene presentata qui al Congresso, secondo la quale l'infermiere è oggi una professione con un appeal molto alto, a cui è riconosciuto un elevato valore sociale e di aiuto verso gli altri.

### **E questo nonostante i ripetuti episodi di malasani- tà che ci raccontano le cronache?**

Certamente sì, probabilmente perché l'opinione pubblica sta cominciando a capire che le responsabilità di certi episodi - che comunque, bisogna ricordarlo, sono eccezioni nell'enorme quantità di prestazioni che ogni giorno sono erogate dal Servizio sanitario nazionale - vanno attribuite non tanto a singole persone, ma a debolezze strutturali del sistema, da quelle tecniche e organizzative alla carenza di personale. Ma qui mi permetterei di rivolgere un appello ai giornalisti e, più in generale, agli operatori dell'informazione: vi chiedo di verificare - quando scrivete i vostri articoli e fate i titoli sugli episodi di "malasanià", vera o presunta - prima di attribuire la qualifica di infer-

miere a chi infermiere non è. Non è infrequente che capiti; e questo getta discredito su una professione che assolutamente non lo merita e, anzi, fa di tutto, tutti i giorni, per rimediare alle manchevolezze del sistema, spesso in condizioni difficili e con organici sottodimensionati.

### **A proposito: che ne è della cosiddetta "emergenza infermieristica" degli anni passati?**

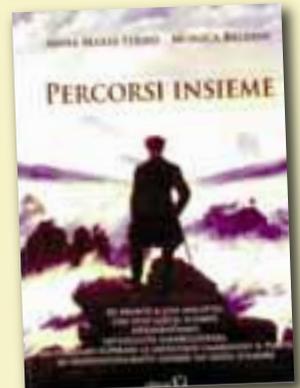
In linea di massima direi che la crisi è stata superata. Ma questo non significa che i problemi siano tutti risolti. Anzi, il numero complessivo degli infermieri resta ancora insufficiente e soprattutto in alcune zone del Paese e in alcuni servizi, a cominciare dai Pronto soccorso, gli organici sono anche sotto il livello di guardia. Con tutte le conseguenze che questo comporta, dai disservizi per la cittadinanza al sovraccarico di lavoro per il personale; una situazione, quest'ultima che, a sua volta, non solo provoca danni alla salute degli operatori sottoposti a stress continuo ma, proprio per questo, può avere ulteriori ricadute negative sugli assistiti



(tratto da [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it))

## RECENSIONE

Storie di malattia, dolore, ma anche di allegria e amore. **Anna Maria Ferro** e **Monica Balzani**, infermiere dell'Assistenza Domiciliare, hanno raccontato in un libro, "Percorsi insieme", la loro esperienza a fianco di pazienti e familiari, cercando di trasmettere cosa significhi vivere quotidianamente la sofferenza, quale sia il carico di dubbi e fragilità, e quanta la forza interiore necessaria per cercare di alleviare il più possibile tale stato di afflizione. Entrambe le autrici si sono ritrovate ad affrontare la realtà dell'Assistenza Domiciliare dopo aver lavorato in diversi reparti ospedalieri, passando così da un lavoro di equipe a dover fare i conti, da sole, con dolore e malattia. Ciò comporta sicuramente maggiori responsabilità, ma favorisce l'instaurarsi col paziente e la sua famiglia, di un rapporto di fiducia e di una relazione tanto profonda da trasformare l'infermiere in compagno di viaggio con cui percorrere un tratto, purtroppo a volte l'ultimo, del "cammino della vita", con reciproco arricchimento. Dalle storie narrate emerge chiaramente come, nelle difficoltà e nelle situazioni più drammatiche, la migliore risorsa per andare avanti e non mollare, sia la professionalità coniugata all'amore per l'altro, che è non solo il malato, ma anche il familiare spesso impotente davanti al dolore del proprio caro che trova nell'infermiere l'appoggio, il consiglio, la vicinanza e la capacità di gestire le situazioni. Il filo conduttore di tutte le vicende è così l'allegria alternata alla sofferenza, nel lavoro come nella vita.



**È possibile acquistarlo:**  
[www.macroedizioni.it](http://www.macroedizioni.it)  
[www.ilgiardinodelibri.it](http://www.ilgiardinodelibri.it)  
[www.edizionisi.com](http://www.edizionisi.com)

telefono Edizioni Si: 348 4727971



# Le parole sono potenti

*Pubblichiamo il seguente editoriale del Presidente dell'Associazione Medicina e Persona - Dott. Marco Bregni - che ci stimola alla riflessione su di un tema caro anche a molti Infermieri*

16

È una nostra preoccupazione da sempre che la sanità non perda il suo carattere di iniziativa libera e consapevole animata dalla gratuità, e che scivoli verso una aziendalizzazione mascherata da efficienza e razionalizzazione. Ora, sul numero del 13 ottobre del *New England Journal of Medicine* (1), Jerry Groopman nota che questo rischio è presente nei nuovi termini che sempre più spesso vengono utilizzati per indicare i protagonisti dell'atto medico: sui media, nelle riviste specialistiche e persino in corsia i pazienti non sono più chiamati "pazienti", ma "clienti", e i medici e gli infermieri sono stati tramutati in "fornitori" (providers). Tuttavia i termini non sono sinonimi: paziente deriva da *patiens*, colui che soffre; "dotto-  
re" ha la radice in *docère*, cioè colui che insegna, e infermiere (nurse, in inglese) deriva dal verbo *nutrire*. Le parole cliente e fornitore sono riduzioniste: ignorano le dimensioni essenziali della relazione - psicologica, spirituale, umanistica -, gli aspetti che tradizionalmente identificano la medicina come una chiamata più che un mestiere. Anche alcuni termini tradizionalmente utilizzati per indicare l'atto medico stanno scomparendo: per esempio, il termine "giudizio clinico" è caduto in disgrazia, e viene sostituito da "pratica basata sull'evidenza". Si ritiene che il giu-



dizio clinico sia soggettivo, inaffidabile, mentre seguire le linee guida è oggettivo e scientificamente accettabile. Tuttavia Groopman nota acutamente che, mentre i dati possono essere oggettivi, la loro applicazione alla pratica clinica da parte degli esperti che formulano le linee guida non lo è: infatti, lavorando con gli stessi dati, diversi gruppi di esperti redigono linee guida differenti per condizioni comuni come l'ipertensione o l'ipercolesterolemia (2), o l'uso dello screening per il carcinoma della prostata (3). Esse riflettono necessariamente i valori e le preferenze degli esperti che scrivono le raccomandazioni, e questi valori sono soggettivi, non scientifici. Che impatto avrà questo nuovo vocabolario sulle nuove generazioni di medici e infermieri? È certo che la concezione che c'è dietro i termini diminuisce la loro professionalità, e che la medicina avrà sempre bisogno di professionisti esperti in umanità e non applicatori di linee guida. Le parole che usiamo per definire i ruoli sono potenti. Definiscono

aspettative e plasmano i comportamenti. E che le parole siano potenti, forse è non è mai stato così chiaro come in questo tempo, in cui la Parola (l'editoriale è del dicembre 2011 - in prossimità del Natale- ndr) "Il Verbo che si è fatto carne" ha determinato e determina il nostro destino di uomini 

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Hartzband P, and Groopman J. The new language of medicine. *N Engl J Med* 2011;365:1372
2. Broedl UC, Geiss HC, Parhofer KG. *J Gen Intern Med* 2003;18:190
3. Barry MJ. *N Engl J Med* 2009;360:1351

(Tratto dal sito [www.medicinaepersona.org](http://www.medicinaepersona.org) - sezione rassegna stampa)



## Assicurazione R.C. iscritti IPASVI Como

Come già comunicato ai diretti interessati, il 28 febbraio u.s. è scaduto il contratto di polizza assicurativa r.c. professionale, in essere tra il **Collegio IPASVI di Como** e Tua Assicurazioni intermediata da **CISbroker**, a favore degli iscritti al Collegio.

I sottoscrittori di detta polizza, sono stati avvisati con nota del 12 gennaio 2012 prot. 118/12.

Il Collegio IPASVI di Como, fra i primi collegi d'Italia a ricercare e proporre una tale possibilità per i propri iscritti, sostiene, nell'interesse e tutela della professione, la necessità per tutti i professionisti (sia dipendenti che liberi professionisti) di dotarsi di una adeguata copertura assicurativa almeno per quanto attiene la responsabilità civile verso terzi derivante dall'attività professionale.

Pertanto, considerando che sono disponibili le soluzioni assicurative riservate agli iscritti dei Collegi da parte della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, il suggerimento è quello di aderire a quanto offerto dalla nostra Federazione.

Maggiori informazioni sul sito [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

### notizie in pillole a cura di S. Citterio

#### ***Fvg, infermiere di comunità filtro ad accessi al Pronto soccorso***

18/03/2012 - Parla il presidente della Regione, Tondo: "Dimostrata la capacità di questa figura di ridurre gli accessi, nonché quale filtro efficace ai ricoveri ospedalieri".

"Nell'ottica del riassetto della sanità in Friuli Venezia Giulia e dell'obiettivo di rafforzare i servizi sul territorio, va progressivamente ampliato il modello dell'infermiere di comunità, per la dimostrata capacità di questa figura di ridurre gli accessi al pronto soccorso, nonché quale filtro efficace ai ricoveri ospedalieri".

Lo afferma il presidente della Regione, Renzo Tondo, nella sua veste di Assessore alla salute, commentando i positivi risultati della sperimentazione di questa modalità di assistenza infermieristica territoriale, avviata a partire dal 2001 nell'ambito dei Distretti dell'Azienda per i servizi sanitari "Bassa Friulana".

Nel triennio 2009 - 2011 si è evidenziata una diminuzione del 18,3 per cento degli accessi per codici bianchi ai Pronto soccorso dei due ospedali dell'Azienda. Il presidente Tondo rileva come, la presenza dell'infermiere di comunità quale punto di riferimento preciso e costante per i cittadini riduce il ricorso all'ospedale. Le persone più fragili, perché malate croniche o semplicemente anziane, sono tenute sotto controllo nel lungo termine. In questo modo l'infermiere può rilevare precocemente eventuali segni di aggravamento di una patologia e allertare il medico di famiglia. "È un brillante esempio di medicina e assistenza d'iniziativa centrata non più sull'ospedale ma sui servizi territoriali più vicini alle esigenze e ai bisogni socio-sanitari della popolazione": dunque l'infermiere di comunità come promotore della continuità assistenziale e dell'integrazione socio-sanitaria, in collaborazione con tutti i professionisti e gli operatori del territorio e come elemento chiave nella presa in carico dei pazienti dimessi dall'ospedale, in stretto rapporto con i medici di famiglia e con gli assistenti sociali dei Comuni, secondo una logica multiprofessionale. Insomma un professionista che, conclude il presidente Tondo, può dare risposte efficaci ad alcuni degli obiettivi che la Regione si è data per modernizzare e rendere più omogenei i servizi sanitari e sociali: rafforzamento dei servizi territoriali, presa in carico integrata delle persone con malattie croniche e disabilità, potenziamento degli interventi domiciliari, ricorso all'ospedale solo per vere emergenze e patologie acute.

(da [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it))





## Dalla parte del bambino

18

# Termoregolazione nel neonato critico

*Infermiere Giovanna Colombo - Elisa Bossi - Silvia Bressan - Elena Coppola  
U.O. terapia Intensiva Neonatale Azienda Ospedaliera S. Anna Como*

La termoregolazione può essere definita come l'insieme dei processi fisiologici che mantengono la temperatura corporea in un range preciso tramite il bilanciamento di produzione/perdita di calore. Il mantenimento interno della temperatura corporea dipende dalla capacità dell'organismo di produrre e disperdere calore in eccesso attraverso la pelle (80%), e le mucose, modificando il flusso ematico nella circolazione periferica superficiale e determinando sensibili cambiamenti del colorito cutaneo. Un'efficace termoregolazione è necessaria per il neonato per crescere e sviluppare le ottimali funzioni fisiologiche e sopravvivere. (1) I neonati raggiungono la capacità di termoregolazione attorno alla 32-33 settimana di età post-concezionale (nella fase della stabilizzazione dei sottosistemi) Durante la vita intrauterina il feto utilizza il glucosio ematico placentare come fonte energetica. Dopo la nascita la temperatura diminuisce bruscamente passando dalla temperatura di temperatura corporea materna di 37° a quella della sala parto di circa 25°. Il neonato a termine reagisce al freddo con vasocostrizione cutanea e riduzione della superficie corporea ma quest'ultima modalità è assente nel pretermine. Inoltre l'aumento della temperatura corporea non avviene mediante il brivido ma attraverso un processo biochimico del grasso bruno che è situato a livello del collo e nelle regioni interscapolari (superficiale) e perispinali (profondo). La riduzione della temperatura corporea inferiore a 35.5° determina acidosi metabolica, ipossia (a causa dell'aumento del metabolismo), ipoglicemia, collasso cardiovascolare, emorragie polmonari fino alla morte da freddo. La dispersione di calore avviene nel neonato a termine tramite vasodilatazione cutanea e sudorazione quando la temperatura supe-



ra i 36.6-37,3°. Il neonato pretermine, al di sotto della 32a settimana p. c. (post-concezionale) può attivare vasodilatazione senza sudorazione. La condizione di ipertermia provoca un aumento del dispendio metabolico e del consumo di ossigeno con il rischio di disidratazione, shock e apnea. La temperatura ideale del microambiente del neonato è definita in base al peso e all'età postconcezionale favorendo così il minor dispendio energetico mantenendo la temperatura ottimale: si parla di neutralità termica. (2) I valori normali di temperatura corporea nel neonato dovrebbero essere compresi tra i 36.5°C e 37.5°C (rilevazione centrale). Quando si rilevano temperature inferiori ai valori minimi precedentemente indicati si parla di ipotermia, classificabile in ipotermia lieve (36°-36°C), ipotermia moderata (32-36°C), ipotermia severa (<32°C).(3) Apeddoh ha dimostrato una profonda capacità del neonato di cambiare il calore corporeo in relazione all'ambiente circostante. Siccome la capacità termica è sostanzialmente correlata con l'età gestazionale, la gestione dei requisiti di un ambiente termico ideale riguarda soprattutto i pretermine, soggetti maggiormente a rischio di ipo/ipertermia.(4) In particolare gli ELBW sono vulnerabili all'ambiente e ai caregivers durante i primi giorni di vita. L'assistenza infermieristica è un intruso nell'ambiente del neo-



nato ed è una causa di stress. In particolare in questi neonati la temperatura ambientale modifica alcuni parametri fisiologici come: FC,FR, consumo di ossigeno e perdita di acqua; a parità di diminuzione della temperatura corporea corrisponde un rapido aumento del consumo di ossigeno.(4) Gli ELBW hanno una serie di caratteristiche che li rendono soggetti all'instabilità termica quali: riduzione di strato adiposo, grande superficie corporea rispetto al peso, ridotto tono (postura in estensione) incrementa questa superficie, minima distanza tra il centro corporeo e la superficie,

piccola quantità di massa muscolare, ridotta attività muscolare volontaria, ridotta capacità di mobilizzare norepinefrine e grasso per produrre energia, inadeguato apporto calorico, diminuita capacità di incrementare il consumo di ossigeno,

immaturità dei meccanismi di regolazione termica, aumentata insensibilità alla perdita d'acqua (5-6) Oltre alle variazioni dei parametri fisiologici avvengono anche conseguenze comportamentali quali: alterazione stato di sonno, maggior stato di allerta rispetto a quello di riposo, cambiamenti dell'attività motoria e del loro tono, pianto e smorfie. (5) Richardson ha dimostrato proprio come l'ipotermia è una delle maggiori cause che incrementano la gravità di malattia del neonato (4). Oltre agli ELBW sono da considerare a rischio di ipotermia le seguenti categorie di neonati: piccoli per età gestazionale (SGA), con infezioni, con problemi neurologici, endocrini e cardiorespiratori, neonati con anomalie congenite, neonati ipoglicemici, neonati asfittici, neonati con ipotiroidismo congenito, neonati sottoposti a rianimazione, neonati a cui sono somministrati analgesici, anestetici, miorellassanti che possono interferire con la termoregolazione (1) Ipotermia nel neonato:(3)quando la perdita di calore supera la capacità del neonato di produrre calore, la sua temperatura corporea cade al di sotto dei range di normalità e si parla di ipotermia. Il neonato è molto vulnerabile all'ipotermia soprattutto nelle prime ore di vita.



## MODALITÀ DI DISPERSIONE DEL CALORE

**EVAPORAZIONE:** quando i liquidi amniotici evaporano dalla cute.

**CONDUZIONE:** quando il bambino è supino su una superficie fredda, come il tavolo. A diretto contatto con l'oggetto.

**CONVEZIONE:** quando il neonato è circondato da aria fredda o sottoposto a correnti d'aria.

**RADIAZIONE:** quando il neonato è vicino ad un oggetto freddo, senza essere in reale contatto con questi.

Il maggior raffreddamento del neonato lo abbiamo nei primi minuti di vita. Nei primi 10-20 minuti il neonato disperde grande quantità di calore dalla testa e la temperatura corporea può abbassarsi anche di 2-4°C, e calare ancora nelle ore successive se non

viene garantita una corretta assistenza.

Ipertermia nel neonato:(3) quando il neonato è in un ambiente troppo caldo, la sua temperatura corporea può salire oltre i 37.5°C, diventando ipertermia. L'ipertermia è tanto dannosa quanto l'ipotermia. L'ipertermia non va confusa con la febbre, che è un aumento della temperatura corporea dovuta ad un'infezione causata da microrganismi. Comunque è difficile distinguere tra le due. L'ipertermia aumenta il metabolismo e la perdita di liquidi per evaporazione, con la conseguente disidratazione. La temperatura corporea centrale può arrivare a 42°C causando danni cerebrali. Occorre considerare ai fini di una corretta raccolta dati che il feto ha una temperatura superiore di 0.5 ° rispetto alla madre e che le madri possono avere un innalzamento termico in travaglio, che può ulteriormente aumentare in corso di analgesia epidurale e corioamniosite. Inoltre il neonato pretermine può presentare vasocostrizione periferica pur avendo valori normali di temperatura rettale. I neonati con e.g.< 28 hanno immaturità della barriera epidermica con assenza strato corneo. La vernice caseosa contribuisce ad una maggior idratazione. I neonati pretermine hanno maggior perdita di acqua trans epidermica e, dunque, di calore (7).



Il primo ambiente dove il neonato è a rischio di ipotermia è quello della sala parto ed è qui che devono essere attuate le prime azioni per ridurre questo rischio, soprattutto nei confronti dei neonati pretermine < 30 settimane. Già dagli anni 70 alcuni autori si erano posti il problema della termoregolazione in sala parto avviando i primi studi(8). Tuttavia, prendendo in considerazione la bibliografia relativa agli ultimi anni emerge che la metodica consigliata per ridurre le perdite di calore e anche di acqua transepidermica è rappresentata dall'utilizzo dei sacchetti in polietilene. Nel 2004 ci si poneva il problema di definire la correttezza delle pratiche di rianimazione neonatale (9) inclusa la prevenzione dell'ipotermia sottolineando l'importanza della corretta temperatura della sala parto, dell'utilizzo dei sacchetti di polietilene e dei riscaldatori radianti richiamando l'attenzione al monitoraggio continuo della temperatura cutanea. In un rct, sempre del 2004, condotto da S. Vohra et al (10) si sono messe a confronto due metodiche di riscaldamento dei neonati con e.g. < 28. Il primo gruppo di neonati è stato asciugato e riscaldato con lampada radiante e il secondo avvolto fino al collo nei sacchetti di polietilene asciugando solo la testa si è misurata la temperatura rettale all'ingresso in tin e dopo un'ora evidenziando una temperatura più alta nei neonati avvolti nei sacchetti di polietilene. Nel 2005 Robin & Knobel (11) pubblicano i risultati di un'indagine conoscitiva svolta nelle tin per indagare le pratiche rispetto all'utilizzo dei sacchetti di polietilene. La risposta all'indagine è stata del 30% e di questi il 20% utilizzava i sacchetti in polietilene. In un rct sempre del 2005 gli stessi autori, (12) verificano l'efficacia dei sacchetti di polietilene con e.g. <29. Il primo gruppo di neonati è stato messo nei sacchetti di polietilene e il secondo asciugato e avvolto in coperte calde. La temperatura della sala parto era di 26°. Il primo gruppo di neonati ha avuto valori di temperatura più alta all'ingresso in tin. Sempre nel 2005 una revisione sistematica condotta da K. Cramer et al (13) supporta l'utilizzo delle pellicole occlusive di polietilene in associazione alla lampada radiante per prevenire la perdita di calore nei neonati pretermine e migliorare la temperatura di ammissione in tin. Non sono dimostrati effetti sulla mortalità e sullo sviluppo neurologico. Proseguendo, nel 2006, un articolo(14) prende in esame le problematiche legate al controllo della temperatura dei neonati in sala parto ponendo

l'accento non solo sul rischio della perdita di calore ma anche su quello della perdita di acqua per evaporazione. Afferma la non completa adeguatezza dei riscaldatori radianti se utilizzati da soli. Il sacchetto di polietilene applicato al capo risulta essere efficace in associazione ai riscaldatori (< 30 e.g.) mentre l'utilizzo di cappellini in plastica non è chiaro se sia meglio di quelli di lana foderati di materiale isolante. È descritto che i materassini riscaldanti erano stati usati solo in un piccolo studio ottenendo come dato un rischio relativo di ipotermia.. La kmc (kangaroo mather care) risulta utile nei neonati in condizioni stabili, in respiro spontaneo e con una temperatura ambientale di almeno 25.8° e coprendo il neonato con coperte preriscaldate. Le linee-guida del NHS danno indicazioni riguardo l'utilizzo dei sacchetti di polietilene in sala parto nei neonati sotto le 30 settimane di e.g. Raccomandano di coprire anche il capo, di mantenerli fino alla completa stabilizzazione del neonato (compresa la rilevazione del peso, l'incannulamento dei vasi ombelicali e l'esecuzione della radiografia) (15). Nel 2007 un ulteriore articolo,(16) dopo aver svolto un'indagine sull'incidenza dell'ipotermia, descrive le strategie di prevenzione nei neonati con e.g.<28 e le identifica con l'avvolgimento in un sacchetto di polietilene, il mantenimento della temperatura della sala parto tra 24° 26° e nell'area di soggiorno del neonato tra 24° e 27 °, la rilevazione del peso all'interno dell'incubatrice. Le raccomandazioni indicate sono quelle di aumentare la temperatura all'interno della sala parto, rilevare e documentare la temperatura del neonato prestando attenzione non solo all'ipotermia ma anche al rischio di ipertermia. Sempre del 2007 uno studio comparativo condotto da B.Mathew et al (17) che mette a confronto due metodiche di trattamento: asciugatura e cure standard versus utilizzo dei sacchetti di vinile e conclude affermando che il gruppo di neonati che avvolti nel sacchetto aveva una temperatura di ammissione di 1,0°C rispetto agli altri. Non asciugare i neonati mantiene inoltre la vernice caseosa. Nel 2008, viene pubblicata una revisione di Abbot R. Laptook proveniente da studi randomizzati (18) rispetto alla gestione della temperatura in sala parto che evidenzia ancora la raccomandazione all'utilizzo di sacchetti di polietilene in associazione ai riscaldatori, di cappellini ma solo di lana... non è invece raccomandato l'uso di materassini riscaldanti. Il contatto pelle- pelle è raccomandato solo nei



neonati in condizioni stabili e che hanno un peso tra 1200 e 2199 grammi. È altre si raccomandato l'utilizzo di un'incubatrice a doppia parete con un'alta percentuale di umidità, e temperatura simile a quella dell'utero per i neonati che non necessitano di stabilizzazione respiratoria per i quali sono più indicate incubatrici che abbiano un riscaldatore radiante. Pone l'accento inoltre sulla necessità di regolazione della temperatura della sala parto o sala operatoria, spesso impostata per il confort degli operatori. Nel 2010, un articolo mette in evidenza la revisione delle pratiche di rianimazione neonatale in funzione dell'attuazione di un piano di miglioramento della qualità, filmando le rianimazioni neonatali e tra le metodiche implementate risulta l'utilizzo dei sacchetti di polietilene nei neonati di e.g. <a 28 settimane (19). Ancora nel 2010 un articolo (20) descrive uno studio che esamina tre metodiche diverse di trattamento in sala parto nei neonati con e.g. < 30; la prima con asciugatura e wrapping, la seconda, mettendo i neonati all'interno di sacchetti di polietilene e la terza utilizzando il materassino esotermico: si evidenzia un'aumentata incidenza di ipertermia associata con l'uso combinato di materassi e sacchetti di polietilene e se ne raccomanda un'utilizzo prudente. Ancora del 2010, un rct condotto da D. Trevisanuto et al che valuta se i cappellini di polietilene prevengono la perdita di calore meglio dei sacchetti e dell'asciugatura convenzionale e compara le diverse metodiche in tre gruppi di neonati. Si afferma che i cappellini di polietilene sono paragonabili ai sacchetti e che entrambi i metodi sono più efficaci rispetto alla metodica convenzionale (21). Sempre nel 2010 è stata pubblicata dalla Cochrane (22) una revisione relativa alla prevenzione dell'ipotermia in cui si evidenzia che l'utilizzo di sacchetti in polietilene può ridurre la perdita di calore nei bambini al di sotto delle 28 w ma non nei bambini con E.G. compresa tra 28 e 31. L'efficacia dei cappellini in polietilene è stata dimostrata al di sotto delle 29 settimane. Per quanto concerne i cappellini in tessuto non vi sono studi che ne dimostrino l'effettiva funzionalità. Anche il contatto pelle-pelle può essere utile al fine di prevenire l'ipotermia se comparato alle cure tradizionali. Da ultimo, l'utilizzo di materassini riscaldanti può prevenire la perdita di calore nei VLBW. Proseguendo nell'analisi della Cochrane è altre si emersa la necessità di ulteriori studi dal momento che quelli considerati presentavano importanti limi-

tazioni tra cui: il numero ridotto di bimbi e studi coinvolti, la variazione e la non sempre concordante definizione di "temperatura normale", le cure di routine e la disomogeneità dei materiali utilizzati. Proseguendo nel 2011 uno studio prospettico condotto su 43 neonati di e.g. inferiore a 31 settimane in cui si confrontava l'utilizzo dei sacchetti di polietilene con quella dei sacchetti in associazione ai materassi esotermici, conclude che l'utilizzo delle due metodiche associate può aumentare, nei neonati di basse settimane, il rischio di ipotermia e di ipertermia all'ammissione in tin. (23). Per concludere il manuale di rianimazione neonatale dell'American Academy of Pediatrics del 2011 raccomandano l'utilizzo dei sacchetti in polietilene in sala parto sotto le 29 settimane di e.g. (24). Anche le linee guida del NHS specificano ampiamente le azioni da attuare per prevenire l'ipotermia e quindi favorire la termoregolazione a cominciare dalla temperatura della sala parto (25-28°). Nei neonati sotto le 28 settimane prevedono di non asciugare il neonato, avvolgerlo nei sacchetti di polietilene e mantenerlo fino al trasferimento in tin, alla rilevazione del peso, incannulamento dei vasi ombelicali ed esecuzione della radiografia e al raggiungimento di un'adeguata temperatura. (25) (26) Si può dunque affermare che la metodica di utilizzo dei sacchetti di polietilene, in sala parto, nei neonati sotto le 28 settimane sia una pratica supportata da prove di efficacia.

Ogni intervento assistenziale volto a garantire a ciascun neonato un ambiente termo-neutrale, deve essere però valutato in base alle caratteristiche del singolo neonato in quanto unico per caratteristiche, condizioni e storia clinica. L'efficacia della termoregolazione nel neonato prematuro implica una corretta gestione sia della temperatura che dell'umidità del microambiente e del macroambiente che lo ospita. Uno studio di Agren del 2006 afferma che l'umidità influenza la formazione della barriera cutanea che sembra favorita da un'umidità a livelli elevati (85%). Se questi livelli elevati vengono però mantenuti oltre, si causa un ritardo nella maturazione della barriera. L'ideale sarebbe dunque di mantenerli elevati ma solo nella prima settimana di vita (27). Sempre nel 2006 le linee guida redatte dall' NHS (National Health Service) afferma l'importanza della cura dell'umidità all'interno delle incubatrici, in particolare per i neonati con e.g. inferiore alle 30 settimane che possono



avere una perdita di acqua transepidermica (TEWL) di almeno 4ml/kg/ora, con significativa perdita di calore per evaporazione legata all'immaturità dello strato corneo. Ridurre le TEWL significa ridurre le alterazioni elettrolitiche e la perdita di calorie. Pone inoltre l'accento sul problema dello sviluppo di infezioni legate all'alto tasso di umidità e arriva alla conclusione che nei neonati con e.g. inferiore a 28 settimane mantenere l'umidità l'85% per 7 giorni e diminuire del 5% ogni giorno quando la temperatura è stabile, in quelli tra le 28 e le 30 settimane partire sempre dall'85% e iniziare a ridurre l'umidità sempre del 5% a 24 ore se la temperatura è stabile. Danno indicazioni di utilizzare acqua sterile, di non aggiungere acqua nel contenitore ma svuotarlo, lavarlo e asciugarlo prima di riempirlo nuovamente, pulire quotidianamente l'incubatrice e sostituirla settimanalmente. (28) Nel 2008 Il Nord Est (Inghilterra) Benchmarking Group neonatale (ERBG) ha emanato linee guida per la gestione dell'umidità nelle incubatrici e afferma che tutti i neonati sotto le 30 settimane di e.g. devono essere messi in incubatrice a doppia parete, con umidificazione, alla temperatura di 35° (termoneutralità) devono essere avvolti, alla nascita in sacchetti di polietilene fino alla stabilizzazione e al raggiungimento dell'umidità stabilita, utilizzare acqua sterile, il contenitore deve essere svuotato e riempito ogni 24 ore. Per i neonati sotto le 26 settimane di e.g. mantenere l'umidità all'80% per quattro settimane, mentre tra le 27 e le 30, 807 per due settimane; al termine di questo periodo la cheratinizzazione dovrebbe essere completata e l'umidità può essere ridotta gradualmente fino al 30% se la temperatura rimane stabile. Il livello di umidità va calcolato anche in rapporto ai livelli di sodio, per cui è necessario un bilancio idrico una- due volte al giorno e valutando la diuresi con la pesatura dei pannolini. Consiglia inoltre di eseguire tampone cutaneo settimanale fino a maturazione della cute. In caso di ipotermia, controllare il fissaggio della termosonda, cambiare la biancheria se umida, aumentare l'umidità, aumentare la temperatura, applicare sacchetti di polietilene, se in ventilazione assistita. In caso di ipertermia, oltre al controllo della termosonda, ridurre temperatura e umidità, considerare la possibilità di infezione. Per mantenere l'umidità, controllare il livello di acqua, controllare la temperatura del macroambiente e limitare le correnti d'aria. Sostituire l'incubatrice settimanalmente ma se le

condizioni non lo consentono, rimandare fino a due sostituendo almeno il contenitore dell'acqua. Sostituire il filtro dell'aria ad ogni paziente.(29) Nel 2009 è stata emessa una revisione Cochrane (protocol) a tutt'oggi rimasta invariata in cui si sottolinea che la gestione della termoregolazione nel neonato pretermine è un aspetto molto problematico in quanto ogni millilitro di acqua che evapora dalla pelle risulta pari alla perdita di 560 calorie. Per ottenere l'omeostasi è necessario creare un ambiente termico neutro cioè in cui il neonato non debba incrementare il fabbisogno di ossigeno per mantenere la temperatura compresa nei range di normalità. La sola fonte di calore irradiante non è sufficiente in quanto non limita la perdita di acqua attraverso la cute. È ottimale l'utilizzo di incubatrici che riscaldino l'ambiente per convezione per creare un microclima ideale...la stabilità termica è spesso ottenibile con un microclima umidificato. La cute dei neonati gravemente prematuri, essendo molto sottile, permette una maggior dispersione di acqua. La 30° settimana di vita extrauterina costituisce una tappa importante nella maturazione della pelle. I neonati gravemente prematuri hanno un aumentato rischio di sepsi per uno scarso sviluppo della barriera cutanea, uno stato di immunodeficienza, un aumentato numero di procedure invasive; un ambiente eccessivamente umidificato può aumentare i rischi di infezioni nosocomiali. Secondo questa revisione vanno fatti studi per definire il livello ottimale di umidità nelle incubatrici. (30) Un articolo pubblicato su Pediatrics nel 2008 pone l'accento sull'importanza della cura dei neonati pretermine in un'incubatrice umidificata ma altrettanto sull'attenzione da riservare alle rettifiche aggiuntive nel bilancio idrico. (31) Sempre nel 2008 Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing dell' Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses and the National Association of Neonatal Nurses pubblica uno studio prospettico randomizzato che confronta le metodiche di impostazione dell'umidità programmata tramite un calcolo informatizzato dell'umidità in base ai giorni di vita e impostata dalle infermiere per definirne l'influenza sull'incidenza del peso e conclude che la programmazione tramite computer non riduce il numero di giorni per l'incremento di peso. (32) È del 2009 uno studio effettuato su 26 tin australiane che indaga con un questionario sulla pratica di impostazione dell'umidità nelle incubatrici



ci. Il 100% usa l'umidità delle incubatrici ma solo il 20% ha un protocollo, il 77% si basa sull'e.g. il 23% sul peso alla nascita, l'88% impiega l'80 per iniziare, l'umidità impostata nei neonati <28 e.g. a 14-28 giorni di vita è per il 60% < 70%. descrive dunque una variabilità di comportamenti rispetto a questa pratica così importante.(33) Lo studio dell'influenza del macroambiente delle tin nelle diverse stagioni dell'anno, descritto in un articolo del 2010, denota che la temperatura esterna e l'umidità variano nell'arco dell'anno. Ne deriva che le infermiere dovrebbero tener conto di questo dato per posizionare le incubatrici rispetto alle finestre, se dotate di tende, o in zone con correnti d'aria e tenerne conto per l'impostazione dell'umidità delle incubatrici (34). Nel 2010 le linee guida del New Zealand Ministry of Health raccomandano per i neonati con e.g. < 28 di iniziare con un'umidità dell'80% e mantenere per 7 giorni. Quando la temperatura è stabile, ridurre gradualmente al 50% e interrompere dopo 21 giorni o 32 e.g. a seconda di quale viene raggiunto per primo. Nei neonati con e.g. Compresa tra 29 e 30+6, iniziare al 70-80%, se dopo tre giorni la temperatura è stabile, iniziare la riduzione e interrompere quando il neonato raggiunge 32 settimane o quando il 40% risulta compatibile con la stabilità termica (35). Sempre del 2010 la revisione linee guida del NHS non mostrano sostanziali modifiche rispetto alla precedente edizione. L'umidità dovrebbe essere sospesa in accordo con i neonatologi. Quando viene raggiunto il 50% se la temperatura è

stabile. Nei primi giorni la temperatura dell'incubatrice dovrebbe essere intorno a 36.5 (36) Le Guideline NHS East of England Neonatal Benchmarking Group EOENBG riassumono quale pratiche implementare rispetto alla termoregolazione, per i neonati con e.g. < 28 tra cui le più importanti sono: preriscaldare l'incubatrice a 37°, evitare correnti d'aria, se si usa l'incubatrice con il tetto aperto, aumentare la temperatura dell'ambiente, rilevare e registrare sistematicamente la temperatura ascellare, lasciare il sacchetto di polietilene fino alla completa stabilizzazione del neonato, mantenere la temperatura del neonato compresa tra 36.5° e 37.5°, riposizionare la termosonda ogni 4 ore, controllare attentamente in caso di ipotermia o ipertermia. (26) Per terminare ne 2012 una pubblicazione su *Acta Paediatrica*, relativa alla descrizione e valutazione delle procedure relative a gestione di temperatura e umidità nelle incubatrici, rivela ancora discrepanze nella gestione (37). La complessità delle caratteristiche del neonato pretermine, relativamente alla garanzia di erogare prestazioni qualitativamente adeguate, richiede agli infermieri che li assistono nelle tin un elevato livello di conoscenze e competenze unitamente all'assunzione di responsabilità che formazione continua, normativa e deontologia professionale delineano appieno (38) (39) (40). Garantire un ambiente sicuro (28) ad ogni neonato significa fare il possibile per contribuire a garantirgli una futura vita qualitativamente migliore (41) 

## BIBLIOGRAFIA

1. ANGELS (Antenatal e Neonatal guidelines, education e learning system). Neonatal Guideline. Neonatal-thermoregulation. 2003
2. Pierluigi Badon, Simone Cesaro: Manuale di nursig pediatrico. Casa Editrice Ambrosiana. Milano 2006
3. WHO 1997. Protezione termica del neonato. Una linea guida pratica
4. K. A. Thomas. Preterm infant thermal responses to caregiving differ by incubator control mode. *Journal of Perinatology* 2003;23:640-645
5. Horns. Comparison of two microenvironments and nurse caregiving on thermal stability of ELBW infants. *Advances in Neonatal Care* 2002; 2(3): 149-160
6. Scochi, Gaiva, Silva, Riul. Termorregulacao: assistencia hospitalar ao recém-nascido pré-termo. *Acta Paul Enf* vol °15, n.1 2002.
7. Abbot R. Laptook a,b\*, Michael Watkinson c Temperature management in the delivery room *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* (2008) 13, 383e391
8. RB Johanson', SA Spencer\*, P Rolfe3, P Jones3 and DS Malla' Effect of post-delivery care on neonatal body temperature *Acta Paediatr* 81: 859-63. 1992
9. Neil N. Finer and Wade D. Rich Neonatal resuscitation: raising the bar *Current Opinion in Pediatrics* 2004,16:157-162
10. Sunita Vohra, md, msc, Robin S. Roberts, msc, Bo Zang, mph, Marianne Janes, mhsc, and Barbara Schmidt, md, MSc Heat loss prevention (help) in the delivery room: a randomized controlled trial of polyethylene occlusive skin wrapping in very preterm infants (*J Pediatr* 2004;145:750-3)
11. Robin B. Knobel, RNC, MSN, NNP Sunita Vohra, MD, Msc Christoph U. Lehmann, MD Heat Loss Prevention in the Delivery Room for Preterm Infants: A National Survey of Newborn Intensive Care Units *Journal of Perinatology* 2005; 25:514-518
12. Robin B. Knobel, RNC, MSN, NNP John E. Wimmer, Jr., MD Don Holbert, PhD Heat Loss Prevention for Preterm Infants in the Delivery Room *Journal of Perinatology* 2005; 25:304-308 r 2005 Nature Publishing Group All rights reserved. 0743-8346/05 \$30



13. Kristie Cramer, Msc Natasha Wiebe, MMath, Pstat Lisa Hartling, Msc Ellen Crumley, MLIS, AHIP Sunita Vohra, MD, Msc Heat Loss Prevention: A Systematic Review of Occlusive Skin Wrap for Premature Neonates *Journal of Perinatology* 2005; 25:763-769 r 2005 Nature Publishing Group All rights reserved. 0743-8346/05 \$30
14. Michael Watkinson, MA, MB BChir (Cantab), FRCPCH Birmingham Heartlands Hospital, Birmingham B9 5SS, UK Temperature Control of Premature Infants in the Delivery Room *Clin Perinatol* 33 (2006) 43- 53
15. Norfolk, Suffolk & Cambridgeshire Neonatal Network NSC Practice Guideline: Use of Polyethylene Skin Wrapping at the Delivery of the Very Preterm Infant January 2006
16. DR Bhatt1, R White2, G Martin3, LJ Van Marter 4, N Finer5, JP Goldsmith6, C Ramos7, S Kukreja 8 and R Ramanathan7 Transitional hypothermia in preterm newborns *Journal of Perinatology* (2007) 27, S45-S47 r 2007 Nature Publishing Group All rights reserved. 0743-8346/07 \$30
17. Bobby Mathew, Satyan Lakshminrusimha, Katherine Cominsky, Eileen Schroder and Vivien Carrion Vinyl Bags Prevent Hypothermia at Birth in Preterm Infants *Indian Journal of Pediatrics*, Volume 74—March, 2007 249
18. Abbot R. Laptook a,b\*, Michael Watkinson c Temperature management in the delivery room *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* (2008) 13, 383e391
19. Wade D. Rich, RRT, CCRCA, Tina Leone, MDa, Neil N. Finer, Mdb,\*Delivery Room Intervention: Improving the Outcome *Clin Perinatol* 37 (2010) 189-202 doi:10.1016/j.clp.2010.01.011
20. A Singh, J Duckett, T Newton and M Watkinson Improving neonatal unit admission temperatures in preterm babies: exothermic mattresses, polythene bags or a traditional approach? *Journal of Perinatology* (2010) 30, 45-49 r 2010 Nature Publishing Group All rights reserved. 0743-8346/10 \$32
21. Daniele Trevisanuto, MD, Nicoletta Doglioni, MD, Francesco Cavallin, MS, Matteo Parotto, MD, Massimo Micaglio, MD, and Vincenzo Zanardo, MD Heat Loss Prevention in Very Preterm Infants in Delivery Rooms: A Prospective, Randomized, Controlled Trial of Polyethylene Caps *Vol. 156, The Journal of Pediatrics FORMTEXT www.jpeds.com Vol. 156, No. 6*
22. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants (Review) (Review) Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.McCall EM, Alderdice F, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S This
23. Lisa K McCarthy (lisamac79@yahoo.com; lmccarthy@nmh.ie)1,2,3, Colm PF O'Donnell1,2,3 Warming preterm infants in the delivery room: polyethylene bags, exothermic mattresses or both? *Acta Paediatrica* ISSN 0803-5253 sj/Acta Paediatrica a2011 Foundation Acta Paediatrica 2011 100, pp. 1534-1537
24. American Heart Association American academy of pediatrics Neonatal Resuscitatio Textbook 6 th edition, 2011
25. Norfolk, Suffolk & Cambridgeshire Neonatal Network NSC Practice Guideline: Use of Polyethylene Skin Wrapping at the Delivery of the Very Preterm Infant Registration: NSC11/05 Issued: January 2006
26. East of England Neonatal Benchmarking Group EOENBG Guideline - Thermoregulation - 1 - Review date: May 2014 Issued: May 2011 Clinical Guideline: Thermoregulation Issued: May 2011
27. Johan Agren, MD, PHD, Gunnar Soss, MD PHD, AND Gunnar Sedin, MD, PHD Ambient Humidity influences the rate of skin barrier maturation in extremely preterm infants *Journal of Pediatrics* may 2006
28. NHS Humidity and Care of humidification Systems in the Neonatal Department Reducing the risk of Nosocomial Infection Queen Mothers hospital
29. Eastern Region Neonatal Benchmarking Group Guideline: Humidity for Infants <30 gestation ERBG Guideline: Humidity for infants <30 weeks gestation February 2006 Date of review: February 2006
30. Sinclair L, Sinn JKH, higher versus lower humidity for the prevention of morbidity and mortality in preterm infants in incubator(Protocol) review *Cochrane Librarj* 2009, Issue1.
31. Sung Mi Kim, Edward Y. Lee, Jie Chen and Steven Alan Ringer Improved Care and Growth Outcomes by Using Hybrid Humidified Incubators in Very Preterm Infants *PEDIATRICS* Volume 125, Number 1, January 2010
32. JOGNN <http://jognn.awhonn.org> © 2008, AWHONN, the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses 255 R E S E A R C H Computer-Generated Versus Nurse-Determined Strategy for Incubator Humidity and Time to Regain Birthweight Onno K. Helder, Paul G. H. Mulder, and Johannes B. van Goudoever *JOGNN*, 37, 255 - 261; 2008. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2008.00237.x
33. Lynn Sinclair,1,2 Jackie Crisp2 and John Sinn1,3 Variability in incubator humidity practices in the management of preterm infants *Journal of Paediatrics and Child Health* 45 (2009) 535-540 © 2009 The Authors *Journal compilation © 2009 Paediatrics and Child Health Division (Royal Australasian College of Physicians)*
34. Karen A. Thomas, PhD, RN et al Seasonal Mapping of NICU Temperature Study conducted at the University of Washington Medical Center *Adv Neonatal Care*. 2010 April; 10(2): 83-87. doi:10.1097/ANC.0b013e3181d50d31
35. Newborn Services Clinical Guideline <http://www.adhb.govt.nz/newborn/guidelines/Admission/Humidification.htm> July 2010
36. NHS Humidified Incubator in NICU neonatal Intensive Care Unit john Chilgre?s Hospital luglio 2011
37. C Deguines1,2, P Décima (pauline.decima@u-picardie.fr)2, A Pelletier2, L Dégurgilliers1,2, L Ghyselen1,2, P Tourneux1,2 Variations in incubator temperature and humidity management: a survey of current practice a2011 The Author(s)/Acta Paediatrica a2011 Foundation Acta Paediatrica 2012 101, pp. 230-235
38. 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].
39. 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].
40. 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].
41. Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano: Masson.





È evidente che...

## *Le caratteristiche del vissuto emotivo dell'infermiere in hospice*

25

A cura di Lorenzo Borgonovo<sup>1</sup>

le parole sono la medicina dell'animo che soffre (Eschilo).

Durante il percorso per conseguire la laurea in Infermieristica ho avuto occasione di effettuare uno dei tirocini clinici presso l'hospice dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna, nel presidio ospedaliero di Cantù (CO). L'assistenza prestata in questo ambito è definita "end-of-life care" cioè "un approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti - e delle loro famiglie - nell'affrontare una malattia che minaccia la vita, attraverso la prevenzione, la valutazione e la cura del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e spirituali (World Health Organization, 2002). L'esperienza di tirocinio mi ha permesso di verificare tale approccio ed in particolare il supporto emotivo: questo costituisce una buona parte dell'assistenza infermieristica erogata a una persona in fase terminale (Skilbeck e Payne, 2003); inoltre, mi ha stupito la capacità degli infermieri incontrati di essere emotivamente molto disponibili con le persone, ma anche molto sereni e disposti a sdrammatizzare. Ho quindi provato a sfogliare la letteratura riguardo all'esperienza emotiva dell'infermiere in hospice, alla ricerca di vissuti di colleghi, con lo scopo di trovare quale sia il "segreto" per mettere in atto questo tipo di assistenza.

L'esperienza di contatto con la morte in hospice da parte degli infermieri e del personale sanitario è però poco descritta in letteratura (Froggatt, 1998). Resta in ogni caso quasi un'evidenza che sia un'esperienza molto dura e stressante per il personale il prestare assistenza a una persona in fin di vita (Boroujeni et al., 2008; Caton et al.,

2006; Hurtig e Stewin, 1990). Cantarelli (2003) riconosce nel bisogno di comunicazione uno degli undici bisogni di assistenza infermieristica, a cui rispondere con un atto di sostegno favorendo l'espressione di sentimenti e vissuti che preoccupano la persona assistita e/o le persone significative. Un'abilità comunicativa così efficace può essere però raggiunta solo attraverso una buona conoscenza di sé, tale da consentire la comprensione del mondo di significati dell'altro (Wilson e Carryer, 2008; Brusco, 2007).



Diversi autori (Brien et al., 2008; Caton et al., 2006) riconoscono quindi la necessità di formare gli infermieri novizi alla consapevolezza di sé e alla gestione delle emozioni per consentire un'assistenza infermieristica di tipo palliativo di buona qualità. Sulla stessa scia Caton et al. (2006) prospettano

l'esigenza per gli infermieri neoassunti in reparti di cure palliative di essere affiancati a colleghi maggiormente esperti (clinical mentors) che trasmettano conoscenze, atteggiamenti e strategie di coping per far fronte alla end-of-life care. Inoltre, Brien et al. (2008) sottolineano come la conoscenza di sé (affective learning) sia fondamentale per far fronte alle necessità comunicative, relazionali e di assistenza di un malato terminale; a questo proposito delineano la possibilità di inserire dei percorsi nelle Facoltà di Infermieristica per formare gli studenti a questo tipo di consapevolezza.

### **METODI E STRUMENTI**

Ho effettuato la ricerca bibliografica nei mesi di febbraio - giugno 2011 avvalendomi delle banche dati informatizzate Medline e Cinahl, effettuando

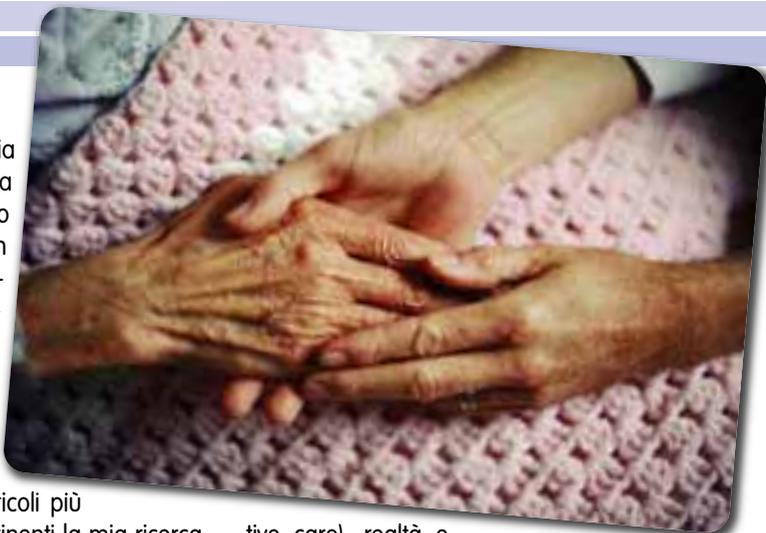


nel primo caso ricerche sia attraverso MeSH che in parola libera, mentre nel secondo caso solamente ricerche in parola libera. Le parole chiave utilizzate sono state end-of-life care, hospice care, nursing (nelle varie declinazioni), emotions e feelings. La ricerca in Medline ha restituito 40 risultati; tra questi ho selezionato gli articoli più recenti e maggiormente pertinenti alla mia ricerca, disponibili presso la Biblioteca dell'Ospedale Sant'Anna di Como o reperibili attraverso il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo. La ricerca in Cinahl mi ha offerto 20 risultati, esaminati valutando la pertinenza degli abstract con l'argomento scelto.

## DISCUSSIONE

Boroujeni et al. (2008) descrivono l'importanza per l'infermiere di trovare un equilibrio emotivo all'interno del contesto di cura di malati terminali. Il loro studio, effettuato attraverso un approccio del tipo grounded theory, è stato condotto presso tre ospedali universitari di Isfahan (Iran). I ricercatori hanno identificato, attraverso un campionamento teorico, 18 infermieri con almeno un'esperienza di assistenza a un malato terminale e in grado di esprimere verbalmente le loro emozioni; si trattava di infermieri laureati, con almeno un anno di esperienza clinica.

Gli Autori hanno utilizzato un tipo di intervista semi-strutturato, utilizzando domande quali "Qual è la tua esperienza riguardo all'assistenza infermieristica di un malato terminale?" e "Qual è il senso della morte e come ti senti riguardo a essa?". Hanno poi utilizzato domande volte a incoraggiare i soggetti intervistati a fornire una descrizione dettagliata delle proprie emozioni in proposito. I dati sono stati registrati e trascritti attraverso un programma di riconoscimento vocale e videoscrittura, per poi essere analizzati; il lavoro ha permesso di identificare il centro dell'argomento (core variable) con l'espressione "trovare un equilibrio" (finding a balance). L'equilibrio è stato identificato come relativo a quattro coppie di opposti: cura e palliazione (restorative and pallia-



tive care), realtà e speranza (information and hope), aspettative ed effettive possibilità dell'operatore (expectations and abilities), intimità e distanza (intimacy and distance). Boroujeni e i suoi collaboratori (2008) hanno proseguito il loro studio cercando di esplorare le implicazioni emotive contenute in ciascuna dimensione.

Nel caso della prima antitesi, l'infermiere in hospice si trova a fare i conti con l'impossibilità di guarire: da una parte mette in atto procedure e somministra terapie con l'intento di "curare", dall'altra non può che alleviare il dolore. In questo contesto, gli infermieri con minore esperienza sperimentano dolore e tristezza, espressi a volte attraverso il pianto per alcuni giorni; per contro, gli infermieri con un'esperienza più prolungata sono in grado di provare soddisfazione nel sapere di aver fatto del loro meglio per sollevare dalle sofferenze la persona assistita e la sua famiglia. Questi infermieri sono inoltre capaci di riconoscere anche l'importanza di conservare la loro energia per poter aiutare al meglio anche altri pazienti.

La seconda antitesi contiene l'ansia della gestione del contrasto tra l'ineluttabilità della prognosi e il bisogno umano di sperare, così come la difficoltà di trovare le parole "adatte" a descrivere la situazione clinica a un malato terminale. L'equilibrio, in questo caso, è descritto come trovato dalle infermiere iraniane attraverso la fede in Dio e la visione della cura e dell'assistenza come doni divini concessi alla persona tramite l'infermiere-strumento. Trovare l'equilibrio all'interno di questo contrasto viene descritto come cruciale per evitare comportamenti aggressivi da parte dei parenti che possono ritenere l'infermiere responsabile del decesso del proprio caro.



Nella terza antitesi si sottolinea come sia necessario bilanciare le proprie competenze infermieristiche con le aspettative dei caregivers. Il raggiungimento dell'equilibrio, in questo caso, è ritenuto fondamentale per il vissuto emotivo dell'infermiere: il mancato raggiungimento di un compromesso tra capacità e aspettative può provocare un dolore molto intenso, come quello di chi sente di non essere stato all'altezza della sua professione ed è ritenuto tale dai cari della persona assistita. Nella quarta antitesi si considerano la possibilità di affezionarsi a una persona assistita e la necessità di mantenere la distanza per proteggersi dal dolore della perdita. Stabilire un legame molto stretto con la persona assistita comporta, al decesso della stessa, sentimenti di tristezza, imbarazzo, debolezza, agitazione, stress e paura della propria morte e della malattia, tali da portare anche alla comparsa di sintomi psicosomatici come insonnia, anoressia, demotivazione, crisi di pianto e ansia. Gli infermieri maggiormente esperti hanno posto l'accento sull'importanza di mantenere una giusta distanza (professional distance) tra il professionista e la persona assistita, per proteggere l'infermiere senza compromettere una comunicazione efficace.

Seno (2010) ha condotto uno studio fenomenologico per «andare più a fondo, rendere esplicita la silenziosa saggezza incorporata nell'attività degli infermieri che avevano dato prova ed erano conosciuti per la loro efficacia nell'essere-per-la-morte» (Seno, 2010). L'Autrice ha scelto sei infermiere note a colleghi o professori per le loro capacità di rendere più serena l'esperienza della morte; si trattava di infermiere con una media di 22 anni di professione, tra i 40 e i 56 anni di età, con esperienza in contesti di hospice, medicina per acuti, terapia intensiva o area critica. L'analisi delle interviste ha portato al riconoscimento di cinque tematiche che caratterizzano la persona con una sincera e ontologica attitudine alla morte: accettazione della morte, esperienze personali collegate alla morte (che implicano la capacità di comprendere il vissuto degli altri), autentica apertura mentale, capacità di richiamare alla coscienza ciò che un'altra persona già conosce, capacità di situarsi in modo flessibile nella relazione tra la famiglia della persona morente e l'istituzione ospitante la persona assistita.

Lo studio si conclude mostrando la presenza all'interno di quasi tutti i racconti del sentimento della gratitudine (espresso come la "sensazione di ricevere molto più di quanto si dà") e auspica che ogni operatore sanitario possa trovare, attraverso l'accettazione, la mentalità non giudicante, l'ascolto attivo e l'intervento a favore delle persone assistite un proprio efficace modo di essere-per-la-morte.

Allchin (2006) ha condotto uno studio ermeneutico allo scopo di sondare il vissuto emotivo degli studenti infermieri che effettuavano il tirocinio clinico in unità operative di hospice. Dopo aver reclutato 12 studenti volontari, ha chiesto loro di descrivere l'esperienza di erogazione di assistenza infermieristica a una persona in fin di vita. Dopo aver registrato tutte le interviste, ha identificato i temi principali, raccogliendoli in tre categorie: disagio (initial hesitancy and discomfort), riflessione (reflective musings) e apprendimento (personal and professional benefits).

Nella prima categoria sono state raccolte le emozioni relative all'inadeguatezza percepita dagli studenti in relazione a come interagire con la persona malata e i famigliari. In questo contesto si situano anche la percezione di non sapere quale ruolo assumere e, di conseguenza, il sentirsi "di troppo", come essendo degli "intrusi".

Nella seconda categoria Allchin (2006) ha raccolto gli effetti prodotti sulla percezione di sé degli studenti durante l'esperienza con la morte di un'altra persona. Molti degli intervistati hanno sottolineato come la loro esperienza con il morente non si limitasse alle sole ore di tirocinio, ma suscitasse in loro pensieri e riflessioni anche nelle ore e nei giorni a seguire. Ogni studente era portato a rivivere le proprie esperienze di perdita e di dolore, e, in alcuni casi, questo provocava sensazioni di turbamento e di pianto. Questa sensazione, descritta da alcuni come emotionally draining, ha portato alla coscienza degli studenti anche la loro volontà di condividere con altri questo sentimento di tristezza attraverso il desiderio di comunicare.

La terza categoria individuata dall'Autore presenta invece i benefici percepiti dai partecipanti allo studio sulla propria esperienza personale e sulla motivazione professionale. L'esperienza di tirocinio in hospice ha consentito di affrontare una realtà diversa e per certi versi sconosciuta, per-



mettendo di migliorare le capacità relazionali e tecniche, ma anche riducendo l'ansia percepita nei confronti di un contesto ritenuto molto difficile da affrontare.

Froggatt (1998) ha eseguito una revisione della letteratura per esplorare, attraverso l'analisi della metafora nel linguaggio degli infermieri impegnati nel lavoro in hospice, i significati attribuiti alle emozioni e le strategie messe in atto per far fronte al carico emotivo. Nel suo lavoro vengono analizzate alcune espressioni utilizzate da alcuni infermieri e caregivers per descrivere il loro vissuto relativo all'assistenza di una persona in fase terminale. La prima parte dell'analisi si sofferma sulla percezione delle emozioni. Gli infermieri intervistati esprimono la presenza dell'emotività nella loro vita professionale attraverso il verbo irrompere (to break) e si rifanno a immagini quali la rottura di argini (to burst into tears), l'essere sommersi (to be overwhelmed) o il divampare di un incendio (to rekindle, to rake over). Insieme a queste locuzioni, che esprimono l'intensità, altre modalità espressive indicano la presenza delle emozioni al di sotto della persona sociale (to give vent). La seconda parte dell'articolo prende in esame in modo più specifico la percezione delle emozioni relative alla end-of-life care. L'Autrice sottolinea come le espressioni più frequenti riguardino l'essere prosciugati (to be drained) e l'essere caricati (to be burdened); sia il trovarsi svuotati o riempiti dalle angosce altrui non consente all'infermiere di lavorare in modo soddisfacente. Nell'ultima parte la Froggatt analizza tre metafore che esprimono la modalità degli infermieri di far fronte al carico emotivo: attivare/disattivare (switching on and off), indurirsi (hardening), fare un passo indietro (standing back). Queste tre locuzioni mostrano differenti percezioni della propria emotività ed esprimono una sorta di controllo razionale sulle emozioni. Questo controllo viene attuato nel primo caso attraverso la creazione di uno spazio limitato a un contesto preciso per la loro espressione, nel secondo con un relegamento al di fuori di una sorta di barriera posta tra sé e le angosce altrui, nel terzo con una presa di distanza.

L'articolo si conclude con una riflessione su come sia presente un'aspettativa di capacità di gestione delle emozioni da parte dell'infermiere, sia delle

proprie che di quelle altrui, e di come al ruolo professionale di infermiere possano essere inconsciamente attribuite queste qualità. La Froggatt aggiunge inoltre che, essendo la maggior parte degli infermieri donne, ed essendo il contesto di hospice caratterizzato da un'intensa emotività, si possa ricreare sul luogo di lavoro un ambiente analogo a quello familiare, in cui ci si attende che la madre si occupi degli aspetti emotivi dei familiari.

Liu et al. (2011) hanno condotto in un'università di Taiwan un workshop molto interessante con alcuni studenti in Infermieristica. Venti studenti sono stati invitati a seguire un laboratorio di sei ore sul tema della morte, provando a immaginare di avere solo 30 minuti di vita e di dover scrivere una lettera di commiato; nella seconda parte del workshop sono invece stati invitati a scrivere l'epitaffio per il proprio monumento funebre. Questo tipo di lavoro, seguito da discussioni in piccoli gruppi e sempre supervisionato da psicologi per consentire l'espressione dei vissuti emotivi più conflittuali, ha consentito ai ricercatori di identificare sei categorie in cui raggruppare ciò che gli studenti avevano provato: sorpresa (surprise), riluttanza alla separazione (reluctance to let go), gratitudine (gratitude), riconoscenza per il presente (cherishing the present), impegno professionale (professional commitment), apprezzamento del valore della vita (pondering the value of life). Il workshop è stato organizzato per consentire agli studenti una maggiore vicinanza nei confronti delle persone che si preparavano ad assistere e ha consentito di condividere vissuti riguardo a un argomento considerato tabù nella cultura locale (ma anche nella cultura occidentale attuale).

## CONCLUSIONI

È anzitutto interessante notare come i vari studi provengano da contesti molto differenti. Boroujeni et al. (2008) hanno eseguito la loro ricerca in Iran (dunque in un paese di cultura islamica), Allchin (2006) e Seno (2010) in USA, Liu et al. (2011) nell'isola di Taiwan e Froggatt (1998) in Inghilterra: confrontare queste differenti prospettive consente di individuare alcune linee tangenziali e di definire il vissuto emotivo dell'infermiere in hospice con almeno quattro pennellate.

L'esperienza dell'infermiere in hospice si caratte-



rizza come una condizione che richiede una costante ricerca di equilibrio. Lo studio di Boroujeni et al. (2008) evidenzia molto bene gli estremi di questa situazione: l'infermiere, particolarmente quello meno esperto, è chiamato continuamente a ridefinire la propria posizione nei confronti della persona assistita, delle persone care, di se stesso (aspettative e capacità). Lo stesso tipo di ricerca è espresso nella metafora switching on/off descritta da Froggatt (1998).

In secondo luogo la end-of-life care impone all'infermiere una riflessione su di sé, su ciò che prova e su come concepisce la vita e la morte. Il tema dell'integrazione della morte nella propria esistenza è espressa molto bene nell'articolo di Seno (2010); lo stesso tipo di consapevolezza è esposta dagli studenti taiwanesi (Liu et al., 2011) che, riflettendo sulle loro emozioni a riguardo di un'imminente fine della vita, concepiscono la necessità di dare un giusto peso al valore dell'esistenza.

Un terzo filo conduttore può essere individuato nell'espressione di gratitudine. L'analisi condotta da Seno (2010) esprime chiaramente la sensazione provata dalle infermiere di "ricevere più di quanto dato"; nello studio di Allchin (2006) si legge come gli studenti arrivino a percepire i benefici dell'esperienza di assistenza al malato terminale sulla propria motivazione personale e professionale; tra le categorie proposte da Liu et al. (2011) si leggono la gratitudine e la volontà di valorizzare il presente.

Tutti gli studi riportati evidenziano, in quarto luogo, la necessità di accettare un percorso. Questa caratteristica appare in modo evidente nello studio effettuato da Allchin (2006), in cui gli studenti intervistati si spostano progressivamente da sentimenti di inadeguatezza e frustrazione verso l'accoglienza di nuove motivazioni. Nel lavoro di Seno (2010) appare chiaramente come la capacità di essere-per-la-morte sia frutto di esperienze personali, pratica professionale e riflessione: situazioni che sottendono un cammino individuale. Il workshop di Liu et al. (2011) sembra ripercorrere in maniera analogica questo tragitto, mostrando come i sentimenti iniziali di pianto e sconforto

(surprise) cedano il posto a un punto di vista diverso e maggiormente positivo.

È importante notare anche una particolarità:

l'aspetto religioso è evidenziato in modo esplicito (nei termini di "fede") solamente nello studio di Boroujeni et al. (2008), forse a motivo del contesto culturale in cui è stato prodotto; gli altri lavori sottendono una spiritualità esistenziale, ma non connotata da professioni di fede

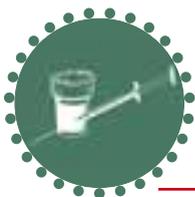
codificate. L'argomento trattato in questo lavoro non è esaustivo, innanzitutto per la limitatezza delle fonti utilizzate: nonostante i numerosi parallelismi evidenziati, non può che consentire una comprensione parziale del vissuto considerato. Gli studi primari su questo argomento d'altra parte sembrano essere scarsi, probabilmente anche a causa della mole di lavoro che sottostà al trascrivere, analizzare e categorizzare interviste su un argomento così vasto come il rapporto con la morte. È presente, invece, una letteratura relativamente vasta di tipo narrativo sulle esperienze specifiche di singoli operatori sanitari, utile dal punto di vista didattico ma poco utilizzabile per una ricerca di tipo scientifico (una revisione di questa letteratura è stata effettuata da Wittenberg-Lyles et al. nel 2007). Un altro limite di questo lavoro è l'eterogeneità dei campioni considerati: valutare simultaneamente l'esperienza di studenti, novizi e infermieri esperti consente una panoramica ampia sull'argomento, ma sicuramente meno precisa. Una ricerca qualitativa condotta in questo modo può avere in campo infermieristico un'utilità anzitutto formativa: conoscere a fondo l'esperienza emotiva di un infermiere consente di poter preparare gli studenti ad affrontare una realtà che risulterebbe altrimenti sconosciuta. Come già altri autori hanno suggerito (Caton et al., 2006; Cooper e Barnett, 2005), sarebbe auspicabile inserire programmi di formazione alla end-of-life care maggiormente specifici nei Corsi di Laurea, nonché prevedere periodi di tirocinio e workshops utili a consentire agli studenti una maggior conoscenza di sé per poter far fronte ad esperienze dolorose o comunque difficili durante i tirocini o nel periodo successivo all'abilitazione alla professione 



## BIBLIOGRAFIA

- Allchin L. (2006) Caring for the dying. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(2): 112-117.
- Benedetti L. (2009) *Curare sulla soglia della vita. L'hospice Il Tulipano di Niguarda*. Milano: FrancoAngeli.
- Boroujeni AZ, Mohammadi R., Oskouie S. F., Sandberg J. (2008) Iranian nurses' preparation for loss: finding a balance in end-of-life care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16): 2329-2336.
- Brien L., Legault A., Tremblay N. (2008) Affective learning in end-of-life care education: the experience of nurse educators and students. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(12): 610-614.
- Brusco A. (2007) *Attraversare il guado insieme. Accompagnamento psico-pastorale del malato*. S. Pietro in Cariano (VR): Il Segno dei Gabrielli Editori.
- Cantarelli M. (2003) *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Milano: Masson.
- Caton A., Klemm P. (2006) Introduction of novice oncology nurses to end-of-life care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(5): 604-608.
- Cooper J., Barnett M. (2005) Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(8): 423-430.
- Decreto del Ministero della Sanità n. 739 (1994) Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere [on line]. Disponibile da: <http://www.normativasanitaia.it/jsp/dettaglio.jsp?id=6578> [consultato il 12 maggio 2011].
- Fain A. (2004) *La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla, applicarla*. 2ª edizione. Milano: McGraw-Hill.
- Froggatt K. (1998) The place of metaphor and language in exploring nurses' emotional work. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2): 338-342.
- Georges J., Grypdonck M. (2002) Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. *Nursing Ethics*, 9(2): 155-178.
- Hurlig W. A., Stewin L. (1990) The effect of death education and experience on nursing students' attitude towards death. *Journal of Advanced Nursing*, 15: 29-34.
- IPASVI (2009) *Il codice deontologico dell'infermiere* [on line]. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/professione/content.asp?ID=19> [consultato il 13 aprile 2011].
- Liu Y., Su P., Chen C., Chiang H., Wang K., Tzeng W. (2011) Facing death, facing self: nursing students' emotional reaction during an experiential workshop on life-and-death issues. *Journal of Clinical Nursing*, 20: 856-863.
- Lowey S. E. (2008) Letting go before a death: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(2): 208-215.
- Seno V. L. (2010) Being-with dying: authenticity in end-of-life encounters. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 27(6): 377-386.
- Skilbeck J., Payne S. (2003) Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5): 521-530.
- Wilson S. C., Carryer J. (2008) Emotional competence and nursing education: a New Zealand study. *Nursing Praxis in New Zealand*, 24(1): 36-47.
- Wittenberg-Lyles E. M., Greene K., Sancez-Reilly S. (2007) The palliative power of storytelling. Using published narratives as a teaching tool in end-of-life care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 9(4): 198-205.
- World Health Organization (2002) *Palliative care* [on line]. Disponibile da: <http://www.who.int/hiv/topics/palliative/PalliativeCare/en/> [consultato il 6 luglio 2011].





### La “nuova menopausa”

A cura di *Valentina Iacchia\**

Il termine “nuovo” va interpretato sia nel senso di diverso rispetto al benessere dell’età fertile precedente, che nel senso di migliore, più profondo e appagante, conquista niente affatto scontata dell’età matura. Relativamente nuovo è l’approccio positivo che si sta diffondendo sempre di

più rispetto alla menopausa, vista come evento fisiologico naturale, non necessariamente patologico e da curare con i farmaci.

In questa prospettiva si ritiene che i disturbi più comuni, lamentati spesso dalle donne durante questa specie di rivoluzione del corpo e della mente che è la menopausa, possano essere risolti o almeno limitati, nella stragrande maggioranza dei casi, con rimedi naturali che, in più, hanno il grande vantaggio di aiutare dolcemente il corpo e la mente a trovare un nuovo equilibrio.

**Menopausa** significa letteralmente fine del ciclo mensile e quindi dovrebbe indicare semplicemente l’ultima mestruazione, in realtà il fenomeno è più complesso e sarebbe definito più correttamente dal termine **climaterio**, termine medico che indica l’intero periodo che va dagli ultimi anni con cicli mestruali a volte irregolari, all’intero anno che segue la loro scomparsa, periodo che vede una progressiva diminuzione di ormoni prodotti dalle ovaie. Questo termine deriva dal greco Klimactér che significa sia gradino che difficoltà ed esprime bene la caratteristica essenziale di questo momento di grande e faticoso cambiamento, nel tentativo di raggiungere un equilibrio diverso, di livello superiore



Quali sono quindi i suggerimenti naturali per vivere al meglio questo periodo?:

**1) Il cibo è il primo responsabile del nostro benessere fisico**, quindi:

- Ripristino graduale di un’alimentazione il più possibile naturale, a base di cibi integri e cucinati semplicemente. (Sono da privilegiare i prodotti biologici e biodinamici)

- Equilibrio nell’assunzione del cibo (La quantità uccide la qualità anche del cibo migliore; non mangiare troppo velocemente)

- Varietà nell’alimentazione (.specialmente al variare delle stagioni per permettere al corpo di adattarsi ad energie climatiche diverse)
- Assumere alimenti contenenti fitoestrogeni (I fitoestrogeni sono presenti in più di trecento piante fra cui molte sono di largo consumo (mele, carote, finocchi, pomodori, cipolle, uva, arance, limoni, lenticchie, fagioli, piselli, riso e altri cereali, semi di lino, di sesamo, di girasole, menta, salvia, the verde e caffè. Soia e semi di lino ne sono particolarmente ricchi).

#### Cibi da limitare

- I dolci, ricchi di zuccheri e di grassi
- Gli snaks vari che tengono continuamente in attività l’apparato digerente
- I carboidrati raffinati per il loro indice glicemico molto alto
- Salumi, formaggi e carni rosse, troppo ricchi di grassi e di proteine
- I grassi saturi, principali responsabili delle



patologie degenerative a carico dell'apparato cardiovascolare

- Bibite gassate, piene di zuccheri e coloranti
- L'alcol e le bevande eccitanti
- I cibi troppo salati, che possono favorire l'ipertensione, la ritenzione idrica e un'elevata perdita di calcio con le urine a causa del sodio in essi contenuto.

Credo, però, che sia fondamentale non demonizzare nessun cibo ma attenersi a criteri di misura e di occasionalità anche per quelli ritenuti meno "sani".

**2) L'importanza della respirazione:** Rallentare consapevolmente il respiro calma la mente, dà un senso di integrità, di stabilità mentale, di benessere; ci radica nel presente facendoci accedere ad uno spazio interiore in cui poter incontrare noi stesse e il bisogno urgente di tempo per noi. Ridare libertà al nostro respiro imbrigliato è, secondo me, il primo passo concreto da fare per instaurare un rapporto diverso con il tempo della nostra vita e per recuperare i ritmi naturali del corpo femminile.

Un respiro liberato ci guiderà nella ricerca quotidiana di un momento tutto nostro in cui rilasciare le tensioni muscolari accumulate, allentare le costrizioni e sciogliere i blocchi fisici e psichici per permettere all'energia di circolare liberamente e di nutrirci.

**3) Liberare il corpo nel movimento:** Sentirsi bene nel proprio corpo è il primo obiettivo da raggiungere; comprensione dei suoi veri bisogni viene subito dopo insieme a viverlo come alleato e compagno di viaggio fidato; infine gli dobbiamo riconoscenza e amore perché divide con noi l'avventura e la sfida della materia.

Liberiamo il corpo dal disprezzo ma anche dagli ideali ossessivi di bellezza, giovinezza, salute e sessualità imperiture.

La prima e naturale espressione del corpo a contatto con il mondo è il movimento ma, dopo l'infanzia, tendiamo a muoverci poco e secondo schemi e posture acquisite dall'esterno. Ridare libertà di movimento al corpo va di pari passo con la liberazione del respiro e, una volta ripristinate entrambe, sperimenteremo subito una nuova

energia. A secondo dell'affinità si possono effettuare esercizi di qi gong, yoga, stretching, esercizi dei cinque tibetani, ecc. Esercitare regolarmente uno sforzo sulle ossa per mantenerle forti, è particolarmente importante per le donne che hanno meno muscoli degli uomini e inoltre hanno ossa più leggere che, invecchiando, perdono massa ossea più rapidamente.

#### 4) Utilizzare rimedi naturali per i piccoli disturbi:

in questo periodo della vita è possibile avvicinarsi anche all'automedicazione, Tentare di diventare le guaritrici di noi stesse può essere un'avventura stimolante, ma di sicuro costituisce già di per sé una terapia efficace. Chi non si sente abbastanza sicura in questo agire potrebbe, inizialmente, fare una valutazione allargata del proprio stato di salute con un professionista di fiducia (ostetrica, infermiere, ginecologo, naturopata) che abbia una visione equilibrata dei disturbi della menopausa.

##### - Metrorragia:

Le perdite di sangue eccessive possono essere regolate dalla Borsa del pastore o dall'Amamelide o dall'Equiseto o dall'Achillea in Tintura Madre (TM) 30 g. x 3 v. al giorno oppure in Soluzione Idroalcolica Spagirica (SIS) 15-30 g. x 3 v. al giorno. Il lampone, in macerato glicerico (MG) IDH: 50 g. al mattino e 50 g. alla sera, è un ottimo riequilibratore ormonale.

##### - Disturbi vasomotori:

**La salvia** è la pianta che può meglio spiegare un'azione simile a quella degli estrogeni naturali. Ha un'azione tonica su tutto il sistema nervoso e rinforza le ghiandole surrenali stimolandole a produrre ormoni sessuali. Risulta efficace sia sulle vampate che sulla sudorazione. Si utilizza sotto forma di infuso (tre tazze al giorno) o di TM 30 gtt. x 3 v. al giorno; oppure come o.e. 1 gtt. su zolletta Panela x 3 v. al giorno prima dei pasti. È particolarmente valida anche in preparazione spagirica, in cui ritroviamo interamente la sua forza vitale: 15-30 gtt. x 2 v. al giorno. La utilizzeremo spesso anche nella preparazione dei cibi.

**Precauzioni:** iniziare con bassi dosaggi per verificare che non ci sia ipersensibilità ai suoi





principi attivi. Va usata con cautela nei soggetti epilettici.

**Il Biancospino** ha un effetto generale sulla circolazione. Per un'azione più decisa sulle palpitazioni si usa il MG 1DH, 50 g. x 2 v. al giorno) oppure l'estratto fluido da prendere durante i pasti da 10 a 20g. per volta. In SIS 15-30 g. x 2/3 volte al giorno.

**Precauzioni:** può essere mal tollerato nei malati psichici; può amplificare la risposta ai farmaci coronaro-dilatatori. Potenzia l'effetto dei digitali e può interferire con altri farmaci attivi sull'apparato cardio-vascolare.

**Melissa e cardiaca** insieme in TM (20-30 g. x 2/3 v. al giorno) per ipertensioni emotive o da stress.

**Passiflora:** tranquillante naturale tra i più efficaci, ansiolitica e ipotensiva. Estratto fluido 30 g. x 3 v. al giorno. In SIS 15-30 g. x 2/3 v. al giorno.

**La vite rossa** serve per i disturbi circolatori ma è anche depurativa, diuretica, anti-infiammatoria e utile nei disturbi epatici Estratto fluido 25-30 g. x 2/3 v. al giorno. Decotto, 30 grammi x 1 l. di acqua: bollire 5 minuti e berlo a tazze durante il giorno. È un ottimo rimedio anche per la couperose.

**Pilosella ed equiset**o vanno bene in caso di edemi e gonfiori.

**I fiori di Bach:** sono un aiuto semplice e discreto ma veramente prezioso per ritrovare una luce che ci possa guidare in questa transizione. Il loro uso è trasversale rispetto a qualsiasi terapia naturale ma anche di medicina tradizionale.

**Walnut**, perché "cambiamento" è la parola chiave di questo momento. Questo rimedio, quindi, sarà incluso in ogni tipo di preparazio-

ne, in cui verrà aggiunto per ultimo.

**Agrimony** per incanalare meglio le nuove energie che emergono, a volte prepotentemente, in questo periodo. Può aiutare così a calmare le vampate e a ridurre l'ipertensione.

**Impatiens**, calma le donne iperattive e nervose che sperimentano tachicardia, palpitazioni e irritabilità.

**Holly e Cherry Plum.** Il primo per i periodi di ipersensibilità emotiva e per le vampate; il secondo serve quando reprimiamo a fatica o lasciamo andare emozioni troppo forti e contraddittorie che ci spaventano.

**Scleranthus**, per gli alti e bassi dell'umore e per l'incertezza di fronte ad una sessualità che sta cambiando.

**Crab Apple:** se sentiamo di non piacerci più, di non essere contente di noi

**Rescue remedy cream** usato come lenitivo.

#### - Disturbi genitali:

La netta diminuzione ormonale causa diversi disturbi anche nell'area genitale: secchezza e fragilità della mucosa vaginale che rendono difficili e a volte dolorosi i rapporti sessuali, il tutto si può accompagnare ad una lieve diminuzione della libido.

È possibile quindi utilizzare:

**Eleuterococco** per la sua proprietà di risolvere quella stanchezza psico-fisica che certo non aiuta il desiderio sessuale. Stimola la corteccia surrenale mantenendo la produzione degli ormoni che l'ovaio non produce più. Influisce positivamente sulle vampate. In TM 30 g. x 2 v. al giorno, entro le 14.00. (controindicato per l'ipertensione).

**Actea Racemosa** in TM 20 gtt prima dei pasti x 2 v. al giorno, attenua le vampate e migliora l'umore.

**Calendula:** in infuso da utilizzare in un semicupio. Ovuli alla calendula, per idratare le pareti vaginali interne, da usarsi ciclicamente (2/3 cicli di 20 giorni all'anno). Pomata alla calendula e



malva da applicare tutte le sere con un benefico massaggio.

**Luppolo** per via topica, 2 applicazioni al giorno.

**Salvia:** crema con TM da applicare esternamente fino all'ingresso della vagina massaggiando. Ovuli a base di salvia da inserire a sere alterne per circa 1 mese.

**Aloe:** si usa sotto forma di gel, risulta molto lenitivo.

**Soia:** isoflavoni in forma agliconica, cioè privati della loro componente zuccherina, possono essere usati direttamente sui tessuti che recuperano elasticità e turgore.

**Uva ursina** in TM 30 g. x 2 v. al giorno da assumere in tisana di malva, camomilla e fiori d'arancio; è un buon disinfettante delle vie urinarie.

È possibile utilizzare anche **Oli Essenziali** quali:

**Geranio:** nell'acqua del bagno o in olio per un massaggio, è un ottimo riequilibratore ormonale.

**Camomilla:** poche gocce in acqua tiepida per semicupi contro il prurito.

Menta o rosa o lavanda, nella proporzione 1:5 con olio vegetale, possono essere applicate localmente.

**Bergamotto:** poche gocce in acqua tiepida per irrigazioni interne, ha proprietà antisettiche e antibatteriche. Utile per pruriti e cistite.

**Cedro legno:** antisettico sulle mucose genito-urinarie; cicatrizzante; sedativo nervoso ma stimolante della circolazione.

- **Disturbi articolari:**

**Ribes nigrum** (gemme) in MG 1DH 50 g. x 2 v. al giorno: è un antinfiammatorio che agisce come il cortisone.

**L'artiglio del diavolo** (radici) in TM 30-40 g. x 2 v. al giorno, è un analgesico molto efficace.

**L'equiseto**, in polvere micronizzata da assumere in dosi di 125 mg. x 2-3 dosi al giorno, per 20 giorni al mese, da ripetersi ogni 2-3 mesi circa. È un ottimo restauratore delle cartilagini dolenti perché è ricco di silicio e per questo suo componente favorisce la fissazione del calcio nelle ossa.

Dobbiamo precisare che le cure e le pratiche naturali sono numerosissime e, pur molto diverse tra loro, hanno in comune il fatto di non limitarsi a trattare i disturbi ma l'intera persona che ne soffre nella sua assoluta peculiarità. Per questo ritengo che dei professionisti della salute quali ostetriche e infermieri debbano avere una minima conoscenza di supporti naturali per poter accompagnare le donne in questo periodo fisiologico della loro vita. Concludo ricordando che la menopausa è la quinta stagione della medicina cinese che appartiene alla terra e, come la terra, ha in sé il potere della trasformazione e nasconde e alimenta un principio di vita nuova che in primavera riprenderà la danza della vita. Nulla muore, ma tutto scorre e si trasforma. Le donne farebbero bene a non stancarsi mai di affermare loro, per prime, con forza tranquilla il valore di questa età, in una società che ha il mito della bellezza, della gioventù eterna e dell'apparire, rivelando così l'assurdià di un modo di vivere superficiale, confuso e consumista 

\*ostetrica libero professionista

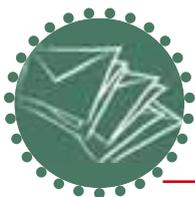
## notizie in pillole a cura di S. Citterio

### Al via un nuovo corso Fad sulla "Sicurezza dei pazienti e degli operatori"

Ha preso il via il nuovo Corso Fad sulla Sicurezza dei pazienti e degli operatori, terzo step del Corso sul Governo clinico promosso dal Ministero della Salute in collaborazione con IPASVI e FNOMCeO. Come di consueto anche questo corso - che assegna 15 crediti ECM - viene proposto inizialmente in modalità web ([www.fadinmed.it](http://www.fadinmed.it)), ma nei mesi successivi potrà essere seguito anche tramite eventi residenziali organizzati sulla stessa tematica dai vari Collegi provinciali. *La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori che determinano la qualità delle cure ed è quindi uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale si pone. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali e richiede una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per l'attuazione di misure organizzative e comportamentali volte a promuovere l'analisi degli eventi avversi, a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare e a favorire gli atti utili per prevenirli.* Un parte del Corso è dedicata anche alla sicurezza dei professionisti e dei luoghi di lavoro nella consapevolezza del ruolo fondamentale che in questo processo riveste il benessere organizzativo, relazionale e lavorativo di tutti gli operatori sanitari.

(da [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it))





## Posta e risposta

A cura del presidente AIPN, Stefano Citterio

**D.:** Sono un'iscritta al vostro collegio da anni, per passaggio dal IPASVI da un altro Collegio. Mi sono diplomata presso l'ospedale S. Anna nel luglio 1984. Da allora sento tanto parlare di valorizzazione della professione, tanti bei discorsi, tante belle parole. Qualcosa non nego si sia fatta anche se la strada è moltoooooooooooooooooo lunga ma il risultato è che a livello economico la categoria dell'infermiera non è retribuita adeguatamente. Le indennità festive, notturne e giornaliere, sono ferme alla età della pietra!!! Non c'è avanzamento di livello, non c'è adeguamento all'indice istat!! Mi chiedo cosa sta facendo di concreto il collegio per cercare di dare una dignità economica a questa categoria. Io amo questo lavoro!!! L'ho fatto per scelta, ma se tornassi indietro, non so se rifarei la scelta!! Come collegio, uniti a quella di tutta Italia muovetevi, fatevi sentire cercate di far aumentare gli stipendi, che con il caro vita, il blocco dei contratti e tante altre cose, rimangono inadeguati al livello di lavoro, carico di responsabilità richiesti dalla categoria. I bei discorsi, sono utili ma non aiutano a pagare le bollette, il mutuo e a mantenere figli come nel mio caso(è solo un esempio) di donna madre e single... distinti saluti.

**R.:** Gent.ma Collega,  
ho letto con attenzione la mail che ci hai inviato che, al di là di un apparente pessimismo, rappresenta uno spaccato interessante di come molti infermieri vivono con forza e vitalità le condizioni, non sempre facili, del proprio lavoro.  
Mi pare utile sottolineare come dal 1984 ad oggi la nostra professione ha fatto tanti passi avanti, alcuni dei quali impensabili fino a poco tempo fa. La formazione è diventata Universitaria con diversi livelli di formazione (fino al dottorato), ci sono colleghi che sono diventati professori associati e/o ricercatori universitari. A livello organizzativo gli infermieri possono ricoprire ruoli dirigenziali,

fino a poco tempo fa riservati solo ad altre professioni. Gli infermieri sono sempre più coinvolti con alti livelli di responsabilità in molti processi di cura, di assistenza, di formazione e di ricerca in diversi contesti sia Ospedalieri che territoriali.

La libera professione è in costante crescita e anche coloro che desiderano fare l'infermiere aumentano progressivamente ad ogni anno accademico. Hai ragione, però, a sottolineare che la strada da fare è ancora tanta e su molti fronti, per questo accolgo la tua sollecitazione - mi scuserai se mi viene di darti del tu - come stimolo per fare di più e sempre meglio ricordando a te e a tutti i colleghi che la forza del Collegio dipende dal livello di partecipazione di tutti gli iscritti. Certo, esistono responsabilità differenti ma ciascuno può e deve dare il proprio contributo alla crescita professionale - e di conseguenza economica - da te auspicata.

Ritengo che la prima responsabilità per ciascuno sia quella di fare bene e con responsabilità il proprio lavoro. Su questo credo che sia tu che tutti noi, possiamo contare sulla forza degli oltre 400 mila infermieri Italiani.

Un caro saluto.

*Il Presidente IPASVI COMO, Stefano Citterio*

**D.:** Vi porgo una domanda che mi ha fatto riflettere. Sono un infermiere libero professionista e collaboro con una Fondazione nel Milanese da qualche anno. Tempo fa mi è stato proposto di firmare il patto di esclusività con loro. Senza pensarci ho firmato. Adesso a distanza di tempo mi chiedo se è corretto e se ha una valenza legale. Non essendo legati da un contratto dipendente posso impugnarla legalmente nel caso io svolga la mia professione presso una loro concorrente? La legge 1743 c.c. contempla il diritto di esclusività ma riferendosi ad agenti non di liberi professionisti. Potreste chiarirmi questi concetti.

Nella speranza di essere stato chiaro vi ringrazio in anticipo, in attesa di una Vostra gradita risposta.



**R.:** Gentile Collega, per rispondere al suo quesito abbiamo interpellato il nostro consulente del lavoro, rag. Bazzanella, che ci ha segnalato che il problema sussiste in capo all'Azienda (la Ditta potrebbe avere dei seri problemi con qualsiasi Organo di Vigilanza) in quanto l'univocità della Clientela, suppone una sudditanza del soggetto soccombente (in questo caso il libero professionista) che potrebbe configurarsi addirittura come lavoro subordinato occulto. Il suggerimento è quello di contattare l'azienda e far presente che, a seguito di informazioni assunte presso il Collegio, il patto di univocità della Clientela sottoscritto non è

corretto nei confronti dei Liberi Professionisti perché presuppone una chiara subordinazione nel rapporto di lavoro. Per tanto, o si cambia la modalità di prestazione oppure non è possibile continuare la collaborazione a tali condizioni. In alternativa potrebbe tentare di far riconoscere il rapporto di lavoro subordinato dagli organi competenti di Vigilanza. La scelta è esclusivamente a carico del libero professionista.

Distinti saluti

*Stefano Citterio - Presidente IPASVI Como*

*Oreste Ronchetti - Consigliere IPASVI Como*

## notizie in pillole a cura di S. Citterio

### **Progetto "Codice Rosa", congratulazioni agli infermieri**

18/03/2012 - Pubblico riconoscimento al lavoro svolto dai colleghi toscani nell'ambito del progetto sostenuto dal Collegio di Grosseto.

Il presidente del Collegio provinciale Ipasvi di Grosseto, Nicola Draoli, ha voluto condividere con i colleghi di tutt'Italia il plauso della dottoressa Vittoria Doretti, responsabile del Centro di coordinamento provinciale di Grosseto "Vittime di Violenza" per quanti hanno contribuito alla task force del progetto regionale "Codice Rosa". *"Un mio grazie speciale ai tanti infermieri che quotidianamente hanno fatto ben più del dovuto - ha comunicato la Doretti -, permettendo la realizzazione di quello che ai più sembrava un'utopia, un percorso protetto in emergenza per i più deboli. Come ho avuto modo di dire, sono proprio gli infermieri che hanno fatto la differenza e che, più prontamente, hanno saputo cogliere gli aspetti innovativi, attuandoli in modo efficace"*. Effettivamente, la professione infermieristica riesce a scorgere, più di altre, le ricadute in termine di output e di outcome di un vero approccio multidisciplinare. "Codice Rosa", al momento, coinvolge, oltre a Grosseto, le Ausl di Lucca, Viareggio, Prato e Arezzo e, tra le varie azioni, prevede anche un piano di formazione per gruppi operativi costituiti a livello locale. Tra le prime sul territorio nazionale, la task force grossetana è costituita da un nucleo operativo di circa 20 persone, tra magistrati, forze dell'ordine e personale sanitario del Centro di coordinamento vittime di violenza della Ausl 9, affiancate da una squadra di oltre 50 operatori. Dall'inizio del 2011, sono stati 503 (dato in crescita rispetto al 2010) i codici rosa attivati in provincia di Grosseto per altrettanti casi di molestie, stalking o maltrattamenti sulle fasce deboli della popolazione. Oggi, uscire dall'ombra e sporgere denuncia è diventato più facile anche per la maggiore fiducia dei cittadini nelle istituzioni e nella presenza di figure sanitarie di riferimento, come appunto, quella degli infermieri. Chi vuole saperne di più su questo progetto può leggere l'articolo pubblicato dal portale della Federazione Nazionale IPASVI il 12 luglio 2011.

(da [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it))

### **Il peso degli stereotipi sull'immagine sociale degli infermieri**

16/03/2012 - Più di duemila colleghi hanno risposto al quesito lanciato on line dalla Federazione.

Si è appena concluso l'ultimo sondaggio lanciato dal portale nazionale Ipasvi.

Gli infermieri italiani hanno avuto la possibilità di rispondere ad una domanda di particolare interesse per la professione: Quale fattore pesa di più sull'immagine sociale dell'infermiere? Questo il quesito commentato da ben 2.116 votanti, che, al primo posto hanno indicato in netta maggioranza la risposta "gli stereotipi del passato" (57,8%) e a seguire "l'influenza dei media" (16,3%); "le relazioni con l'assistito" (14,9%), quindi "la capacità di autopromozione" (11%). Oltre la metà dei colleghi avverte dunque ancora il peso - lesivo - della variegata e colorata aneddotica sugli infermieri del passato, spesso descritti come superficiali, pigri, di scarsa cultura e preparazione rispetto ai medici. O peggio, nel caso delle donne, giudicati con il metro dell'avvenenza e della disponibilità, piuttosto che della preparazione. Gli infermieri, poi, consapevoli dell'importanza dei mezzi di comunicazione nel veicolare la loro immagine all'esterno, hanno posto i media come secondi nell'elenco dei fattori che pesano di più sul loro appeal sociale.

(da [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it))





### BLOG

<http://www.tralecorsieenonsolo.com/p/il-blog.html>

Questo blog nasce dall'esigenza d'affrontare con leggerezza e si spera con una discreta dose d'ironia, gli accadimenti della vita quotidiana tra le corsie e non solo: umori e malumori, meritocrazie avulse, discriminazioni, burocrazie artificiose, conflitti sociali, aneddoti e paradossi, politiche surreali, curiosità, riflessioni, storie commoventi, proposte creative, ispirazioni poetiche, e chi più ne ha più ne metta, il tutto adornato da una satira elegante e pungente.

Tra le corsie scorre la vita, l'infermieristica sia dunque un'infermieristica nuova al passo con i tempi moderni, prima che il tempo ci sorpassi.

### ECM GRATIS PER INFERMIERI

<http://ecmxinfermieri.blogspot.com/2011/12/nuovo-corso-ecm-201112-3-crediti.html>

Nuovo corso ECM 2011/12 - 3 crediti

Ascite Neoplastica: diagnosi e trattamento

Il corso conferisce 3 crediti ed è gratuito

Per accedere al corso collegatevi all'indirizzo:

<http://fad.accmed.org/>

Necessaria l'iscrizione al portale che è gratuita

Scadenza:06/11/2012

Ti potrebbero anche interessare:

- Nuovo ECM 2011 - 3 crediti Bayer
- Nuovo corso ECM 2011 - 3 crediti Lilly
- Nuovo corso ECM 2011 - 12 crediti Fadinmed
- Nuovo ECM 2011 - 3 crediti Bayer

<http://ecmxinfermieri.blogspot.com/2012/02/nuovo-corso-ecm-2012-15-crediti.html>

Nuovo corso ECM 2012 - 15 crediti Fadinmed

La sicurezza dei pazienti e degli operatori

Per partecipare al corso collegatevi all'indirizzo: <http://learn.fadinmed.it/>

Ti potrebbero anche interessare:

- Nuovo corso ECM 2011 - 12 crediti Fadinmed
- Nuovo corso ECM 2012 - 12 crediti Diabetescare
- Nuovo corso ECM 2012/13 - 6 crediti Boheringer Ingelheim
- Nuovo corso ECM 2011/12 - 3 crediti
- <http://ecmxinfermieri.blogspot.com/2011/10/nuovo-corso-ecm-201112-9-crediti.html>

Nuovo corso ECM 2011/12 - 9 crediti Boheringer Ingelheim



## CORSO INTRODUTTIVO ALLA FARMACOVIGILANZA

Il corso conferisce 9 crediti ed è riservato agli infermieri.

Per conoscere i dettagli per l'iscrizione al corso è necessario inviare una mail alla Segreteria del Provider (info@wkhealth.it) specificando nell'email di essere infermieri, il nome, il cognome e il titolo del corso a cui desiderate accedere. Vi verrà inviata una mail con le modalità di accesso e il codice.

Una volta completato il test di verifica sull'apprendimento sarà possibile scaricare e stampare l'attestazione di attribuzione dei crediti ECM in formato PDF. Scadenza: 30 settembre 2012

38

Ti potrebbero anche interessare:

- Nuovo corso ECM 2012/13 - 6 crediti Boheringer Ingelheim
- Nuovo corso ECM 2011 - 9 crediti pic/artsana
- Nuovo corso ECM 2011/12 - 3 crediti
- Nuovo corso ECM 2011 - 12 crediti Fadinmed

<http://ecmxinfermieri.blogspot.com/2011/11/nuovo-corso-ecm-201112-4-crediti-msd.html>

Nuovo corso ECM 2011/12 - 4 crediti MSD

Nursing specialistico reumatologico

Il corso conferisce 4 crediti

Per partecipare collegarsi all'indirizzo: <http://fad.aircommunity.it/>

Obbligatoria la registrazione al sito che è gratuita. Scadenza: 2 novembre 2012

Ti potrebbero anche interessare:

- Nuovo corso ECM 2011 - 4 crediti Kerrekappa
- Nuovo corso ECM 2011 - 12 crediti Fadinmed
- Nuovo corso ECM 2011/12 - 3 crediti
- Nuovo corso ECM 2011 - 12 crediti Diabetescare

Nuovo corso ECM Federazione Nazionale: <http://www.ipasvi.it/ecm/fad/al-via-un-nuovo-corso-fad-sulla-sicurezza-dei-pazienti-e-degli-operatori-id6.htm>

# Agorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

**Direttore Responsabile:** Stefano Citterio

**Comitato di Redazione:** Citterio Stefano, Pozzi Paola, Mariella, Ronchetti Oreste, Trombetta Monica

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

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

**Proprietario:** Collegio IPASVI - Como

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

**Foto di copertina:** Como Lake

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

**Per contattarci:** tel. 031/300218 - fax 031/262538

**e-mail:** [info@ipasvicomo.it](mailto:info@ipasvicomo.it)

Numero chiuso il 30 marzo 2012

### 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@ipasvicomo.it](mailto:info@ipasvicomo.it).

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



# Il cambiamento nelle organizzazioni sanitarie: l'intensità di cure, come leggerne l'evoluzione

A. Pignatto, direttore scientifico Antiforma s.r.l. Milano, esperto di metodologia cognitiva e comportamenti organizzativi  
 C. Regazzo, presidente Antiforma s.r.l. Milano, Formatrice Senior Area Sanità  
 P. Tiberi, membro della direzione scientifica Antiforma s.r.l. Milano

Rispetto a quanto compiuto negli Anni '90, l'ultimo decennio è stato caratterizzato da riforme in ambito sanitario che sono risultate meno omogenee e probabilmente di portata minore. Ciò che ne ha contraddistinto il procedere è stato il complesso intrecciarsi di pressioni sociali, politiche, professionali e organizzative. L'organizzazione delle strutture sanitarie ha risentito di tali tensioni, e ciò obbliga il management aziendale ad affrontare con competenza e precisione crescente le sfide che si pongono.

Le dinamiche, ormai pluralità, che determinano le linee di indirizzo ed al tempo stesso vincolano l'azione delle amministrazioni sono:

- la cronicizzazione delle patologie e l'invecchiamento della popolazione;
- lo sviluppo continuo delle conoscenze e delle tecnologie;
- la tensione sugli aspetti economici e, dunque, sulla scarsità delle risorse;
- il crescente ricorso a strutture ospedaliere per problemi non acuti;
- l'accentuata consapevolezza della popolazione in merito ai propri diritti.

Proprio adeguandosi a tali sviluppi le strutture sanitarie ospedaliere hanno dovuto affrontare con sistematicità e completezza un profondo riassetto organizzativo a vari livelli della loro azione. Innanzitutto, dal punto di vista strategico, la princi-

pale evoluzione del sistema ha portato al coinvolgimento dei professionisti nell'assunzione di decisioni cruciali venendo così responsabilizzati su punti prettamente manageriali.

Parallelamente osserviamo una riorganizzazione dell'intero sistema azienda che sta concentrandosi su più dimensioni: dai modelli culturali a quelli operativi tipici del contesto professionale tradizionale.

In questa evoluzione si sta imponendo l'idea di un

ospedale strutturato intorno ad aree di cura conformate sulla severità clinica del paziente e sulla complessità assistenziale richiesta.

In linea generale possiamo dire che in tale visione gli spazi di degenza saranno previsti per singole specialità in relazione alla richiesta di assistenza proveniente dal dipartimento dell'Emergenza da un lato e dall'accettazione programmata dall'altro. L'ospedale per intensità delle cure viene pensato a partire da un approccio logistico - organizzativo tale da consen-

tere la presenza di aree meno delimitate rispetto alle vecchie divisioni e alle attuali strutture complesse. I modelli culturali che l'ospedale così pensato richiede di mettere in discussione riguardano la modificazione e il superamento del modello professionale tipicamente basato sull'UO e medico-centrico. Si rendono necessarie riflessioni sul cambiamento nelle pratiche gestionali e si aprono nuovi spazi per il confronto e la collaborazione interdisciplinare e multi professionale. Possiamo quindi affermare che l'intensità delle cure



1 A questo proposito si vedano le due ricerche: Physician-Leaders and Hospital Performance: Is There an Association?, A. H. Goodall, luglio 2011 e Management in Healthcare: Why good practice really matters, McKinsey&Company, The London School of Economics and Political Science



è un approccio organizzativo la cui attivazione richiede un grande impegno di contestualizzazione alla realtà aziendale nella quale viene implementato. Non si costituisce quale modello rigido, ma funzionale rispetto all'asse organizzazione - professionisti così da permettere il perseguimento di un'ottimizzazione della produttività delle risorse a disposizione e del recupero della centralità dei pazienti nei processi assistenziali.

È importante quindi comprendere come l'assetto tecnico-logistico della realtà nella quale ci si trova ad operare influenza notevolmente il suo funzionamento. La localizzazione dei posti letto, delle sale operatorie, la grandezza dei magazzini e il posizionamento dei servizi di diagnostica in relazione alle UUOO, gli spazi fisici nei quali l'organismo personale usufruisce delle risorse strumentali determinano la successiva configurazione dei processi di assistenza.

Da tali considerazioni discende dunque l'assunto centrale per il quale quando si parla di ospedale per intensità non si deve pensare ad un modello preconstituito, ma ad una filosofia organizzativa che può ispirare l'innovazione nel funzionamento dell'ospedale. L'obiettivo non è porre innanzi una rivoluzione dell'ospedale seguendo uno schema rigido ed inflessibile, quanto identificare quei cambiamenti e quelle riconfigurazioni che possono aiutare ad affrontare i nodi critici sorti dalle caratteristiche della popolazione di riferimento dello specifico ospedale, dalla qualità e quantità di risorse e tecnologie presenti, dai volumi, dalla natura e dalla tipologia di prestazioni erogate, nonché dal tipo di organico presente per dotazione e competenza. La realizzazione dell'ospedale per intensità delle cure prevede l'attualizzazione di percorsi e la costituzione di soluzioni organizzative innovative a partire da alcune determinanti di base:

- La durata della degenza: per i pazienti per i quali è previsto un soggiorno in ospedale inferiore ai cinque giorni vengono predisposte aree fisiche quali la *week surgery* (paziente chirurgico) o la *week hospital* (paziente medico).
- Urgenza: normalmente negli ospedali per intensità delle cure vengono tenuti distinti i percorsi di ricovero programmati da quelli legati all'emergenza/urgenza e si realizza una zona "polmonare" in DEA di Osservazione Breve Intensiva.



- Tecnologia: si pensi all'area T.I.P.O. (Terapia Intensiva Post Operatoria) predisposta per quei pazienti che richiedono tecnologie ad elevato costo.
- Complessità assistenziale: alcuni ospedali predispongono aree specifiche per pazienti a bassa severità clinica, ma elevata complessità assistenziale.
- Percorsi ambulatoriali distinti dai percorsi dei pazienti acuti, realizzabile fisicamente tramite la strutturazione di apposite aree (es. Day Hospital o PAF).
- Low Care: tramite la realizzazione di una struttura a bassa intensità di cure e complessità assistenziale.

Indipendentemente da quale dei precedenti criteri viene adottato (o quale specifico mix) viene altresì richiesta la modificazione di meccanismi

operativi e di coordinamento. Tra questi possiamo citare la diversa pianificazione delle agende operatorie, la revisione delle procedure sanitarie, la costituzione di percorsi di preospedalizzazione, la disposizione di un'attenta logica del paziente, l'attuazione di meccanismi di coordinamento tra diverse UUOO, la programmazione del processo di dimissione ecc.

Come detto, la correttezza del modello deve quindi scaturire dalla coerenza tra il contesto organizzativo nel quale ci si muove e la cultura dell'organizzazione e dei professionisti che vi sono coinvolti. Uno degli aspetti più problematici nell'implementare un ospedale secondo il modello dell'intensità di cure riguarda proprio il cambiamento culturale degli operatori che in tale processo sono coinvolti.

L'esperienza concreta degli ospedali lombardi ha mostrato come una leva strategica risultata vincente per la realizzazione dei percorsi di cambiamento sia consistita nell'utilizzo di alcuni strumenti culturali. Tra di essi dobbiamo individuare sicuramente l'uso corretto della comunicazione e della formazione anche tramite i quali viene a costruirsi l'identità dell'organizzazione. Trasversalmente alle attività di gestione e di riorganizzazione tecnica dell'ospedale, l'attivazione di percorsi di sensibilizzazione formativa costante si è mostrata nel concreto quale indispensabile strumento di accompagnamento alla realizzazione efficace del modello. Agendo in stretto contatto con la gestione tecnica del cambiamento organizzativo, la formazione deve porsi quali obiettivi fondamentali:



- Agevolare il coinvolgimento dei professionisti nei processi di cambiamento con tempi adeguati;
- Orientare la cultura dell'integrazione in una logica di gestione per processi;
- Pervenire ad un modello condiviso che permetta il recupero di tutto l'esistente ma lo riconduca ad un modello futuro ispirato all'intensità delle cure.

## IL RUOLO DELLA FORMAZIONE

Tradizionalmente la formazione assume il significato di processo avente come obiettivo lo sviluppo delle abilità dell'individuo, contribuendo a migliorarne le capacità di esecuzione del lavoro. La trasmissione di nozioni e l'acquisizione di un comportamento adeguato al raggiungimento degli obiettivi lavorativi risultano ricoprire un ruolo significativo nella costruzione del senso attribuito al termine formazione.

Ne risulta così un concetto di formazione intesa come insieme di azioni volte alla predisposizione del lavoro attraverso l'acquisizione di conoscenze, lo sviluppo di abilità e l'interiorizzazione di atteggiamenti tali da favorire il continuo e costante adattamento dell'individuo e della sua professionalità al mutare delle esigenze organizzative.

In un nostro lavoro editoriale<sup>2</sup> affermavamo come la formazione debba riuscire a costituirsi come punto di incontro tra istanze organizzative ed istanze individuali, intendendo con questo il fatto che essa debba mirare a colmare quel gap dato dalla differenza tra le esigenze dell'organizzazione ed i profili individuali. Essa deve cioè porsi l'obiettivo di migliorare l'organizzazione nel suo insieme e deve farlo individuando le esigenze soggettive delle quali ogni singolo professionista si fa portatore per realizzare percorsi disegnati il più possibile su di esso.

Ricorrere alla formazione come investimento e come politica di sviluppo riesce a far sviluppare agli individui competenze professionali e relazionali in grado far evolvere l'organizzazione: si tratta di un fattore chiave di riuscita per i mutamenti e le riconversioni produttive. Restringendo la nostra sfera di indagine al solo ruolo delle strutture sanitarie possiamo descriverla quale strumento indispensabile per la buona riuscita dei processi di transizione verso l'intensità delle cure.

I cambiamenti culturali sopra descritti trovano infatti il loro principale punto di arresto laddove si sviluppa una forte resistenza da parte dei professionisti.

Sappiamo infatti che nessuna spinta al cambiamento può risultare efficace in un'organizzazione se essa viene percepita come incompatibile con la cultura organizzativa prevalente e con la struttura di potere interna.

Uno dei ruoli che la formazione dovrà saper fare proprio sarà dunque quello di accrescere le spinte e ridurre le resistenze. Le leve classiche che normalmente vengono delineate per il perseguimento di questo scopo sono:

1. il coinvolgimento del personale, adeguando la scelta e lo sviluppo delle risorse umane alle strategie;
2. la comunicazione, attraverso un'adeguata scelta sia del target verso cui indirizzare sia il messaggio che del mezzo con il quale compiere tale operazione;
3. l'utilizzo di strumenti di project management, aiutando ad assegnare in modo chiaro compiti e ruoli;
4. l'ascolto proattivo delle competenze già presenti nei team di lavoro.

### Coinvolgimento del personale

Attraverso metodologie formative tradizionali, il coinvolgimento del personale è attuabile a partire da eventi di sensibilizzazione durante i quali strutturare informazioni finalizzate ad una partecipazione positiva della nuova organizzazione. Si tratta di attivare momenti di comunicazione-informazione sul nuovo modello organizzativo e nel contempo ascoltare in modo proattivo i collaboratori dell'azienda. Questi eventi formativi rappresentano anche un'occasione di confronto e di scambio positivo tra i professionisti.

### Comunicazione

L'obiettivo consiste nello svolgimento di attività formative rivolte a gruppi di dipendenti che a loro volta fungono da punto di riferimento per lo sviluppo di attività di comunicazione interna. A questo proposito è interessante progettare sedute di formazione in presenza per insegnare tecniche di comunicazione o realizzare attivamente strumenti di supporto all'informazione utilizzabili dal personale formato per completare l'attività di comunicazione prevista.

### Strumenti di project management

Attraverso l'uso di metodologie formative "sul campo" è realizzabile lo studio e la rappresentazione dei percorsi paziente praticabili all'interno dell'ospedale. In questo caso la formazione si costituisce quale elemento di facilitazione che permette ai

2 A.Pignatto, C.Regazzo e P.Tiberi (2010), La formazione sul campo. Uno strumento di apprendimento per i professionisti della salute, Maggioli Editore, S.Arcangelo di Romagna.



gruppo di lavoro individuati di indicare il percorso dell'utente andando altresì a specificare possibili miglioramenti sulla base delle mutate esigenze dell'ospedale.

### L'ascolto proattivo delle competenze già presenti nei team di lavoro

Attraverso l'analisi del percorso paziente viene realizzata una ricognizione dell'esistente permettendo

agli stessi professionisti di acquisire consapevolezza sull'intero processo di cura. La descrizione, svolta da gruppi di miglioramento condotti da appositi esperti trainer qualificati, è pertanto mirata all'esposizione ed alla rappresentazione di quanto effettivamente succede ad un "paziente tipo" nel suo percorso di diagnosi e/o di terapia e/o assistenza nella specifica organizzazione aziendale.

La costruzione del percorso effettivo si basa sull'analisi della documentazione già esistente all'interno dell'azienda (protocolli, linee guida, PDTA già adottati) e, nella logica dell'intensità di cura, sarà cura del gruppo in questa fase la ricerca dei "muda" (sprechi ed inefficienze). Per questo è necessario conoscere le risorse e i vincoli offerti, le modalità di attivazione e gli strumenti a disposizione ottimizzando in tal modo le risorse disponibili.

### Il metodo: la formazione sul campo

La metodologia principale attraverso la quale è oggi spesso l'intervento formativo è la formazione sul campo (FSC). Il grande vantaggio dato dal suo uso consiste nell'evitare le difficoltà legate alla traduzione in termini operativi di quanto appreso con le pratiche formative. Trasferire una conoscenza dal piano teorico a quello pratico è possibile innanzitutto se vi è una parte di acquisizione di tale nozione legata ad una sua determinazione astratta la cui applicazione comporta un dispendio ulteriore di energie. La formazione sul campo oltrepassa questa difficoltà andando a compiersi durante gli stessi processi lavorativi.

Le iniziative che coinvolgono direttamente i partecipanti, dotandoli al contempo dei mezzi pratici per la risoluzione di reali criticità, risultano maggiormente incisivi nell'atto di trasformazione delle routine lavorative. La relazione che in esse si costituisce tra formazione e lavoro ne giustifica ampiamente il successo (in termini di apprendimento).



Alla luce di queste riflessioni, non va dimenticato che, in una organizzazione complessa che produce fattori di salute il docente/animatore di formazione è membro attivo di una rete cognitiva di saperi dove l'obiettivo è tesaurizzare saperi non espliciti e conferire memoria dei saperi espliciti trasformandoli in comportamenti attesi.

## CONCLUSIONI

All'interno di complessi processi di cambiamento organizzativo, la formazione deve avere l'importante compito di comprendere e orientare la cultura aziendale prevalente permettendo l'integrazione delle professionalità esistenti così da consentire l'adozione di un modello condiviso ispirato al nascente modello organizzativo.

Tale compito si costituisce quale elemento caratterizzante la formazione stessa. In quest'ottica abbiamo infatti cercato di darne una definizione. Interpretare la formazione quale leva strategica significa permettere il perseguimento delle strategie organizzative attraverso la gestione delle esigenze e delle aspettative delle persone che attivamente dovranno realizzarle. Contestualmente, l'intensità delle cure si costituisce quale importante banco di prova nei confronti del sistema sanitario. Inutile negare la presenza di difficoltà e criticità attuative che nelle esperienze concrete devono essere comprese ed affrontate. Prime tra queste è la resistenza e la paura dei professionisti, lo spaesamento nella perdita di routine acquisite. Il nodo cruciale è dato dal processo di gestione di questa transizione e del modo in cui essa verrà approssimata nei singoli ospedali.

I processi di cambiamento organizzativo hanno necessariamente bisogno di una gestione in termini strategici al fine di poter essere controllati e orientati. Per esserlo è inoltre necessario, ancorché evidente, che il cambiamento per essere avallato debba essere primariamente compreso ed in un secondo momento condiviso.

In questa prospettiva la formazione, attraverso l'uso degli strumenti di cui dispone, potrebbe essere investita del ruolo di risorsa chiave per l'avviamento di quelle riflessioni organizzative che dovranno sostenere la strategia di cambiamento

## BIBLIOGRAFIA

- 30 Tesi sull'Ospedale per Intensità di Cura - Laboratorio MeS Scuola Sant'Anna Pisa Azienda USL 3 Pistoia Azienda USL 4 Prato Azienda USL 11 Empoli - gennaio 2007 [http://www.anmco.it/download/delegazioni%20regionali/toscana/30\\_TESI.pdf](http://www.anmco.it/download/delegazioni%20regionali/toscana/30_TESI.pdf)
- Alesani D., Barbieri M., Lega F., Villa S., Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota. In: A. Pessina, Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Egea, Milano, 2006. [http://portale.unibocconi.it/wps/allegatiCTP/Capitolo13\\_Oasi%202006\\_1.pdf](http://portale.unibocconi.it/wps/allegatiCTP/Capitolo13_Oasi%202006_1.pdf)
- Sir Ara Darzi, Saws and Scalpels to Lasers and Robots - Report of Department of Health Advances in Surgery, 2007 [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_074442.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_074442.pdf)
- Briani S., Cortesi E., L'ospedale per intensità di cure: aspetti teorici e problemi aperti. Igiene e Sanità Pubblica, n. 63, Roma, 2007, pp. 577-586
- V C Burch, G Tarr and C Morroni., Modified early warning score predicts the need for hospital admission and in hospital mortality. Emergency Medicine Journal; 25, 2008 674- 678.
- Cavaliere B., Sistema integrato della misura della complessità assistenziale. Management Infermieristico, n. 2, 2006, Milano pp.13-22
- Cavaliere B., Snaidero D., Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale. Management Infermieristico, n.1, 2005, Milano, pp. 32-36
- De Pietro Carlo, Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane, McGraw-Hill, Milano, 2005
- Galgano Alberto e Cristina, Il sistema Toyota per la sanità, Guerini e Associati, Milano, 2006
- Goggi E., Sormani L., "La sfida dei cinque nuovi ospedali in Lombardia. Realismo o velleità?", in Agorà, n.44, gennaio marzo 2010, pp. 17-18
- Lega F, DePietro C., Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy, Health Policy. 2005 Nov;74(3):261-81
- L. Fagerstrom, A. K. Rainio, A. Rauhala, K. Nojonen, Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification, Journal of Advanced Nursing 31, 2008
- Moiset C., Vanzetta M., Misurare l'assistenza - il SIPI: dalla progettazione all'applicazione. Milano: Mc Graw-Hill, Milano, 2009
- Nicosia F., L'ospedale snello. Per una sanità a flusso controllato e intensità di cure, Franco Angeli Editore, Milano, 2008
- G. Pagiusco, P. Falloppi, Complessità assistenziale modelli a confronto, Management Infermieristico, n. 1, 2006, Milano, pp. 11-21
- G. Perrella, R. Leggeri, La gestione del rischio clinico, Franco Angeli editore Milano, 2007
- Pignatto A., Regazzo C., Tiberi P., Intensità di cure e complessità dell'assistenza: i due nuovi paradigmi dell'organizzazione ospedaliera, in Agorà, n.44, gennaio marzo 2010, pp. 13-15
- Rapporto CEIS - Sanità 2006 - Il governo del sistema sanitario Health Communication, Regione Toscana L.R. 40/2005
- Regione Lombardia L.R. 9014/2008
- Pessina E., Cantù E., L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006. EGEA, Milano, 2006, pp. 457-493
- S. Setti, Project & Process Management - La gestione integrata di progetti e processi: una sfida organizzativa, Franco Angeli Editore, 2008
- Silvestro A., Maricchio R., Montanaro A., Molinar Min M., Rossetto P., La complessità assistenziale. Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa. McGraw Hill, Milano, 2009
- Spear SJ, Schmidhofer M. Ambiguity and Workarounds as Contributors to Medical Error, in Annals of Internal Medicine 2005, 142(8): 627-30.
- Tiraboschi G., Organizzazione per intensità di cura: il percorso di attuazione nel nuovo Ospedale di Bergamo "Beato Papa Giovanni XXIII (tesi). Milano: Università degli Studi di Milano Bicocca., Milano, 2009

## notizie in pillole a cura di S. Citterio

### Sanità, dal 1° marzo valore delle prestazioni trasparente

A partire dal 1 marzo i cittadini che riceveranno cure (ricoveri o prestazioni ambulatoriali) nelle strutture sanitarie della Lombardia saranno informati sui costi medi che il Servizio Sanitario Regionale sostiene per quelle prestazioni di cui hanno usufruito. Lo prevede la delibera sulle "regole" per il 2012 del Sistema socio sanitario lombardo, varate dalla Giunta regionale nello scorso mese di dicembre. Nella prima fase di implementazione di questa nuova attività l'entità dei rimborsi medi che la Regione dà alle strutture che erogano le diverse prestazioni verrà indicata solo per una parte di queste stesse prestazioni, quelle particolarmente significative in rapporto allo stato di salute, in modo da favorire una maggiore consapevolezza dei cittadini. Ad esempio saranno comunicati i costi di prestazioni come la cataratta, la Pet, l'endoscopia del pancreas e la risonanza magnetica del cuore ma non quelli relativi alla glicemia e al colesterolo. Questa decisione si iscrive all'interno di una politica di trasparenza e di rispetto al cittadino per ciò che versa per il funzionamento del sistema sanitario. Obiettivo di questa operazione di trasparenza è sicuramente quello di consentire al cittadino di prendere coscienza di come vengono investiti in 'salute' parte dei contributi versati, per dare adempimento a quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione, in cui si dice che 'La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. "Altro obiettivo è quello di sensibilizzare il cittadino, anche con l'ausilio dei medici, sulla necessità di adottare stili di vita più sani per innestare un percorso virtuoso, che consenta di liberare risorse da convogliarle al 'prendersi cura'. Il 'prendersi cura' rappresenta la corretta evoluzione del concetto di cura, arricchisce il rapporto tra l'individuo e il suo benessere e quello tra il medico e il suo paziente, che non è tale solo nel momento del bisogno. Va ricordato infine che Regione Lombardia ha deciso di rimodulare l'applicazione del ticket da 10 euro imposto dalla legge nazionale su tutte le prestazioni, annullando gli aumenti sulle prestazioni fino a 5 euro (che sono una parte molto significativa). Inoltre, in Lombardia, due prestazioni su tre hanno avuto aumenti inferiori ai 10 euro.

(Lombardia Notizie)



# Perché commettiamo gli errori?

A cura di Dr. Rosa Cassisi

Infermiera Dirigente presso il Servizio Infermieristico dell'Azienda Provinciale di Ragusa

44

## ABSTRACT

In questo articolo viene focalizzata l'attenzione sugli errori legati a deficit di attenzione in quanto più frequentemente di altri minacciano il buon esito delle nostre attività lavorative. Sono difetti dai quali nessuno è esente, vengono sottostimati e pertanto sono estremamente difficili da debellare, rappresentano un fenomeno purtroppo in crescita a causa dell'aumentata complessità e turbolenza dei sistemi organizzativi, del sovraccarico di lavoro e del ritmo sempre più accelerato al quale siamo sottoposti non solo in ambito lavorativo ma anche nella nostra vita quotidiana.

Quando viene diffusa la notizia di un caso (vero o presunto) di "malasanità" la prima domanda che sorge spontanea è se si tratta di un "errore umano" o di un "errore imputabile all'organizzazione". Anche la letteratura fa una distinzione fra errori attivi "associati alle prestazioni degli operatori di prima linea i cui effetti sono immediatamente percepiti" ed errori latenti "associati ad attività distanti dal luogo dell'incidente, come le norme, l'organizzazione, le decisioni manageriali".

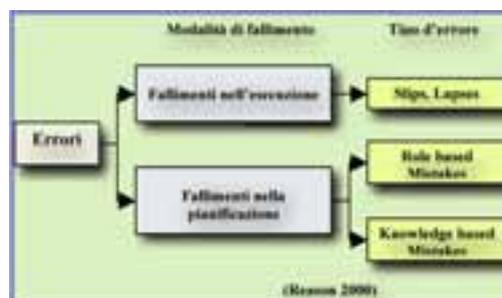
Ma è davvero possibile stabilire un confine netto fra errore umano ed errore organizzativo?

Bisogna innanzitutto sfatare il preconcetto secondo il quale gli errori possano avere un solo fattore causale. L'analisi retrospettiva di eventi avversi realmente accaduti fa rilevare che, a monte di un errore palesemente attribuibile al singolo operatore, esiste quasi sempre una sequenza di fatti che hanno determinato o, quantomeno, contribuito al verificarsi di quell'errore. James Reason, grande esperto di organizzazioni complesse, ha infatti affermato che nel concorso di cause fra individuo ed organizzazione, le responsabilità dell'operatore si attestano intorno al 10%, mentre il 90% è attribuibile al contesto lavorativo.

## TIPOLOGIE DI ERRORE

Ma quali sono le tipologie di errore ai quali siamo più facilmente esposti durante l'attività lavorativa? Qui facciamo riferimento agli studi di D.Norman, J.Rasmussen e J.Reason. Essi distinguono gli errori in: Slips "dimenticanze o sbagli involontari", Lapses "vuoti di memoria" che portano a interrompere o saltare un passaggio in una sequenza di azioni, Mistake dovuti sia a mancanza di conoscenze per cui "si fanno le cose sbagliate in un contesto giusto" sia ad errata applicazione di regole per cui "si fanno le cose giuste in un contesto sbagliato". Infine le Violazioni, errori intenzionali che vengono commessi per accelerare un processo troppo lungo (scorciatoia), per inesperienza o, al contrario, per eccessiva fiducia nelle proprie capacità.

Nella tabella sono sintetizzate le diverse tipologie di errore, secondo la classificazione proposta da J.Reason.



## L'ERRORE UMANO NELLA PSICOLOGIA COGNITIVA

Il processo mentale che adottiamo durante lo svolgimento di un compito parte dalla percezione dello stimolo, prosegue con la selezione delle informazioni e l'elaborazione dei dati e si conclude con l'applicazione pratica. In questa sequenza la funzione più importante è realizzata dall'attenzione la quale ha il compito di selezionare le informazioni

individuando i dati utili e lasciando sullo sfondo quelli che non lo sono. Questo permette di evitare un sovraccarico mentale e, allo stesso tempo, di canalizzare le energie per il raggiungimento degli obiettivi di volta in volta individuati.

Ci sono diverse modalità con cui l'attenzione si manifesta rispetto alle diverse situazioni alle quali deve far fronte. Una di queste è l'attenzione di mantenimento ossia la capacità di resistere ai fattori di distrazione che sono presenti nell'ambiente e di mantenere la concentrazione elevata anche per lungo tempo. C'è poi l'attenzione divisa o multi-canalicizzata in cui siamo costretti ad attenzionare stimoli diversi o eseguire più compiti contemporaneamente e lo shifting o switching quando dobbiamo svolgere più attività non contemporaneamente (come nel caso dell'attenzione divisa) ma alternativamente, passando rapidamente da un'attività all'altra.

### **ANALISI DELLE CAUSE**

Gli studi e le ricerche sui rischi legati al fattore umano sono molteplici. Da essi cercherò di estrapolare quei passaggi che permettono di comprendere l'implicazione dell'attenzione nella dinamica degli errori.

In ambito lavorativo, come in molte situazioni della vita quotidiana, l'attenzione può essere influenzata da fattori individuali, ambientali ed organizzativi.

#### Fattori individuali o interferenze interne

sono legati allo stato complessivo di salute della persona, salute intesa come: "Condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale" (Seppilli 1966).

Questo vuol dire che l'individuo quotidianamente cerca (e generalmente trova) questo equilibrio dinamico ma ci sono momenti e periodi della vita in cui la condizione di benessere è realmente compromessa da una malattia o da una situazione di disagio personale, familiare o sociale. Escludendo i casi conclamati di malattia fisica o psichica, i problemi che solitamente ci affliggono e con i quali cerchiamo comunque di convivere sono soprattutto legati alle emozioni, le quali possono influenzare la performance dell'operatore sia negativamente (tristezza, ansia, rabbia), sia positivamente (gratificazione, entusiasmo).

#### Fattori ambientali o interferenze esterne

Il microclima, l'illuminazione, i rumori, le vibrazioni, i fattori inquinanti: sono tutti elementi che possono interferire negativamente sull'attenzione e la concentrazione dell'operatore nel luogo di lavoro anche se le risposte agli stimoli esterni possono comunque variare da persona a persona. Un esempio, tratto dall'attività dell'infermiere in corsia è quello della somministrazione della terapia, la quale richiede un'attenzione divisa e processi misti: controllati ed automatici. Tale attività andrebbe dunque svolta con la massima concentrazione e in assenza di fattori distraenti, invece viene solitamente realizzata in ambienti rumorosi: campanelli che suonano, parenti che passano, telefono che squilla.

#### Fattori organizzativi

La carenza di personale e il sovraccarico di lavoro sono le cause più frequenti di errore. È evidente che quanti più compiti vengono svolti insieme, tanto più aumentano le sviste, le dimenticanze e anche la capacità di riconoscere le situazioni a rischio. Un fattore intrinseco di rischio che determina un calo dell'attenzione è il lavoro a turni e i turni notturni a causa delle frequenti variazioni del ritmo circadiano sonno/veglia. È stato dimostrato che il sistema di rotazione "a turni lunghi" risulta più faticoso rispetto ai "turni corti" e che la rotazione in avanti (mattina/pomeriggio/notte) crea meno stress rispetto alla situazione inversa (pomeriggio/mattina/notte) in quanto il ritmo circadiano si sposta più facilmente in avanti piuttosto che indietro.

Per quanto riguarda il tipo di attività si è rilevato che la routinarietà e ripetitività abbassa notevolmente il livello di vigilanza, mentre le operazioni cognitive complesse (trasmettere un'informazione, risolvere un problema nuovo, pianificare un'attività) determinano un iniziale potenziamento delle prestazioni seguito da un altrettanto improvviso e rapido calo del rendimento. Di conseguenza l'attenzione raggiunge un grado ottimale (in durata e in efficienza) quando l'impegno cognitivo richiesto per lo svolgimento di un compito si attesta ad un livello intermedio.

L'attenzione divisa su più compiti è un'altra modalità di lavoro che conosciamo bene (ad es. osservare il paziente e allo stesso tempo rilevare i parametri vitali; leggere la prescrizione e allo stesso tempo



prelevare il farmaco). Anche in questo caso il livello di rendimento individuale dipende dalla combinazione di complessità e familiarità del compito. Si possono svolgere agevolmente due attività che richiedono un basso livello di attenzione mentre risulta più difficile combinare un'operazione impegnativa con una attività a basso gradiente di concentrazione ed è quasi impossibile svolgere contemporaneamente due operazioni cognitive complesse.

### LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI COGNITIVI

Dalla rassegna sulle cause degli errori sono desumibili indicazioni chiare (anche se di non facile realizzazione) riguardo alle misure che possono essere poste in essere per migliorare le condizioni "oggettive" nel contesto di lavoro, mentre la normativa in ambito sanitario, che ha integralmente recepito le Linee Guida internazionali sulla gestione del rischio clinico, fornisce una nutrita gamma di indicazioni sulle

misure di prevenzione e controllo degli errori più gravi e frequenti che si verificano in sanità.

Un esempio è quello delle "Raccomandazioni": documenti utili ed estremamente pratici, periodicamente pubblicati nel sito del Ministero della Salute. Più impegnativo è invece governare insieme le diverse combinazioni: individuali, ambientali ed organizzative. Sarebbe facile se ogni cosa andasse per proprio conto. Nella realtà non ci sono confini

fra i diversi ambiti e così se l'individuo è influenzato dall'organizzazione anche l'organizzazione risente dei bisogni, dei valori e delle aspettative del singolo e dell'insieme dei professionisti. In questo spazio integrato di interventi rientrano le indicazioni e le strategie relative al miglioramento del "Benessere organizzativo": un argomento su cui si discute molto ma che si applica molto poco. La Direttiva del Ministero delle Funzioni Pubbliche del 2004 relativa alle "Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni" parla di attenzione alle emozioni e alle relazioni, di promozione del coinvolgimento e del senso di appartenenza all'organizzazione, di sviluppo delle motivazioni delle personale.

Anche le diverse Raccomandazioni e Linee Guida nazionali e internazionali per il controllo e la prevenzione dei rischi in ambito sanitario, insistono sul concetto che gli errori devono essere affrontati con un approccio sistemico e proattivo e sottolineano l'importanza di adottare strategie e metodi per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia del sistema organizzativo attraverso il riconoscimento della centralità del paziente, la formazione e lo sviluppo delle competenze professionali, il miglioramento dei sistemi di comunicazione, l'integrazione fra le diverse professionalità... Il messaggio è chiarissimo: "non si rende un buon servizio ai cittadini esterni se non si cura anche il benessere dei cittadini interni" Bello e facile a dirsi... ma a farsi???? 

#### BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Reason J. Human Error (1990) trad. it. (1994) L'errore umano, Bologna: Il Mulino;
- Norman D. (1988), The Psychology of Everyday Things, New York, Basic Books. Trad. It. (1990) La macchina del masochista, Firenze Giunti;
- Novara F, Rozzi R, Sarchielli G. (1983), Psicologia del lavoro, Bologna, Il Mulino
- Del Poeta G, Mazzufero F, Canepa M, Il risk management nella logica del governo clinico, McGraw-Hill 2006.
- Del Vecchio G, Decisione ed errore in medicina Centro Scientifico Editore, Torino 2005.
- Marcon G, Ciuffreda M, Corrà P, Errori medici e danni causati dalle cure, Rivista Professione 2001, n. 9;
- Soccetti A, Cuzzupoli P, Catalani A, Greco F, La tassonomia dell'errore medico e le responsabilità del sistema, rivista G.I.O.T. 2004 n. 30;
- Ponzetti C, Farina M, L'Organizzazione del rischio clinico nell'organizzazione sanitaria: approcci, modalità, strumenti e risultati, un caso dell'Azienda Sanitaria della Valle D'Aosta (mfsrl.it/Bin/Upload/p9);
- Tartaglia R, Bellandi T. Clinical risk management l'importanza dell'ergonomia cognitiva per un sistema sanitario più affidabile, Azienda Sanitaria Firenze (www.media.unisi.it).
- Plebani M Praticare la Clinical Governance dalla rivista "Clinical Governance" n.1 ottobre 2004;
- Ministero della Salute. Dip. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure (www.salute.gov.it/qualita/qualita.jsp)



# COMMISSIONE FORMAZIONE

## RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE - ANNO 2011

Come ogni anno, è nostra grata e sollecita premura presentarvi il resoconto delle attività formative che insieme abbiamo realizzato durante il 2011. Questa è per noi l'occasione di raccontarvi quali propositi hanno guidato le nostre scelte, ma anche per voi di migliorare la qualità del servizio della commissione formazione e diventare parte attiva del processo formativo che è e deve essere bidirezionale dove, soprattutto nella formazione professionale e adulta, ognuno è portatore di conoscenza, competenza ed esperienza che deve essere condivisa. Per questo motivo vogliamo ringraziare ognuno di voi per il contributo che ha dato alla realizzazione dei corsi partecipando attivamente, dandoci dei consigli, proponendo gli argomenti da sviluppare. Questo ci ha consentito di realizzare numerosi eventi molto diversi tra loro per venire incontro alle esigenze di tutti e quindi si sono scelti argomenti eterogenei, di clinica, management, medicina alternativa, rivolta alle diverse fasce di età.

Abbiamo cercato di equilibrare il numero di corsi e di convegni in modo tale da poter, da un lato dare la possibilità ad un numero maggiore di persone di partecipare, dall'altro di garantire con i corsi un numero maggiore di crediti. Abbiamo fatto la scelta di mantenere invariati i costi di iscrizione ai corsi per gli iscritti al collegio, a fronte di un notevole aumento dei costi di accreditamento, consapevoli dell'importanza della formazione permanente. Abbiamo incrementato le conven-

zioni con le agenzie formative per i corsi FAD, avendo riconosciuto le potenzialità della formazione a distanza che consente di coniugare la necessità di aggiornamento con il resto della vita di ognuno fatta anche di famiglia, relazioni, passioni, mantenendo allo stesso tempo un buon livello qualitativo. Abbiamo deciso di coinvolgere docenti e strutture presenti nella provincia per valorizzare le esperienze e le competenze territoriali. Naturalmente, purtroppo, sappiamo di non aver corrisposto alle aspettative di tutti gli iscritti e che sempre si può e si deve fare meglio, quindi, a questo proposito, chiediamo che qualsiasi suggerimento vogliate dare per migliorare la formazione, è gradito e auspicato.

Potrebbero essere proposte su temi da sviluppare ma anche idee per rendere i corsi più interattivi, perché non dobbiamo perdere di vista l'obiettivo della formazione che è quello di risultare il più possibile utile a migliorare la nostra assistenza quotidiana, mediando tra le nozioni scientifiche e le condizioni organizzative in cui ci troviamo ad operare. E se uscendo da uno di questi corsi vi siete chiesti cosa bisognerà cambiare nel vostro modo di fare o nelle strutture in cui vi trovate ad operare, o se siete usciti soddisfatti e compiaciuti perché quello che si è detto corrisponde al vostro agire, o se ne siete usciti dubitando e motivati a cercare nella letteratura come criticare costruttivamente i contenuti appresi, allora avremo raggiunto l'obiettivo 



Ricordiamo che lo scrivente collegio ha stipulato convenzioni con le seguenti agenzie per la fruizione di corsi fad:

SOCIETÀ/AGENZIA	Tipo di convenzione	Eventi 2012
<b>FORMAT sas, Centro di Formazione</b> <a href="http://www.formatsas.com">www.formatsas.com</a>	corsi fad: la convenzione prevede l'acquisto dei corsi fad al costo di € 20,00 + iva se dovuta anziché € 25,00 + iva se dovuta come da listino.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Corso di radioprotezione: soluzioni tecnico operative per la riduzione della dose - applicazioni e legislazione</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>➤ La responsabilità professionale dell'infermiere - 9 crediti ECM</li> <li>➤ Il rapporto infermiere e oss: responsabilità e competenze delle due categorie professionali" - 9 crediti ECM</li> <li>➤ "Ottimizzazione dell'assistenza domiciliare integrata: dall'ospedale al domicilio" - 9 crediti ECM</li> <li>➤ "Il trattamento locale delle ulcere cutanee" - 6 crediti ECM</li> <li>➤ "Corso base di interpretazione e lettura dell'ECG per l'infermiere" - 6 crediti ECM</li> <li>➤ "Infortuni, rischi professionali e normative in ambito sanitario" - 6 crediti ECM</li> <li>➤ "L'infermiere e la comunicazione al paziente: come essere efficaci" - 12 crediti ECM</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>➤ Responsabilità e responsabilizzazione in Sanità - ECM 30</li> <li>➤ Internet per l'infermiere - ECM 9</li> <li>➤ I piani d'assistenza infermieristica nelle malattie muscoloscheletriche ECM 9</li> <li>➤ piani d'assistenza infermieristica nelle malattie neurologiche - ECM 9</li> <li>➤ Il problema dolore: basi neurofisiopatologiche, epidemiologia, aspetti diagnostici e terapeutici - ECM 18</li> <li>➤ Il Risk Management in Sanità 2012 - ECM 30</li> <li>➤ Le Dimensioni di Cura 2012 - ECM 30</li> </ul>

**Di seguito pubblichiamo:**

1. elenco dei corsi residenziali svolti nel 2011
2. elenco dei corsi fad in convenzione svolti nel 2011
3. risultato elaborazione questionari di gradimento eventi, svolti nel 2011
4. elenco dei testi acquistati per implementazione biblioteca nel 2011
5. SBBL Servizio bibliotecario biomedico lombardo
6. Eventi 2012 - primo semestre



## 1 - EVENTI RESIDENZIALI

Evento	Data	Crediti	Partecipanti	Tot. crediti
Consenso informato e tutela dei dati personali	25/02/2011	4,5	103	463,5
Cadute nell'anziano: conoscenze e competenze	07/02/2011	8	29	232
Cadute nell'anziano: conoscenze e competenze	07/03/2011	8	30	240
Come nascono, si gestiscono/superano le relazioni conflittuali	16/03/2011	4	60	240
La disfagia: diagnosi, cura, riabilitazione e assistenza	28/04/2011	6	126	756
La comunicazione quale strumento di interazione tra operatore sanitario azienda - utente. Metodi e strumenti	13/05/2011	6	83	498
Le basi della nutrizione artificiale	08/06/2011	6	116	696
Le medicazioni avanzate	27/09/2011	8	30	240
Le medicazioni avanzate	22/10/2011	8	30	240
La luce e i colori che si prendono cura del nostro ESSERE	02/11/2011	8	30	240
La luce e i colori che si prendono cura del nostro ESSERE	14/11/2011	8	30	240
La valutazione e la gestione del dolore: approcci, metodi e strumenti	25/11/2011	6,8	110	748
Assistenza infermieristica al paziente demente	02/12/2011	5,25	43	225,75
Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico - Root Cause Analysis	26/11/2011	12	128	1536
Manovre di disostruzione delle vie aeree per soggetti in età pediatrica	14/12/2011	5	17	85
		<b>103,55</b>	<b>965</b>	<b>6680,25</b>

49

## 2 - EVENTI FAD IN CONVEZIONE

EVENTO	CREDITI	PARTECIPANTI	Tot. crediti
Fad in med Root Cause Analysis	12	224	2688
SANITANOVA - Le dimensioni di cura	30	4	120
SANITANOVA - Responsabilità e responsabilizzazione in sanità	30	3	90
SANITANOVA - Il problema dolore: basi neurofisiopatologiche, epidemiologia, aspetti	18	1	18
SANITANOVA - I piani di assistenza infermieristica nelle malattie neurologiche	9	3	27
SANITANOVA - Il risk management in sanità	30	1	30
SANITANOVA - Internet per infermiere	9	1	9
PREX - L'infermiere conoscere e comunicare le buone norme di cura della pelle	9	12	108
PREX - L'infermiere e la sicurezza nella sua professione	12	11	132
PREX - Corso base di interpretazione e lettura dell'ECG	6	38	228
PREX - Le interazioni dei farmaci antidiabetici	6	4	24
PREX - L'infermiere e la comunicazione al paziente: come essere efficaci	12	7	84
PREX - Infortuni, rischi professionali e normative in ambito sanitario	6	4	24
PREX - Il trattamento locale delle ulcere cutanee	6	9	54
PREX - ottimizzazione dell'assistenza infermieristica integrata: dall'ospedale al domicilio	9	3	27
	<b>204</b>	<b>325</b>	<b>3663</b>

## notizie in pillole a cura di S. Citterio

**Condizione di sperimentazioni cliniche**

**15 marzo 2012** - Semplificazione amministrativa e armonizzazione delle procedure: formalizzato uno schema di contratto comune che consenta alle strutture sanitarie lombarde e alle ditte farmaceutiche di abbreviare i tempi di autorizzazione alla conduzione delle sperimentazioni cliniche.

Il decreto è stato pubblicato sul BURL n. 11 del 12/3/2012.

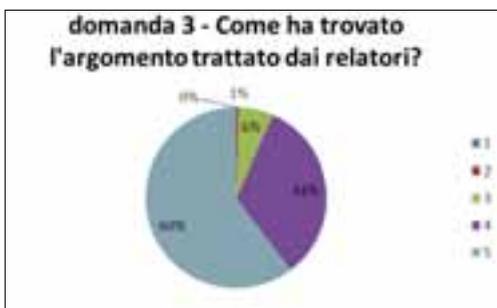
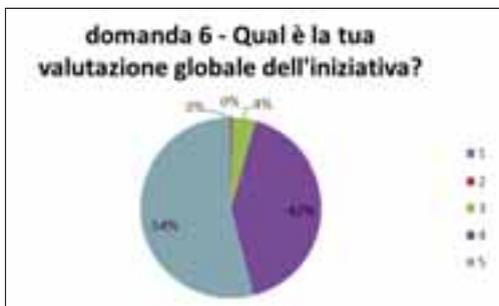
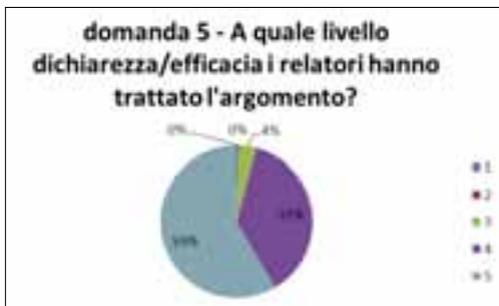


### 3 - ELABORAZIONE QUESTIONARI DI GRADIMENTO

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

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

50



### 4 - TESTI ACQUISTATI

TITOLO	AUTORE	EDITORE
Nuovo manuale degli standard JCI ed. 2011		PROGEA
Una Lettera nella testa	Pagani Andrea	Lupetti
Il manuale dell'infermiere	Sandra M. Nettina	Piccin
La complessità assistenziale	Silvestro Annalisa	Mc Graw Hill
L'infermiere e il malato cardiaco	Gioia Antonella	Elsevier srl
Infermieristica clinica in igiene mentale	Ciambriello C.	CEA
Manuale di nursing pediatrico	Manthey M.	Il Pensiero Scientifico Editore
Rugali medicina interna sistematica	Rugali Claudio	Elsevier



## BIBLIOTECA IPASVI COMO

Ricordiamo che è possibile consultare i testi della nostra biblioteca direttamente dal sito <http://www.ipasvicomo.it/sezione.do?methodcall=visualizza&id=Biblioteca> dove è possibile fare una ricerca per titolo, autore o soggetto e verificare la disponibilità del testo in sede o l'assenza perché già in prestito.

## 5 - SBBL - Servizio Bibliotecario Biomedico Lombardo



SBBL è la biblioteca biomedica di Regione Lombardia nata con lo scopo di offrire una corretta e aggiornata documentazione scientifica e clinica al personale sanitario operante nelle strutture sanitarie lombarde pubbliche e/o accreditate. Attraverso una rete di 163 biblioteche aderenti a SBBL, la Regione garantisce agli operatori la possibilità di un supporto scientifico alle decisioni cliniche complesse e la formazione continua permanente, nel quadro della medicina basata sulle evidenze. SBBL rappresenta un significativo e strategico passo avanti nella gestione della Sanità in Lombardia che punta sulla cultura e sull'aggiornamento professionale degli operatori sanitari per incidere sul livello qualitativo delle prestazioni sanitarie. Gli iscritti al Collegio IPASVI di Como possono procedere alla registrazione compilando il modulo di accesso ai servizi disponibile sul sito del Collegio <http://www.ipasvicomo.it/evidenza.do?methodcall=visualizza&id=6>

## ATTESTATI ECM 2011

Nel mese di febbraio sono stati spediti gli attestati ECM relativi agli eventi formativi svolti nel 2011 accreditati dall'Azienda ospedaliera S. Anna e Centro Studi e Formazione Fatebenefratelli. Ricordiamo che gli infermieri dipendenti dell'azienda ospedaliera S. Anna 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.

## EVENTI FORMATIVI PRIMO SEMESTRE 2012

TITOLO EVENTO	LUOGO	DATA EVENTO	DATA APERTURA
Audit clinico	COMO C. Ferrari	9 maggio 2012	19 aprile 2012
Ventilazione assistita	COMO C. Ferrari	19 maggio 2012	19 aprile 2012
Infezioni ospedaliere - 1° ed.	ERBA Osp. Fatebenefratelli	24 maggio 2012	26 aprile 2012
Infezioni ospedaliere - 2° ed.	COMO C. Ferrari	4 giugno 2012	26 aprile 2012
Ambiti ed esperienze transculturali per l'infermiere	COMO Opera Don Guanella	7 giugno 2012	9 maggio 2012

## notizie in pillole a cura di S. Citterio

### Sanità Lombardia: accordo strategico con la Baviera

**16 marzo 2012** - (Ln - Monaco di Baviera) Partecipazione della Baviera come osservatore al progetto NATHCARE - Networking Alpine Health for Continuity of Care (Mettere in rete la Sanità delle Alpi per la Continuità della Cura); cooperazione tra Regione Lombardia e Baviera nel progetto di promozione del turismo medico dell'Università bavarese di Scienze Applicate di Deggendorf; collaborazione per lo sviluppo di una Strategia Alpina che promuova al suo interno il ruolo dell'assistenza sanitaria; scambio di staff medici tra Regione Lombardia e Baviera e supporto all'industria del settore sanitario per lo sviluppo comune di prodotti e servizi medicali. LA PIÙ GRANDE REGIONE D'EUROPA - Sono questi gli elementi contenuti nell'accordo sottoscritto oggi a Monaco di Baviera - presso il Ministero di Stato bavarese dell'Ambiente e della Sanità Pubblica dell'ambiente - dall'assessore alla Sanità della Regione Lombardia Luciano Bresciani e dal suo omologo Marcel Huber. "Lombardia e Baviera sono regioni molto simili - ha sottolineato l'assessore Bresciani - ed entrambe hanno un avanzato livello tecnologico in campo sanitario: con questo accordo si uniscono virtualmente le popolazioni dei due territori raggiungendo una massa critica di 23 milioni di abitanti, di fatto la più grande Regione d'Europa. Abbiamo condiviso il progetto che oggi, da questa firma, possa nascere un'idea nuova di Europa, non più quella degli Stati ma delle Regioni". L'obiettivo di Regione Lombardia è incrementare lo scambio di informazioni su metodi attuali e metodi innovativi del trattamento medico e sullo stato dell'arte dei prodotti medicali, realizzati o adottati in Baviera e in Lombardia, e avviare una partnership di assistenza sanitaria, ad esempio tra cliniche e ospedali della Baviera e della Lombardia, anche per costruire consorzi per la presentazione di progetti europei. Saranno sviluppati contatti tra uffici dell'Assessorato regionale alla Sanità della Lombardia e quello della Baviera per benchmarking improntato a intensa collaborazione riguardo alle soluzioni adottate. Baviera e Lombardia già collaborano in organismi istituzionali internazionali come l'Arge-Alp e il World Regions Forum.

(Lombardia Notizie)



Destinatari:

120 tra infermieri,  
infermieri pediatrici e  
assistenti sanitari

Costo

€ 5,00

**52**

Data apertura evento:

**19 aprile 2012** e fino  
ad esaurimento posti



## CORSO AUDIT CLINICO

L'iniziativa di aggiornamento, che prevede l'erogazione di n. 12 crediti ECM, intende sviluppare le varie fasi dell'audit clinico per offrire agli infermieri un'opportunità per impegnarsi in un metodo di analisi volto al miglioramento della qualità delle prestazioni, all'acquisizione di conoscenze e competenze, alla promozione della cultura della qualità e della sicurezza delle cure. 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 programmando una prima edizione dell'evento alla quale potranno partecipare n. 120 tra Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri pediatrici.

Il manuale del corso AUDIT CLINICO è scaricabile in PDF dal sito della Federazione [http://www.ipasvi.it/archivio\\_news/fad/4/Audit\\_Clinico.pdf](http://www.ipasvi.it/archivio_news/fad/4/Audit_Clinico.pdf)

Il corso è rivolto SOLO agli iscritti del Collegio IPASVI di Como. Il prerequisito indispensabile per partecipare all'evento è di aver approfondito i contenuti del manuale.

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.

### Corso Audit clinico

**9 maggio 2012**

Como Centro Cardinal Ferrari

*Docente: inf. coord. Cavallaro Loredana*

### PROGRAMMA

**8.30-10.30**

- ▷ L'Audit come strumento del Governo clinico

**10.30-10.45 - coffee break**

**10.45-12.30**

- ▷ Archeologia dell'Audit

**12.30-13.30 - pausa pranzo**

**13.30-15.30**

- ▷ Audit clinico come processo di miglioramento della pratica infermieristica: preparazione e realizzazione di un Audit

**15.30-16.30**

- ▷ Azioni di miglioramento e valutazione dei risultati

**16.30-17.30**

- ▷ SEA (Significant Event Audit)

**17.30-18.00**

- ▷ Compilazione questionario di apprendimento e chiusura dei lavori

Crediti ECM n. 12



Destinatari:  
100 infermieri

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

Data apertura evento:  
**19 aprile 2012** e fino  
ad esaurimento posti

## LA VENTILAZIONE INVASIVA E NON: corso teorico pratico

**19 maggio 2012**

Como Centro Car. Ferrari - viale C. Battisti, 8  
*Docenti: Dott. Grandi Maurizio - Inf. Mannu Giovanna*  
*Fisioterapista: Donizzetti Wilma*

### PROGRAMMA

53

#### 8.30-10.30

- ▽ Caratteristiche della ventilazione in respiro spontaneo vs respiro in ventilazione meccanica

#### 10.30-11.00

- ▽ Cenni teorici e pratici sulla ventilazione meccanica:
  - ▷ modalità di ventilazione
  - ▷ circuito (mono e bitubo)
  - ▷ valvole espiratorie e mezzi per la dispersione della CO<sub>2</sub>

#### 11.00-11.15 - pausa caffè

#### 11.15-12.30

- ▽ Cenni teorici e pratici sulla ventilazione meccanica:
  - ▷ interfaccia (maschere per NIMV e catheter mount per IMV)
  - ▷ umidificazione attiva vs passiva con filtro HME
  - ▷ ossigenoterapia in ventilazione meccanica

#### 12.30-13.30 - pausa pranzo

#### 13.30-15.30

- ▽ Dalla ventilazione meccanica invasiva alla NIMV e al respiro spontaneo:
  - ▷ gestione della cannula tracheale e dei suoi "accessori" (controcannula, valvola fonatoria, ecc.)
  - ▷ problematiche legate alla ventilazione e loro gestione (decubiti, mal posizionamento dell'interfaccia, fughe d'aria)
  - ▷ Gestione delle secrezioni del paziente portatore e non della cannula tra-cheostomica: la macchina assistente tosse (In-exsufflator e similari)

#### 15.30-17.30

- ▽ SESSIONE PRATICA
  - ▷ assemblaggio circuiti per ventilatori Bilevel e Presso-volumetrici
  - ▷ scelta, posizionamento maschere nasali, endonasali, oro-nasali, ventilate o non
  - ▷ preparazione e prove pratiche utilizzando la macchina assistente tosse

#### 17.30-18.00

- ▷ Chiusura dei lavori e compilazione del test di gradimento ECM



Destinatari:  
30 infermieri

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

**54**

Data apertura evento:  
26 aprile 2012 e fino  
ad esaurimento posti

## **LE INFEZIONI OSPEDALIERE: DEFINIZIONE DELLA PROBLEMATIC E REGOLAMENTAZIONE GIURIDICA**

Evento organizzato in collaborazione  
con Centro Studi e Formazione Fatebenefratelli  
*Docente: Dott. Duilio Loi*

**1° ed. 24 Maggio 2012** - Ospedale Sacra Famiglia Erba  
**2° ed. 4 giugno 2012** - Como Centro Card. Ferrari viale C. Battisti, 8

### **PROGRAMMA**

#### **8.30-9.00**

- ▷ Presentazione del corso, definizione degli obiettivi e somministrazione del test d'ingresso

#### **9.00-11.00**

- ▽ Gestione del rischio infettivo:
  - ▷ riferimenti normativi
  - ▷ metodi e strumenti tecnici

#### **11.00-11.15 - pausa caffè**

#### **11.15-12.30**

- ▷ Governo clinico e risk management: inquadramento generale
- ▽ Il rischio infettivo come evento sentinella, dalle tradizioni alle evidenze scientifiche:
  - ▷ regolamentazione giuridica
  - ▷ ipotesi progettuali

#### **12.30-13.30 - pausa pranzo**

#### **13.30-15.30**

- ▽ Esempi di Protocolli per la prevenzione delle I.O.:
  - ▷ Il lavaggio delle mani
  - ▷ Il buon uso dei disinfettanti

#### **15.30-16.45**

- ▽ Lavoro di gruppo
  - ▷ Il rischio infettivo come evento sentinella: applicazioni operative

#### **16.45-17-45**

- ▷ Illustrazione in sede plenaria dei lavori di gruppo

#### **17.45-18.00**

- ▷ Elaborazione del test d'uscita e chiusura della sessione

ECM richiesti



Destinatari:

190 infermieri  
 10 infermieri pediatrici  
 10 assistenti sanitarie  
 20 ostetriche  
 10 medici

Costo:

€ 20,00 IPASVI Como  
 € 40,00 iscritti ad altri  
 Collegi, ostetriche e  
 medici

Data apertura evento:

**9 maggio 2012** e fino  
 ad esaurimento posti

ECM richiesti

## ASSISTENZA TRANSCULTURALE: AMBTI ED ESPERIENZE A CONFRONTO

**7 Giugno 2012** - Como Opera Don Guanella via T. Grossi, 18

*Docenti: Dott. S. Barbato - Dott. G. Rocco - Dott. A. Stievano*

*Dott. I. Nessi - Dott. D. Clerici*

*Inf. A.F. Viceira Rodriguez - Inf. A. Da Silveira - Ost. Faik Amal*

### PROGRAMMA

55

#### Sessione: Realtà, salute e assistenza senza pregiudizio

##### 08.30-09.00

- ▷ Accoglienza partecipanti
- ▷ Compilazione scheda registrazione
- ▷ Saluti Presidente Ipasvi Como

##### 09.00-10.15

- ▷ Gli infermieri stranieri in Italia: il quadro nazionale - *G. Rocco, N. Barbato*

##### 10.15-11.00

- ▷ L'approccio teorico al nursing transculturale: Madeleine Leininger ed i suoi epigoni  
*A. Stievano*

##### 11.00-11.30 - pausa

##### 11.30-12.45

- ▷ Nursing Transculturale. Esperienze in Italia e all'estero - *A. Stievano*

##### 12.45-13.00 Discussione con i partecipanti

##### 13.00-14.00 - pausa pranzo

#### Sessione: Salute e immigrazione

##### 14.00-15.00

- ▷ La relazione operatore sanitario - migrante - *Dott. I. Nessi, Dott. D. Clerici*
- ▷ Esperienza infermieristica

##### 15.00-16.00

- ▷ La relazione operatore sanitario immigrato e paziente  
*Inf. A.F. Viceira Rodriguez - Inf. A. Da Silveira - Ost. A. Faik*

##### 16.00-17.00

- ▷ La relazione operatore espatriato - operatore sanitario autoctono e pazienti nei paesi in via di sviluppo
- ▷ Esperienza infermieristica

##### 17.00-17.30

- ▷ Discussione con i partecipanti

##### 17.30-17.45

- ▷ Compilazione della scheda di valutazione ECM
- ▷ Compilazione questionario di gradimento



**MODALITÀ DI ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI**

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

56

**COLLEGIO IPASVI COMO SCHEDA DI ISCRIZIONE PER EVENTI FORMATIVI**

TITOLO EVENTO \_\_\_\_\_

DATA EVENTO \_\_\_\_\_

COGNOME NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

COLLEGIO DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

SEDE DI LAVORO \_\_\_\_\_

N. TESSERA \_\_\_\_\_ DATA DI ISCRIZIONE \_\_\_\_\_

**L'iscrizione all'evento deve essere prenotata telefonicamente o personalmente presso la Segreteria.**Solo dopo avere avuto conferma della disponibilità di posti, inviare la scheda, **entro 5 giorni**, unitamente alla copia del versamento della quota di iscrizione all'evento, al n. **031/262538**.

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 \_\_\_\_\_



## ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI DAL 12/10/2011 AL 28/02/2012

### NUOVE ISCRIZIONI INFERMIERI

AIULFI	DEBORAH	MOLDOVAN	ALIDA MANUELA
BIANCHI	PIETRO SIMONE	MORETTO	VERA
BORGONOVO	LORENZO	NACCHIA	VERONICA
BOTA	MIRELA	NAPOLITANO	JESSICA
CAPPELLETTI	FABIOLA	NAVARRA	DOMENICO
CAPRANI	STEFANIA	PADUREAN	SIMONA GABRIELA
CARAGEL	FLORENTINA	PAGNOZZI	MONICA
CHINAZZI	FABIO	PALMERI	BARBARA
CIBIN	FEDERICA	PALMISANO	ELENA MARIA
CITTERIO	MARCO	PAVANELLO	MICOL
CONTI	GUGLIELMA CRISTINA	PELLIZZONI	SERENA
CORTI	STEFANO	PEVERELLI	FRANCESCA
COZZI	FABIO	PONTIGGIA	MANUELA
DANIELE	SILVIA	PUMA RAMOS	NELIDA
DEJU	GEORGIANA	ROSSINI	FEDERICA
DOSSI	MARCO	ROTA	PAOLA
FARCAS	LUCIA	SABATINO	FRANCESCA
FAVALLI	FEDERICO	SPINELLI	DAISY
GELFINI	MARIA	STANCA	ELENA MADALINA
GIORGI	ELISABETTA	STORTI	SERENA
GIRELLI	BARBARA	SUTEU	CONSUELA
GUALDI	ELENA	TETTAMANTI	FEDERICA
GUGGIARI	ELEONORA	THIAM	MASSAER
LONGO	CESARE	VADUVA	ELENA CRISTIANA
MASCHERONI	LUNA	VATICANO	IRENE
MASCHERONI	SERENA	VILONE	SILVIA
MASTRICCHIO	VALENTINA	ZANIN	FRANCESCA
MERCURI	FIGURELLA	ZBIESKA	ZOFIA
MOIOLI	LUISA GIUSEPPINA		

57

### ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO DA ALTRI COLLEGI

ALBUSCERI	PATRIZIA	HAIUC	ADINA OLIVIA
DOKA	HALIT	HEMAMI HAMID	REZA
DOROT	RADU	JIGAN CORNELIA	DANIELA
FACCHINI	OMBRETTA	KOSHI	ARDIAN
GANDOLFI	ROMANA	MAGGI	MARIA TERESA
GUERRERA	FORTUNATO	POPEANU	MANUELA FLORENTINA
GUERRERA	GIOVANNI	TUDOR	DANIEL CONSTANTIN

### CANCELLAZIONI PER CESSATA ATTIVITÀ LAVORATIVA

BASSOTTI	ALICE GRASSI	MORALLI	BRUNA MARIA
BERETTA	SUOR FRANCESCA	OLDANI	RENATA
CAIRONI	FAUSTA	OREGGIA	MARIA
CARUGATI	GRAZIELLA	PAINI	LUCIANA
CIMAROSTI	GRAZIANO	PEVERELLI	PAOLA
CORTINOVIS	FELICITA	PIAZZA	AMALIA
DE CARLI	CLAUDIO	PITTERI	GIUSEPPE
GIROLIMETTO	BERTILLA	RICCIUTO	PIETRINA
MARAZZI	DANIELA	ROPELATO	ALDO
MAURI	ROBERTO	SOLAZZI	MARIA CRISTINA
MOLTENI	FLAVIO		



**CANCELLAZIONI PER TRASFERIMENTO AD ALTRI COLLEGI**

AMUDHA	SELVI	IONESCU	CORINA
CULICA	CRISTIAN	PAZARAC	AZRA
DEMA	ALGERT	TAVERNAR	MARIA GRAZIA

**CANCELLAZIONI PER DECESSO**

GANZETTI	FRANCESCA
----------	-----------

**CANCELLAZIONI PER MOROSITÀ, IRREPERIBILITÀ, SCADENZA PERMESSO DI SOGGIORNO**

58

BIDIAN	ANUTA	POZZETTI	RUGGERO
BONALDO	PAOLA	RIMOLDI	ENRICO ATTILIO
GIUNTA	DANIELA	ROSSINI	CARMEN
GREPPI	DANIELA	ROSU	DANIELA
GUTIERREZ REQUE	PASTORA	SALA	SERENA
LANDONI	ORNELLA	SASSI	MASSIMO
LANZA	CARMELA	SBAI	NAJET
LAZZARONI J	OLE	SCIOLI	FAUSTA PAOLA
MAHJOUBI NADRA	BENT ALI	SIPOSOVA	JANKA
MORALLI	ADALGISA	SOLCI	DONATELLA
PERTUSINI	SIMONA	TETTAMANTI	MANOLA
PICCO	RAFFAELLA	TONELLI	LORENA
PINA	VALENTINA	TRAMONTANA	CONCETTA

**FESTA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE  
12 MAGGIO 2012**

Come ogni anno il 12 maggio si festeggerà la giornata internazionale dell'infermiere e come ogni anno il Collegio di Como vuole essere presente per dare risalto e significato alla giornata. Come è noto scopo della giornata è incontrare la popolazione e rendere più visibile la figura dell'infermiere facendolo conoscere meglio. Per quest'anno si è pensato di allestire uno stand presso alcune strutture ospedaliere nelle quali sarà possibile, per la popolazione, la rilevazione della pressione arteriosa, dei valori della glicemia e del colesterolo. Invitiamo tutti gli iscritti a fare riferimento al sito del Collegio per il programma definitivo della giornata.



# Attiva la tua Posta Elettronica Certificata

LE CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO SUL SITO [WWW.IPASVICOMO.IT](http://WWW.IPASVICOMO.IT) "ATTIVA LA TUA PEC"

Richiamando le misure contenute nel Decreto Legge 29 novembre 2009 n. 185 (Misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anticrisi il quadro strategico nazionale) pubblicato nella G.U. n. 280 del 29 novembre 2008 - s.o. n. 263, meglio noto come il "decreto anti-crisi", ti ricordo che gli iscritti agli Albi devono indicare il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata agli Ordini e collegi di appartenenza di appartenenza.

Inoltre la legge n. 183 del 12 novembre 2011 ha introdotto un elemento di rilevante novità che riguarda direttamente gli Ordini/Collegi ed i professionisti tutti, in particolare laddove all'art. 25, comma 4, prevede che *l'omessa pubblicazione di suddetti elenchi o il rifiuto di comunicare con le pubbliche amministrazioni costituiscono causa di scioglimento e commissariamento dell'Ordine/Collegio inadempiente.*

Il nostro Collegio ha sottoscritto una convenzione con Aruba PEC spa - ente gestore accreditato presso il CNIPA per la fornitura del servizio di posta elettronica certificata - grazie alla quale è stato possibile mettere a disposizione, **GRATUITAMENTE**, per ogni nostro iscritto, che ne farà formale richiesta, una casella di posta elettronica certificata.

**Naturalmente da tale proposta sono esclusi i liberi professionisti regolarmente iscritti alla Cassa ENPAPI, in quanto l'Ente di previdenza ormai da tempo, offre gratuitamente ai propri iscritti la PEC. I liberi professionisti sono comunque tenuti a dare comunicazione scritta al Collegio di appartenenza del proprio indirizzo di PEC.**

Per sottoscrivere la PEC è sufficiente compilare il modulo di seguito riportato in ogni sua parte, con esclusione della cornice superiore che sarà compilata, timbrata e firmata a cura del Collegio partner di Aruba, (scaricabile anche dal sito del Collegio [www.ipasvicomo.it](http://www.ipasvicomo.it)) e restituirlo in segreteria unitamente alla fotocopia di un documento di identità in corso di validità, utilizzando una delle seguenti modalità:

- posta ordinaria: Collegio IPASVI viale C. Battisti, 8 22100 Como
- fax 031/262538
- mail [info@ipasvicomo.it](mailto:info@ipasvicomo.it)

- direttamente negli uffici di segreteria negli orari di apertura (da lunedì a venerdì 8.30/12.00 - 14.00/16.30)

Le caratteristiche tecniche della casella PEC sono le seguenti:

- dimensioni di 1 Gbyte e saranno abilitate all'invio di messaggi fino ad un numero massimo di 500 co-destinatari
- invia messaggi di dimensione massima pari a 50 MB (la dimensione dell'invio viene calcolata moltiplicando la dimensione del messaggio per il numero complessivo dei destinatari).
- accesso alle caselle PEC avverrà sia attraverso un'interfaccia web mail che attraverso i più comuni client di posta elettronica oggi disponibili sul mercato (Outlook, Outlook express, Thunderbird, Eudora, ecc.).

Il servizio è stato inoltre aperto alla ricezione di messaggi provenienti da posta elettronica non certificata ed è stato dotato di sistema antivirus in conformità alla normativa vigente.

Le caselle verranno create sul dominio [nome.cognome@pec-ipasvicomo.it](mailto:nome.cognome@pec-ipasvicomo.it). Sullo stesso dominio non potranno coesistere caselle di posta elettronica certificata e non certificata.

Gli iscritti che aderiranno alla presente offerta per il servizio PEC riceveranno ulteriori informazioni in ordine all'indirizzo e-mail attivato e alla password predefinita che sarà possibile, immediatamente fin dal primo accesso modificare e personalizzare (operazione consigliata). Aruba PEC spa mette inoltre a nostra disposizione in orari di ufficio (dalle 9 alle 18 da lunedì a venerdì esclusi festivi) un servizio di assistenza tecnica (help desk al numero 0575 - 05009 si potrà così ricevere assistenza su come configurare il client di posta, accedere alla webmail, inviare messaggi ecc.) e sarà così possibile segnalare eventuali problemi riscontrati. Tale adeguamento, oltre ad essere dettato da una norma di legge ha come obiettivo futuro, la possibilità di poter privilegiare, quale **unico** mezzo di comunicazione, la **Posta Elettronica Certificata**. La segreteria del Collegio è a disposizione negli orari di apertura, per eventuali ulteriori chiarimenti in merito 



**A cura del Partner Aruba Pec**

Completare in stampatello

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

P. Iva \_\_\_\_\_

Legale Rappresentante (Nome Cognome) \_\_\_\_\_

Timbro

Firma \_\_\_\_\_

**Modulo Di Adesione  
Servizio Posta Elettronica Certificata**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ Pr [\_\_\_\_\_] Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Pr. [\_\_\_\_\_] \_\_\_\_\_

In Via/Piazza \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Documento identità (da allegare alla presente):  Carta d' Identità  Patente di Guida  Passaporto

Numero Documento \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ In Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Da compilarsi solo in caso di Libero Professionista/Persona Giuridica/Ditta Individuale:** **Libero Professionista** P. Iva \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

 **Legale Rappresentante** della Società/Ente/Associazione/Ditta Individuale denominata: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cod.Fisc./P. Iva \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

con il presente modulo di adesione, compilato e sottoscritto in ogni sua parte, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), **dichiara**, ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri, e **propone** ad Aruba Pec S.p.A. ed al Partner sopra individuato, di concludere un contratto per l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata), secondo i termini e le condizioni indicate nelle **Condizioni Generali di Contratto Posta elettronica certificata** e nel **Manuale Operativo**, pubblicati alla pagina <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare nel loro contenuto.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma e Timbro \_\_\_\_\_

Al sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341 e 1342 c.c., il Sottoscritto dichiara di aver preso chiaro ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le clausole seguenti: 2) Oggetto del Contratto; 3) Conclusione del contratto, durata e rinnovo; 4) Requisiti; 5) Usi del servizio; 6) Obblighi, divieti e responsabilità del Titolare della Casella Pec; 7) Limitazioni di responsabilità del Gestore; 13) Modifiche ai dati; 14) Clausola risolutiva espressa; 15) Recesso; 16) Accordi particolari fra il Cliente ed il Partner; 17) Rinvio al manuale operativo; 20) Foro competente.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma e Timbro \_\_\_\_\_

Preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 D.lgs. 196/2003, contenuta all'art. 12 delle Condizioni Generali di Contratto Posta Elettronica Certificata, il Sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma e Timbro \_\_\_\_\_

## 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	Consulto 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 - 031/531902 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 - 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 - 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 - 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 - 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> Via Fratelli Cervi, 2 - Cermenate 031/722630 - 031/722431 - cell. 393/7497426	Sconto del 10% su tutti i prodotti commercializzati tranne quelli già in promozione	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
<b>LIBRERIA MENTANA</b> Via Mentana, 13 - Como - 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 - 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 - 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 - 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 - 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 - 031/275049	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como



# SEGRETERIA INFORMA

TUTTA LA MODULISTICA È REPERIBILE SUL SITO DEL COLLEGIO [WWW.IPASVICOMO.IT](http://WWW.IPASVICOMO.IT)

## 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 consultabile anche dal sito <http://www.ipasvicomo.it/sezione.do?methodcall=visualizza&id=Biblioteca>, dove possono essere 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 2012 deve essere presentata entro il 31/12/2012). 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 se richiesto dalla Pubbliche Amministrazione DEVE 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.enpapi.it](http://www.enpapi.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.





## ASSOCIAZIONE ANTONIO E LUIGI PALMA ONLUS

*Assistenza domiciliare  
ai malati di cancro in fase avanzata*

63

*“Perché la qualità del vivere,  
sul finire della vita,  
resti di casa in ogni casa”*

Via Vitani 13 - Como  
Tel. 031/2753464

[www.associazionepalma.org](http://www.associazionepalma.org)  
[associazionepalma@libero.it](mailto:associazionepalma@libero.it)

### **1992-2012 DA 20 ANNI A COMO A SOSTEGNO DELLA TERAPIA DEL DOLORE E DELLE CURE PALLIATIVE**

L'Associazione Antonio e Luigi Palma è nata nel 1992 a ricordo di due professionisti comaschi vicini al volontariato, Antonio e Luigi Palma, offre un'efficace risposta ai bisogni del malato e della sua famiglia. L'assistenza domiciliare ai malati terminali è l'elemento peculiare su cui si basa da sempre l'Associazione: l'aiuto al paziente direttamente nella sua casa, senza strapparli dall'affetto e dal calore della famiglia e della sua casa. La cura a domicilio mediante le cure palliative e la terapia del dolore richiede un ribaltamento dei ruoli in cui, nell'approccio alla malattia, il paziente e la sua famiglia si pongono in primo piano, i sanitari sullo sfondo.

Quest'anno l'Associazione festeggia i suoi vent'anni e lo fa con una serie di iniziative che terranno impegnati vertici e volontari sino alla fine del 2012. Sono previsti, infatti, diversi appuntamenti che spaziano da due convegni scientifici a un concerto del pianista iraniano Ramin Bahrami in programma il 26 ottobre al Teatro Sociale, da un concorso fotografico sul tema "Il valore della vita" a un'edizione speciale del periodico dell'Associazione nel quale verrà ripercorso il cammino di vent'anni all'insegna dei due valori fondanti dell'attività: la sacralità della vita e il rispetto della dignità umana.

#### **Programmazione degli eventi principali**

1. Concorso fotografico da titolo "Il Valore della Vita". La mostra e premiazione sono fissate per il 21 settembre con esposizione fino al 23 il bando ed il regolamento del concorso sono scaricabili dal sito dell'associazione
2. Concerto del pianista Ramin Bahrami il 26 ottobre, Teatro Sociale
3. Concerto Allievi del conservatorio in data da definire
4. Corso di formazione per medici ed infermieri in autunno

Per i dettagli e aggiornamenti degli eventi consulta il sito dell'Associazione [www.associazionepalma.org](http://www.associazionepalma.org)





**Vincent van Gogh,  
Il cortile dell'Ospedale  
di Arles**

Arles 1889  
Olio su tela (73 x 92)

...E allora perchè collegare la felicità alla cura di un giardino? Forse perchè il giardino è un simbolo della vita. Un giardino è limitato, ha dei confini, come è giusto e naturale che li abbia anche la nostra vita; nel nostro giardino possiamo cercare di mettere le piante che ci piacciono di più, creando scenari, paesaggi e rapporti tra colori e forme, nello stesso modo in cui ogni giorno cerchiamo di modellare la nostra vita nel modo che sentiamo più autentico. Il giardino va curato quotidianamente: bisogna innaffiare, concimare, pulire, potare, proteggere dal troppo sole e dal troppo freddo le parti più sensibili; non si può abbandonare la cura del giardino per troppi giorni, altrimenti le piante muoiono. Allo stesso modo ci dobbiamo prendere cura quotidianamente del nostro corpo e del nostro spirito, con affetto e benevolenza. Nel giardino si cerca di curare le parti malate e si può anche modificarne qualche settore, proprio come a volte ci capita di fare nella nostra vita...

Osservando il nostro giardino, vedremo il susseguirsi delle stagioni e il ciclo vitale delle piante e degli animali; osservando noi stessi possiamo vedere giorno per giorno le naturali modificazioni del nostro ciclo vitale.(...)

E, anche se abbiamo steso le reti protettive, dobbiamo sempre confidare che dal cielo non scenda una grandinata così forte da danneggiare irrimediabilmente le nostre piante.

Tratto da <http://lapoesiadellapsiche.blogspot.it/2012/01/simboli-il-giardino.html>

