

Novembre 2012 - N. 51

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

Como piazza Duomo - Il Broletto

EDITORIALE - Infermieri e Potere	
Infermieri. Ipasvi contro Repubblica: "Indignati da articolo di Pirani"	4
ATTUALITÀ	
Manifestazione del 27 ottobre: la posizione dell'IPASVI	6
Sviluppo competenze infermieristiche: il contributo del coordinamento dei collegi lombardi	9
Nuove sedi corsi di laurea per infermieri: il coordinamento dei collegi interviene	11
Infermieri: finalmente professionisti anche per il fisco	13
Abolizione tariffario per le professioni regolamentate	14
Forum ECM	15
Il ruolo degli infermieri nella definizione delle politiche sanitarie.	17
Incontro con Stephanie Ferguson	19
Gli infermieri sono stanchi di essere invisibili	19
DALLA PARTE DEL BAMBINO	
Nasce il manuale qualità e sicurezza dei punti nascita	21
È EVIDENTE CHE... "La morte improvvisa del lattante nel bed sharing"	
	23
INFERMIERISTICA E CURE COMPLEMENTARI	
Benessere Donna: fermare le reazioni al dolore, rompere l'immagine di sé per recuperare forza e libertà nell'essere	29
NEWS FROM THE WEB	
	32
POSTA E RISPOSTA	
	34
DIRITTO E ROVESCIO	
Responsabilità infermieristica nei controlli post-operatori	35
ARTICOLI ORIGINALI	
L'ampliamento delle competenze infermieristiche	39
Customer satisfaction: risultati di una indagine all'interno di un pronto soccorso	42
Analgesia post-triage: quale ruolo per l'infermiere?	46
DAL COLLEGIO	
12 maggio 2013	48
ECM Evoluzione Continua Ma...	53
Libera professione: come esercitare alla luce della nuova normativa	56
Eventi formativi primo semestre 2013	58
Iscritti/cancellati	65

INFERMIERI E POTERE

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

Recentemente si è riaperto un dibattito – polemica tra medici e infermieri che con sfaccettature diverse emerge periodicamente. Lo spunto è stata la rubrica di Mario Pirani su La Repubblica del 5 novembre cui ha puntualmente risposto la Presidente Silvestro (vedi pagine seguenti).

A queste due note ne sono seguite altre nelle quali gli attacchi alla nostra professione sono continuati come se gli unici responsabili della crisi economica e dei conseguenti tagli alla sanità operati dal Governo con la Spending Review fossero gli infermieri, rei di aver conquistato "spazi di potere" tradizionalmente riservati ad altri.

Proprio per evitare quella autoreferenzialità di cui potremmo essere accusati se proponessimo una difesa "d'ufficio" della nostra categoria vi propongo ampi stralci dell'intervento sul Quotidiano Sanità di un sociologo, Marco Bugne, che in modo efficace ha evidenziato alcuni aspetti che caratterizzano le professioni di oggi e l'attuale sistema sanitario che consentono di comprendere che quello che c'è in gioco non è tanto l'affermazione della supremazia di una professione sull'altra ma molto di più. Bugne ci aiuta a capire che il processo inarrestabile di sviluppo del sistema sanitario avviato da molto tempo richiede nuovi paradigmi per la soluzione dei problemi e, necessariamente, mette in crisi una concezione "troppo tradizionale (seppiatà)" della sanità.

"Iniziamo dalle fotografie del sistema, partendo da quelle "seppiate" di un tempo, per passare poi a quelle a colori di oggi.

Le immagini di ieri descrivono "il dottore" (che era il dottore di tutto e di tutti), l'infermiere (che era il "tuttofare" della lunghissima corsia e delle grandi stanze con "due ali" di letti) e la suora (sergente di ferro che custodiva tutto e che distribuiva con tanta parsimonia, forse più per simpatia che per reale necessità).

Le differenze sociali e culturali tra le diverse figure professionali descritte erano generalmente molto forti, così come le possibilità di sviluppo professionale (almeno per gli infermieri) erano molto limitate e di modesta gratificazione.

Le immagini a colori di oggi descrivono un medico che è diventato un super-specialista, di un super-settore, operante in un super-contesto, un infermiere che è diventato un "dottore" (al pari degli altri laureati di altre discipline, afferenti ad altre famiglie professionali) e la suora "sergente di ferro" è stata sostituita da un coordinatore al quale è stata richiesta la frequenza a un master di I livello e, in alcuni casi, anche il



percorso formativo successivo di Laurea Magistrale.

*Pensare di stare dentro il "sistema a colori" (fatto da gente formata diversamente rispetto al passato e fortemente motivata) con le regole del "sistema sepiato" è impossibile e anacronistico. **Non è tanto un problema di "potere" quanto una questione di ruoli e di responsabilità, tenuto conto dei nuovi curricula formativi dei professionisti, dei nuovi bisogni della gente e delle necessità di funzionamento del sistema.***

E non vale nemmeno la pena di entrare nel dettaglio dei numeri perché emergerebbero dei dati che potrebbero generare ulteriori polemiche (es. il rapporto medici % abitanti che evidenzia la supremazia assoluta nell'ambito dei Paesi OCSE, il rapporto infermieri % abitanti che evidenzia una collocazione al terzultimo posto della stessa declinazione dei Paesi OCSE, una pletera di medici tutti direttori e dirigenti, peraltro senza alcun contenuto formativo di tipo manageriale, etc. etc.).

Né è ragionevole affrontare altre questioni che riguardano l'eccessiva frammentazione disciplinare e le conseguenti determinazioni di strutture complesse, non sempre attivate per fini nobili, o le dotazioni organiche dei medici che si sovrappongono, in termini di numerosità, al numero dei posti letto di alcune strutture ospedaliere (che non necessariamente vuol dire un identico numero di malati).

A prescindere dalle ultime "divagazioni", tenuto conto della complessità del sistema, diventa ragionevole e logico affrontare ed approfondire altre argomentazioni, a partire dai cambiamenti che hanno interessato il sistema sanitario, in particolare la situazione epidemiologica e demografica, l'aumento della domanda, prevalentemente legata alle situazioni di cronicità, i cambiamenti nella società, nelle condizioni sociali e negli stili di vita.

Sono cambiati anche i modelli organizzativi e i sistemi di cura e assistenza, conseguenza diretta delle evoluzioni scientifiche e tecnologiche che hanno profondamente mutato gli approcci diagnostici, terapeutici, clinico-assistenziali e riabilitativi.

È cambiata anche la formazione dei professionisti, in particolare di 22 professioni che hanno avuto il riconoscimento di "professione sanitarie", di autonomia e responsabilità propria e di specifica progettualità, sulla base delle caratterizzazioni professionali.

Sono stati attivati percorsi formativi di II livello (Laurea Magistrale, master I e II livello, dottorati di ricerca) specifici per le 22 professioni sanitarie (definite impropriamente "nuove" in quanto esistono da quasi un ventennio - forse non ci si era accorti ... o più semplicemente ha fatto comodo a tanti far finta di non accorgersene).

Anche il sistema ha dovuto modificarsi in maniera continuativa, per rispondere sempre meglio alle necessità di funzionamento del sistema stesso, alle nuove esigenze dell'utenza, alle necessità di garantire l'adeguatezza, l'appropriatezza e la sicurezza delle attività e delle prestazioni, con la conseguente necessità di investire anche nell'apparato gestionale-

amministrativo (che ha riguardato tutte le professioni, medici in testa), non tanto per una questione di "potere", quanto per una necessità di adeguamento del sistema alla nuova situazione.

Ci può stare che il cambiamento abbia generato delle "distorsioni" e delle "invasioni" di campi diversi da quelli assistenziali, con malumori e "cattivi pensieri" in molte famiglie professionali. L'auspicio è che certe posizioni di coordinamento avanzato e di dirigenza siano di guida e di indirizzo nella definizione dei percorsi e dei processi, nelle buone pratiche, nella ricerca e nell'approfondimento delle evidenze scientifiche e metodologiche, nella formazione, etc. etc., a tutela e garanzia dell'utenza, degli operatori e della stessa azienda.

Indubbiamente i fatti si legano sempre alle persone e può certamente capitare che qualcuno privilegi la posizione di "potere" alla funzione dirigenziale propria ... ma certi atteggiamenti e comportamenti vanno condannati, senza generalizzare verso le negatività, a fronte di tanti comportamenti sicuramente positivi e orientati allo sviluppo dell'organizzazione e al miglioramento dei servizi.

Il nuovo sistema è - per definizione - multi-professionale e multi-disciplinare.

Sulla base di ciò si rappresenta la necessità di "ordinare" il sistema e di codificare le relazioni, le interazioni, le integrazioni, le collaborazioni, le condivisioni ed i livelli di responsabilità, favorendo le interazioni orizzontali (sistema a matrice - come raccomandato dal management moderno) ad ogni livello delle articolazioni organizzative, nel rispetto delle afferezze "di filiera" (line) e delle situazioni trasversali multi-professionali e multi-disciplinari.

Oggi è indubbio che il rischio di "confusione" è un possibile problema. (...)

Quanto sopra deve tenere conto delle caratterizzazioni delle articolazioni organizzative delle filiere professionali, dei saperi che scaturiscono dagli specifici percorsi formativi, dai ruoli professionali conseguenti, dai contesti operativi e dagli status giuridici di riferimento, con l'attenzione alle necessità di favorire la massima integrazione possibile e il necessario rigore nella declinazione delle attività e delle relative responsabilità, sempre tenendo conto del fatto che i singoli ruoli, pur nelle necessità di integrazione, non hanno le caratteristiche della mutabilità.

Il sistema è in movimento e non può essere fermato, per una necessità dello stesso sistema, tenuto conto dei tanti cambiamenti avvenuti, di quelli in essere e di quelli che verranno, nell'ambito della "continua ricerca di soluzioni razionalizzatrici e innovative ... senza atteggiamenti puramente difensivi e conservativi dell'esistente" (il Presidente Giorgio Napolitano). Non è tanto un problema di "potere" o di "lobby"; semplicemente è, da un lato, una questione di specificità e di caratterizzazioni professionali, dall'altro lato una necessità di ripensare il sistema con una forma mentis diversa rispetto al passato, in linea con quanto avviene in Europa e nel resto del mondo



LINEA DI CONFINE

MARIO PIRANI



Tenetevi il dolore pochi soldi per curarlo

Sconcerto e delusione piovono per e-mail. Pezzi di Welfare sanitario, costruiti ad uno ad uno con fatica, vengono demoliti. I medici, ormai esasperati, scrivono ai giornali. Raccoglio brandelli delle loro voci. "Le scrivo dopo tanto tempo - mi dice il bravo Claudio Blengini, medico di famiglia a Dogliani (Cn) -. Come lei ricorda abbiamo fatto insieme a tante persone di buona volontà battaglie memorabili perché questo paese finalmente si dotasse di una legislazione civile per quanto riguarda il dolore e le cure palliative... Le scrivo ora perché ho la sensazione che la spending review e i conseguenti tagli alla Sanità stiano nei fatti vanificando il progetto che stavamo tentando di costruire in difesa dei malati sofferenti... Ho avuto modo di sentire in una recente trasmissione il livello degli stipendi dei grandi manager. In compenso seguiamo a tagliare in Sanità dove sicuramente ci sono degli sprechi e usi inadeguati e impropri di risorse ma ci sono anche tante esperienze positive che sono cresciute o stanno crescendo e rischiano invece di naufragare... I tagli saranno lineari e colpiranno allo stesso modo esperienze efficaci e rami secchi. Si moltiplicheranno le riduzioni dei servizi per quadrare i conti. Aumenteranno ancora le liste di attesa dei centri per il dolore come se un paziente in precaria e dolente condizione potesse attendere un mese o due per essere trattato. Lei si ricorderà che noi medici di famiglia di questa zona del Piemonte avevamo cercato di organizzare un ospedale di comunità per i nostri assistiti ma vi abbiamo dovuto rinunciare perché l'amministrazione pretendeva una supervisione. Abbandonammo così un lavoro portato avanti per anni con passione, tutto diverso lungo-degenza e cura, visti i tagli, anche questa sarà eliminata e sostituita da una semplice residenza assistenziale. È un gioco al ribasso... I più deboli saranno i primi a pagare. Altre vie ci sarebbero. Per l'intasamento dei pronti soccorsi basterebbe soltanto mettere un ticket su chi si presenta con richieste inutili e inadeguate. Ma dire questo ri-

schia di essere impopolare, peccato che sia la sacrosanta verità".

Passiamo dal Piemonte al Lazio. Il trionfo delle chiacchiere. Il nuovo grande ospedale Sant'Andrea nel 2003 venne eletto azienda di riferimento regionale per la terapia del dolore. Fu inaugurata la sala operatoria e le altre strutture necessarie. Purtroppo l'amministrazione si dimenticò che occorrevano nell'organico anche gli infermieri. Ora il Centro funziona a fatica due ore la settimana appoggiandosi a qualche infermiere volontario. D'altra parte gli infermieri rappresentano solo il potere che governa gli ospedali. Le unità operative sono assegnate agli infermieri, il numero dei capisala sono aumentati oltre il necessario, le direzioni sanitarie sono affollate d'infermieri promossi dai reparti di degenza agli uffici ad occuparsi di formazione e cosività, quando la priorità dovrebbe essere quella assistenziale. La direzione come in tutti gli ospedali cerca di evitare scontri con il cosiddetto "compagno". Per contro se i nostri infermieri rifiutassero lo straordinario o venisse loro impedito, il Centro di terapia analgica dovrebbe venire chiuso del tutto", conclude uno dei medici del Sant'Andrea.

In qualche altro ospedale le cose vanno meglio. Così un Centro di eccellenza che riesce ad applicare la legge 38 nel garantire l'accesso alle cure palliative è quello diretto dal prof. Antonio Gatti a Tor Vergata. In questo Centro i medici hanno l'obbligo di registrare il dolore, con dettagliate procedure, nella cartella clinica di ogni paziente che viene controllata ogni 4 ore giorno e notte. Fra tutti i vantaggi di una legge qui finalmente applicata vi è che questa consente di fare del dolore cronico, una vera e propria malattia, che quindi non può essere ignorata o sottovalutata come oggi spesso avviene. Un'attenzione particolare viene posta inoltre nel dolore post operatorio che viene preso in carico non appena terminata l'operazione dalla procedura antidolorifica. Fino a quando non occorrerà più la cura ospedaliera e il malato potrà essere gestito a domicilio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Infermieri. Ipasvi contro Repubblica: "Indignati da articolo di Pirani"

www.quotidianosanita.it

"Dopo anni di gratuiti attacchi alla nostra professione, la nuova accusa di 'rappresentare solo il potere che governa oggi gli ospedali' è spiazzante e in malafede", scrive la presidente Ipasvi, Annalisa Silvestro, in una lettera aperta al direttore di Repubblica, Ezio Mauro, per contestare l'articolo di Mario Pirani.

08 NOV - "Restiamo perplesso e ancora una volta indignati per il contenuto della rubrica che il giornalista Mario Pirani dedica alla politica sanitaria. Dopo anni di gratuiti attacchi alla nostra professione, la nuova accusa che ci viene mossa è spiazzante e in malafede: «Gli infermieri rappresentano solo il potere che governa oggi gli ospedali». Ad affermarlo è la presidente della Federazione dei Collegi Ipasvi, Annalisa Silvestro, in una lettera aperta indirizzata al direttore del noto quotidiano italiano, Ezio Mauro, per contestare l'articolo apparso lo scorso 5 novembre, a pagina 37, a firma di Mario Pirani, dal titolo "Tenetevi il dolore. Pochi soldi per curarlo". Nell'articolo si parla di cure palliative e tagli alla Sanità. Il punto di vista è quello medico, tanto è vero che Pirani riporta stralci di lettere di camici bianchi preoccupati degli effetti della spending review sulla qualità dei servizi del Ssn, specie in settori in cui il fattore-tempo è decisivo, come quello della lotta al dolore cronico. Si cita anche il caso dell'ospedale Sant'Andrea di Roma, dichiarato nel 2003 centro di riferimento regionale per la terapia del dolore ma con un organico ridotto all'osso per quanto riguarda la professione infermieristica, indispensabile in questo come in altri settori. "Probabilmente non vedeva l'ora, Pirani, di tirare in ballo in qualche modo noi infermieri, anche a costo di allontanarsi dalla delicata tematica trattata. Ed ecco una sfilza di insulti e teoremi di carta: gli infermieri 'potenti', che 'assegnano le unità operative', che 'affollano le direzioni sanitarie', che si occupano impropriamente di formazione 'quando la priorità dovrebbe essere quella assistenziale'", afferma Silvestro riferendosi al resto del contenuto dell'articolo. "Dieci righe che - secondo la presidente dell'Ipasvi - sembrano buttate là senza criterio, se non per rimarcare l'annosa avversione dell'articolaista verso la professione infermieristica e l'altrettanta miopia nell'analisi delle contraddizioni da cui prende le distanze anche la parte più avanzata del mondo medico".

"Un ruolo, il nostro, mai messo in discussione ultimamente come in questo pezzo di Pirani", stigmatizza Silvestro, osservando che "lo stesso medico del Sant'Andrea che viene citato nell'articolo ammette che 'se i nostri infermieri non accettassero lo straordinario o questo venisse loro impedito, il centro di terapia analgica dovrebbe venire chiuso'. Ça va sans dire..."



Federazione Ipasvi e "la Repubblica": se solo ci si parlasse di più...

www.ipasvi.it

20/11/2012 - Dopo l'intervento di Mario Pirani del 5 novembre scorso e le tante proteste di Collegi e singoli infermieri, telefonata distensiva tra la presidente Silvestro e il giornalista per ribadire i valori e i principi della professione. Pubblicato anche un articolo a riguardo sul quotidiano.

Le proteste partite dal sito ufficiale della Federazione e immediatamente propagate via posta e Facebook dopo l'articolo pubblicato il 5 novembre scorso da Mario Pirani su Repubblica hanno fatto clamore, suscitando, ieri, una precisazione da parte dell'articlista all'interno della sua rubrica "Linea di confine".

A offendere gli infermieri italiani erano stati alcuni passaggi

dell'intervento pubblicato due settimane fa, quando si scriveva di infermieri "potenti", che "assegnano le unità operative", che "affollano le direzioni sanitarie", che si occupano impropriamente di formazione "quando la priorità dovrebbe essere quella assistenziale".

È stato lo stesso Pirani a raccontare di una telefonata chiarificatrice con la presidente nazionale Ipasvi, Annalisa Silvestro, in cui il giornalista ha tenuto a precisare "le reali posizioni di Repubblica in materia di sanità pubblica", offrendo "uno spazio di risposta".

Il punto tenuto da Silvestro (con "stimabile pacatezza", riferisce Pirani) è stato molto chiaro: è vero che gli eccessi polemici non fanno male a nessuno, specie in un momento di grande difficoltà del Paese; ma è altrettanto vero che questo periodo di crisi sta generando situazioni di enorme sofferenza per gli infermieri italiani, costretti in alcune regioni a lavorare da mesi senza percepire stipen-

dio, con turni di lavoro insostenibili a causa delle mancate sostituzioni. Cose molto distanti da poltrone, scrivanie e improprie attività formative.

"Senza infermieri - ha ribadito Silvestro - non può esserci percorso diagnostico e terapeutico, non si dà realizzazione a iniziative di civiltà sanitaria come l'ospedale senza dolore, nè si attivano l'assistenza domiciliare e gli hospice sul territorio".



L'edizione di ieri di Repubblica dava conto anche di altri interventi pervenuti in redazione all'attenzione di Pirani: il presidente del Collegio Ipasvi di La Spezia, Francesco Falli, gli ha chiesto pubblicamente "Perchè ce l'ha con gli infermieri?", mentre

l'infermiere Antonio Rizza ha scritto una vibrante testimonianza sulle situazioni pericolose in cui si trova ad operare, "calato in un burrone per salvare e soccorrere una donna".

La voce data da Pirani ad alcuni Infermieri permette certamente di rendere più equilibrato il suo raccontare la Sanità; e ciò è positivo.

Ma ... *in cauda venenum*. Non poteva mancare anche la posizione di chi vede altro nelle proteste targate Ipasvi, come il medico anestesista Alessandro Vergallo, secondo cui "i toni usati contro Pirani risuonano come una diapason che vibra non già di contenuti, ma di lesa maestà".

Ecco, il dottor Vergallo non solo ci interpreta per difendere Pirani - che ha saputo ben farlo da sé - ma ci gratifica anche molto: siamo stati promossi a "maestà", a "sovrani" del Servizio sanitario nazionale.

Però, mica poco! 



Gli infermieri e la manifestazione del 27 ottobre. Silvestro: "Noi aderiamo, ma non saremo in piazza"

www.quotidianosanita.it

6

Abbiamo letto e dibattuto con passione, le riflessioni, anche un po' provocatorie, di Ivan Cavicchi sulla possibile assenza degli infermieri alla manifestazione indetta dai medici il 27 ottobre. La nostra adesione politica c'è. Ma senza farci tirare per la giacca da nessuno.

23 OTT - Gentile direttore,

abbiamo letto e dibattuto con passione, le riflessioni – anche un po' provocatorie – di Ivan Cavicchi sulla possibile assenza degli infermieri alla manifestazione indetta dai medici il 27 ottobre.

Cavicchi - e sappiamo non solo lui - chiede e auspica un "gesto politico di adesione alla manifestazione" da parte degli infermieri italiani. Alcuni altri ci evidenziano che il "tirare per la giacca" non è un bel modo per indurci ad aderire alla manifestazione del 27 ottobre.

In realtà non ci facciamo tirare e non ci sentiamo per nulla "tirati per la giacca", sia perché una adesione con modalità nostre l'avevamo già decisa, sia perché ci riteniamo un soggetto politico a cui viene chiesto di esprimersi e che, pertanto, deve esprimersi "politicamente". Il "gesto politico di adesione" - dunque - ci sarà ed in maniera chiara ed inequivocabile: gli oltre 400.000 infermieri di questo Paese condividono i valori fondanti del sistema salute italiano e sostengono con forza il mantenimento di un Servizio Sanitario Nazionale pubblico, universale e solidaristico.

Un sostegno che, fra l'altro, è manifestato e reso concreto ogni giorno con un diuturno lavoro e con un impegno professionale che costituiscono un forte argine al degrado della sanità pubblica italiana; una sanità stremata da anni di decisioni politiche spesso distanti da valori declamati e di scelte organizzative dissennate che, altrettanto spesso, inducono e producono comportamenti che non danno reali risposte ai nuovi bisogni di coloro che chiedono e attendono fiduciosi la dichiarata presa in carico dei loro problemi di salute.

Non c'è indifferenza politica né neutralità da parte nostra ma, anzi, una testimonianza ostinata che si traduce nel credere e nell'agire concretamente dentro progetti e proposte innovative; nel dare corpo con diretta assunzione di responsabilità a cambiamenti che possono rendere sostenibile il sistema nella sua interezza; nel continuare ad impegnarci per l'innovazione e nel continuare a ribadire con insistenza che siamo pronti a discutere con chi ha la volontà – questa sì, volontà politica – di ridefinire ed innovare gli attuali modelli e paradigmi organizzativi e assistenziali che, molte volte, sono obsoleti, costosi, inefficaci e inefficienti.

Non abbiamo remore ad affermare che la nostra testimonianza e ostinazione assume una valenza etica quando si traduce nell'andare a lavorare, nel prendere servizio anche quando non viene – da mesi – percepito lo stipendio; quando i turni di lavoro sono davvero insostenibili e anche se continuano a latitare i riconoscimenti professionali tante volte dichiarati e da anni promessi. Anche noi infermieri viviamo, con tutti gli altri, le conseguenze delle pesanti decisioni assunte da questo e dal precedente Governo: il definanziamento, i tagli ai beni e servizi e agli investimenti.

Viviamo, forse più di altri e con affanno assistenziale, la mancata sostituzione del turn over e di tutte quelle molteplici assenze contrattualmente o giuridicamente dovute che impattano pesantemente sul mantenimento degli standard assistenziali e che chiamano gli infermieri ad una ulteriore responsabilizzazione gestionale e ad un ulteriore e faticoso sforzo professionale: quelle uscite e quelle assenze mai sostituite portano, infatti, a ricollocazioni, mobilità, trasferimenti in luoghi di lavoro distanti dai luoghi di vita, e a tante altre, ancora, difficoltà e criticità.

Abbiamo ben presente che recenti accadimenti economico finanziari e le criticabili scelte organizzativo assistenziali di questi ultimi anni unite alla mortificazione, allo svilimento professionale e alla



perdita di slancio e di “tenuta” degli operatori tutti – e noi potremmo scrivere interi romanzi su questi argomenti – possono indurre a ritenere o a confermare che l’unica via di uscita sia la privatizzazione ed il superamento del Servizio Sanitario Nazionale. Ed è ben per questo che continuiamo ad aderire realmente e quotidianamente ai valori a cui si richiama la manifestazione romana. Sono valori presenti nel nostro Dna di infermieri. Certo sarebbe stato meglio partire da un coinvolgimento e da un invito rivolto a tutta la sanità italiana, a tutte le professioni sanitarie e non, visto che l’impegno non può che essere comune. Ma un obiettivo così importante per l’Italia, affinché il nostro Paese abbia un futuro di civiltà, non può essere svolto da un inizio non coinvolto e non condiviso.

Noi ci siamo e insistentemente ci saremo subito dopo la manifestazione del 27 ottobre per ritrovarci insieme, per pensare e progettare un’innovazione di sistema vera, profonda e condivisa da tutti coloro – professionisti, operatori e cittadini – che vogliono, per l’Italia, un alto livello di civiltà sanitaria e di sanità pubblica.

Il Servizio Sanitario Nazionale e la sanità pubblica, per vivere, hanno bisogno di un profondo cambiamento.

Noi infermieri ci siamo perché siamo il cuore della sanità pubblica di questo Paese 

Annalisa Silvestro

Presidente Federazione Nazionale Collegi Ipasvi

7

notizie in pillole a cura di S. Citterio

TRASFORMAZIONE DEI COLLEGI IPASVI IN ORDINI: NOVITÀ DAL DDL 2935

Sul filo di lana (i tempi parlamentari per l’approvazione sono molto stretti) prosegue l’iter del DDL AS 2935 (Ex Fazio ed Altri, ultimamente rivisto dall’attuale Ministro Balduzzi), relativo a “Sperimentazione clinica e riforma degli ordini delle professioni sanitarie” in discussione nella competente commissione del Senato.

Il nuovo testo del DDL, prevede all’art. 6, un intervento diretto di riordino per il riassetto della normativa vigente risalente alla legge istitutiva degli ordini di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, allo scopo di rendere, in maniera immediata, il sistema più aderente alle esigenze odierne e assicurarne la funzionalità anche nell’interesse dei cittadini utenti. In particolare, si sostituiscono i primi tre Capi del predetto decreto legislativo n. 233 del 1946, indicando che gli Ordini “Promuovono e assicurano l’indipendenza, l’autonomia e la responsabilità dell’esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale delle professioni, la salvaguardia dei principi etici dell’esercizio professionale indicati nei codici deontologici al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva”.

L’articolo, inoltre prosegue trasformando gli attuali collegi delle professioni sanitarie e le rispettive federazioni nazionali in ordini delle medesime professioni e relative federazioni nazionali accorpando in un medesimo ordine professioni tra loro omogenee e compatibili, nonchè la costituzione degli Albi per quelle professioni sanitarie che ne sono sprovviste, così come di seguito riportato:

- a) i collegi e le Federazioni nazionali degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici d’infanzia (IPASVI) in ordini delle professioni infermieristiche e Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche. L’albo delle vigilatrici d’infanzia assume la denominazione di albo degli infermieri pediatrici;
- b) i collegi delle ostetriche/i in ordini professionali delle ostetriche;
- c) i collegi dei tecnici sanitari di radiologia medica in ordini delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

È previsto che la professione di assistente sanitario confluisca nell’ordine di cui alla precedente lettera c), ai sensi dell’articolo 4 della legge 1 febbraio 2006, n. 43. Infine, di dispone che anche a tali professioni sanitarie si applicano le disposizioni del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato, come modificato dal DDL in oggetto.



INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VOLONTARI D'INFANZIA



Comitato n. 29/2012

Prot. P-3945/III.01

PEC: Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi

LORO SEDI

Data: 23 luglio 2012

Oggetto: Nota informativa: Competenze cliniche
Accorpamento SSD Med 45

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

00186 Roma
Via Agostino, 60/66 70
Telefono 06/48202121
Telex 06/48202121
Fax 06/48202121

8

Si richiamano le recenti comunicazioni intercorse in merito a due tematiche su cui vi è particolare attenzione da parte dei Presidenti in indirizzo oltre che dell'intero gruppo professionale:

- Evoluzione delle competenze cliniche dell'infermiere;
- Accorpamento del Settore Scientifico Disciplinare "Med 45" e conseguente impatto sul reclutamento universitario per professori infermieri associati e ordinari.

Competenze cliniche dell'infermiere

Il Comitato centrale persevera nell'impegno per la modifica della Relazione introduttiva, dell'articolato e degli allegati della Bozza di Accordo elaborata dal Tavolo tecnico Ministero-Regioni sulla tematica in argomento.

La partita - già difficile per l'improvvisa diffusione di quanto predisposto dal Tavolo Tecnico summenzionato - si è ulteriormente complicata a seguito della notizia, acquisita da questa Federazione, che la Regione Veneto ha richiesto l'inserimento nella Bozza dell'accordo di cui trattasi di una ulteriore area.

Di tale area, denominata "Area dell'organizzazione aziendale" non si conoscono, ad oggi, i contenuti.

Quest'ultima proposta induce non solo a rilevare che viene reiterato un modus operandi discutibile, ma anche a confermare l'idea che l'obiettivo realmente perseguito non sia quello di definire aggregati di competenze "evolute" nella clinica infermieristica ma quello di risolvere supposti problemi operativi di qualche singola Regione.

I risultati migliorativi fin qui raggiunti ossia:

- l'annullamento dell'ipotesi di accorpamento del profilo dell'infermiere pediatrico con il profilo dell'infermiere,
- la parziale modifica dei contenuti dell'allegato tecnico e suo declassamento al rango di linea guida,
- l'inserimento prospettico del riconoscimento dei CFU e dell'attivazione delle specializzazioni,

vengono ritenuti dal Comitato centrale assolutamente *parziali* e *non* sufficientemente incisivi sulle parti critiche della Bozza di accordo di cui trattasi.

Viene perciò reiterato l'invito ad una forte ed unitaria pressione dei Presidenti in indirizzo nei confronti degli Assessorati regionali di riferimento, a sostegno dell'azione centrale che continua ad essere svolta nei confronti del Ministero e che è stata attivata anche nei confronti di alcune Regioni.

Settore Scientifico Disciplinare "Med 45"

Il Comitato centrale ha in calendario una serie di incontri con diverse Rappresentanze politiche e mantiene attivi i contatti istituzionali con il Ministero della salute e con il MIUR.

Viene fortemente sostenuto e oggettivo che l'accorpamento del settore Med 45 a quello di "Igiene generale e applicata e di statistica medica" produrrà forti criticità sul reclutamento universitario di professori infermieri Associati ed Ordinari ed avrà un impatto fortemente negativo sulla formazione dei nostri futuri professionisti.

Anche su questa tematica viene chiesto un impegno unitario che potrebbe muoversi attraverso il coinvolgimento delle diverse sedi universitarie affinché venga sostenuta l'azione della FNC Ipasvi per il superamento dell'attuale definizione tecnica a favore di più lungimiranti valutazioni di tipo politico.

Cordiali saluti.

La presidente
Annalisa Silvestro



Sviluppo competenze infermieristiche: il contributo del coordinamento dei collegi lombardi

Il Dibattito sulle competenze infermieristiche si è spostato dal tavolo tecnico, che ha concluso i propri lavori, alla Conferenza Stato-Regioni dove dovrebbe essere definito un accordo. In quel contesto sono emerse più posizioni, anche contrarie alla definizione di un siffatto accordo (rif. Agorà n. 50, Edizione speciale sulle Competenze Infermieristiche).

Per questa ragione, il Coordinamento dei Collegi IPASVI della Lombardia ha deciso di trasmettere una nota alle autorità Regionali (Dr. Lucchina, Direttore Generale Sanità) per ribadire alcuni concetti chiave e per cercare una sinergia di azione con la Regione stessa.

Tale strategie si inserisce nella linea di politica professionale definita dal Consiglio Nazionale nel contesto degli incontri straordinari per discutere del tema, di cui vi abbiamo dato conto nel numero precedente della nostra rivista.

In merito all'oggetto, viste le numerose discussioni avvenute all'interno e all'esterno della professione infermieristica e sugli organi di stampa, la maggioranza del Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI, con la presente intende proporre un'analisi critica e propositiva in merito all'evoluzione delle competenze professionali della categoria infermieristica.

La necessità di una rivalutazione e ridefinizione delle competenze infermieristiche, proposta da alcune Regioni, vede probabilmente la sua necessità nelle richieste avanzate di una maggiore definizione degli ambiti di attività degli infermieri, in seguito anche a percorsi sperimentali quali il *see & treet*, *ecodoppler*, *fast track*.

In base alle bozze di documento diffuse negli ultimi tempi, rispetto al lavoro di confronto attuato dal Tavolo tecnico Stato-Regioni, pare evidente la volontà di definire nello specifico attività professionali "avanzate", rischiando talvolta di giungere ad una mera elencazione di atti.

Tale metodica non porta nulla di nuovo all'interno della professione infermieristica e soprattutto al sistema sanitario, visto il già ben definito campo di attività dell'infermiere in base al D.M. 739/94, il Codice Deontologico del 2009 e gli ordinamenti didattici in vigore, come definito dal comma 2 articolo 1 della Legge 26 febbraio 1999 n. 42 *"Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici"*

E' opportuno rilevare che in talune organizzazioni la predominanza di consuetudini, associata alla non chiara distinzione tra atto medico e attività che abitualmente viene svolta da medici e che potrebbe anche essere svolta da altri professionisti, genera delle difficoltà da parte degli infermieri all'assunzione di responsabilità e alla possibilità di attuare nella loro completezza processi assistenziali a favore dell'utente.

Di conseguenza è possibile che anche all'esterno dell'organizzazione, come nel caso del documento qui analizzato, venga ricercata la legittimazione per tali funzioni e attività (anche in termini legali), probabilmente al fine di semplificare le modalità per l'attivazione di percorsi assistenziali "avanzati" e più complessi rispetto a quanto già in essere.

Si cerca quindi di comprendere la necessità espressa dalle Regioni di attivare dei percorsi formativi che portino ad un'evoluzione quantitativa e qualitativa delle competenze professionali, al fine di poter sviluppare l'assistenza infermieristica rispetto a processi che possano garantire al cittadino maggiori servizi e alle organizzazioni sanitarie di poter fornire risposte ai bisogni sempre maggiori, nell'ottica di rendere più efficiente e/o economico il sistema.



La discussione in atto, ha inoltre evidenziato la centralità che la figura infermieristica riveste nell'attuale contesto sanitario. Evidentemente l'infermiere è ritenuto - giustamente - una figura professionale con grandi potenzialità e possibilità di azione su molti processi non solo assistenziali ma anche sanitari in senso più ampio. In questo senso, ciò potrebbe anche corrispondere ad una effettiva maggiore responsabilizzazione dell'infermiere nei diversi processi di cura ed assistenza. Va sottolineato però se tale "valorizzazione", che resta non economica, non sia già realizzata/realizzabile oggi.

Il lavoro del tavolo Ministeriale definisce la **distinzione fra Infermiere Specialista e Infermiere Esperto**. Lo specialista è quello definito dalla legge 43/2006, mentre l'esperto possiede un certificato di competenze "regionali" che potrebbero (e dovrebbero) essere valutati come Crediti Formativi Universitari (CFU) da capitalizzare per percorsi successivi. Tale distinzione, in termini generali ha una sua validità e contiene aspetti potenzialmente positivi, a condizione che siano attivati entrambi contemporaneamente.

In particolare, rispetto all'attivazione di percorsi regionali di infermiere esperto, ribadendo il fatto che la maggioranza delle competenze definite negli allegati della bozza di documento rientrano già nelle attività che gli infermieri sono in grado di svolgere o svolgono abitualmente, andrebbe realmente valutata la necessità della loro creazione, paragonando l'utilità degli stessi alla realizzazione di percorsi di specializzazioni come previsto dalla Legge 43 del 2006.

Quelle che nel documento del Ministero potrebbero essere presentate come "novità", ad esempio la prescrizione di presidi e ausili, la prescrizione farmacologica e di diagnostica minore, la dimissione del paziente, la prescrizione di esami ematochimici e strumentali e l'effettuazione di suture, in realtà sono specificatamente attribuite ad applicazione di linee guida, protocolli o adesione a percorsi clinico assistenziali, tutti predefiniti.

Da questo punto di vista - applicazione di protocolli, linee guida, ecc. - il concetto di novità si riduce in modo significativo, essendo tali metodiche già in uso e riconducibili alla corretta applicazione di procedure diagnostico terapeutiche prescritte dal medico all'interno del processo clinico assistenziale.

Va anche precisato che queste novità rispondono ad esigenze funzionali ai processi di cura e assistenza (non è chiaro perché ad oggi un infermiere non possa prescrivere presidi o ausili finalizzati all'assistenza, o perché per effettuare un ECG o un prelievo ematico serva sempre la prescrizione medica), e resta da chiedersi se per introdurli sia questa l'unica via considerando l'insieme delle criticità che emergono.

Tenendo inoltre presente l'attuale contesto socio economico, si è portati a rilevare anche le eventuali difficoltà di attivazione di due percorsi, rispetto soprattutto alle risorse economiche a disposizione delle regioni.

Per concludere, l'analisi effettuata ci pone nella posizione di rilevare che la risposta più efficace alle necessità espresse dalle Regioni, dal Governo e dal Sistema sanitario, nell'ottica di avanzamento organizzativo e migliore utilizzo delle risorse economiche, possa essere data dall'attivazione dei percorsi di specializzazione.

Tali percorsi permetterebbero l'inserimento nelle organizzazioni di professionisti con competenze avanzate riferibili allo specifico disciplinare infermieristico e quindi responsabili dei processi assistenziali, all'interno dei quali sono previste anche le attività che nel documento sono riferite all'infermiere "esperto", senza entrare nello specifico ambito di competenza medica.

Sarebbe quindi auspicabile una condivisione con Regione Lombardia rispetto alla necessità di allargare il tavolo tecnico al MIUR, visto e considerato che l'accordo è tra le Regioni e il Governo che rappresenta anche il MIUR.

Comprendendo che la volontà di far prevalere le considerazioni qui analizzate, potrebbero richiedere una tempistica maggiore rispetto a quella prevista finora, va anche considerata però l'importante ricaduta dell'argomento in discussione non solo per la professione infermieristica, ma anche per l'intero Sistema Sanitario Nazionale nonché regionale, permettendo a quest'ultimo di rispondere alle richieste di salute della popolazione.

L'attuazione della proposta qui presentata, passa quindi attraverso una visione di rivisitazione della spesa sanitaria e non di semplici tagli.

Investire sugli infermieri attraverso l'attivazione dei percorsi accademici di specializzazione, porrebbe il sistema sanitario di regione Lombardia in un'ottica proiettata verso il prossimo futuro, con l'obiettivo di fornire risposte valide e appropriate ai bisogni di salute sempre più evoluti e complessi della cittadinanza facendo inoltre risparmiare molte risorse al sistema nel suo complesso, come altre Regioni hanno sperimentato.



Nuove sedi corsi di laurea per infermieri: il coordinamento dei collegi interviene

Di seguito pubblichiamo la nota del Coordinamento Regionale IPASVI trasmessa alle autorità Regionali e Universitarie in merito alle contrastanti notizie sull'apertura di nuove sedi per i Corsi per Infermieri.

<p>Sede: Collegio IPASVI di Bergamo Via Rovelli, 45 24123 Bergamo collegio@infermieri.bergamo.it collegio@ipasvi.bergamo.it</p> <p>PRESENTE: Collegio di Bergamo: MAZZOLENI Beatrice VICEPRESIDENTE: Collegio di Mantova: GUANDACIO Andrea SEGRETARIO: Collegio di Varese: FELPPINI Aurelio TESORIERE: Collegio di Cremona: MARSELLA Enrico Collegio di Brescia: SAZZANA Stefano Collegio di Como: OTTERGO Stefano Collegio di Lucco: TENTORI Cristina Collegio di Milano Lodi: Monza Brianza: MUTTIGLIO Giovanni Collegio di Pavia: FRIGNI Enrico Collegio di Sondrio: TRINCA COCCHI Elisabetta</p>	<p>PROT. N. 761/1 BERGAMO, 9 agosto 2012</p> <p>Alte.s.s. Dr. Carlo Lucchini Direttore Generale Sanità Regione Lombardia Carlo.Lucchini@regione.lombardia.it</p> <p>E.p.s. Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Milano Prof. Enrico Declercq declercq@uni.mi.it</p> <p>Magnifico Rettore dell'Università degli Studi Milano Bicocca Prof. Marcello Fontanesi Marcello.Fontanesi@unibocca.it</p> <p>Presidente di Facoltà Medicina e Chirurgia Università Milano Statale Prof. Virgilio Ferrario virgilio.ferrario@unimi.it</p> <p>Presidente di Facoltà Medicina e Chirurgia Università di Milano Bicocca Prof. Andrea Stella andrea.stella@unibocca.it</p> <p>Prof.ssa Paola Franco Università degli Studi di Milano Paola.Franco@unimi.it</p> <p>Prof.ssa Stefania Di Meuro Università degli Studi di Milano Bicocca Stefania.DiMeuro@unibocca.it</p>
--	--

Oggetto: accesso alla formazione infermieristica di base AA 2012-2013.

Nell'attuale contesto socio economico, che vede i professionisti responsabili dell'assistenza impegnati ad operare con efficienza ed efficacia, è innegabile il ruolo centrale svolto dalla professione infermieristica sia nell'organizzazione delle strutture del sistema sanitario regionale che nell'ambito clinico assistenziale, ruolo che, al fine di sostenere l'offerta sanitaria e socio-sanitaria regionale, va necessariamente riconosciuto e valorizzato anche nell'area della formazione accademica.

Rispetto a quest'ultima, con il presente documento, il Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI, in rappresentanza dei 60.000 professionisti operanti in Regione Lombardia, intende esprimere la propria costernazione in merito ai recenti avvenimenti legati ai corsi di Laurea in Infermieristica: inaspettata ci giunge la notizia riguardante la revoca delle autorizzazioni all'apertura di nuove sedi distaccate di Corsi di Laurea in Infermieristica delle Università Milanesi.

Tali nuove sedi, che avrebbero dovuto formare 85 nuovi studenti, perseguendo il modello "campus", legato direttamente ad aziende ospedaliere di eccellenza, avrebbero dovuto e potuto garantire la qualità della formazione e il rapporto stretto tra studente, formatore e assistito.

È utile ricordare che in seguito all'incontro congiunto del mese di aprile, tra Professioni, Università e DG Sanità, le Aziende Sanitarie pubbliche e accreditate interessate a tali attivazioni hanno adeguato, su indicazioni della Regione stessa, strutture (locali, tecnostutture) e organizzazione (corpo docente qualificato) per garantire la qualità del servizio formativo e il rispetto dei requisiti di accreditamento da tempo richiesti da Regione Lombardia nelle convenzioni e ribaditi in ogni sede, sia dagli organi accademici che dalla professione di riferimento.



Nel dettaglio, i dettami contenuti nel protocollo d'intesa tra la Regione Lombardia e Università (DGR 7/20950 del 2005) definiscono i requisiti minimi per l'attivazione dei corsi di laurea sia in termini strutturali che di personale docente (1 tutor ogni 15 studenti).

Attualmente, i numeri di posti disponibili per la formazione infermieristica messi a disposizione dalle singole sedi ad oggi autorizzate, vanno ben oltre questo rapporto; tali sedi devono inoltre garantire le disponibilità offerte dai reparti e dagli assistenti di tirocinio impegnati nel perfezionamento clinico degli studenti.

E' doveroso ricordare che la figura dell'assistente di tirocinio (Infermiere) ha la **responsabilità** di seguire quanto il tirocinante esegue al letto del paziente: pertanto se il rapporto assistente di tirocinio/studenti viene incrementato, è nostra preoccupazione salvaguardare l'utenza rispetto a possibili errori commessi dagli studenti posti in una situazione di apprendimento non protetta.

Solo il rispetto degli standard previsti dalla normativa vigente, permette un livello formativo qualitativamente adeguato, rispetto alle necessità di appropriatezza, sicurezza ed efficacia che un corso di laurea professionalizzante deve garantire a studenti, nonché a futuri professionisti, con dirette ricadute sull'assistenza al cittadino.

Questo Coordinamento, ritenendo pertanto indispensabile perseguire con ogni strumento la qualità della formazione e il rispetto dei requisiti sottoscritti dalle parti, non condivide l'improvvisa e ingiustificata decisione di non apertura delle sedi concordate da tempo, per le quali ricordiamo sono già stati pubblicati i bandi di iscrizione per gli studenti e predisposti strumenti e risorse necessari per la piena operatività delle sedi stesse.

Per altro, si nutrono forti preoccupazioni in merito alle conseguenze di un'eventuale redistribuzione degli 85 posti interessati presso le sedi già esistenti in assenza del necessario adeguamento dei tutor infermieristici assegnati a ciascuna sede.

D'altro canto la grave e cronica carenza di infermieri che, come ogni anno, porta in auge la tematica dei gravi rischi che gli utenti corrono quando l'assistenza viene sottodimensionata in termini quali e quantitativi, non rende neppure ipotizzabile la riduzione di 85 posti per la formazione dei futuri professionisti infermieri.

Siamo certi che Regione Lombardia, prima di esprimere tali scelte avrà valutato tutte le altre variabili presenti presso le sedi formative, quali ad esempio, la contestuale presenza non solo delle nuove matricole, ma anche di ripetenti regolarmente iscritti che hanno l'obbligo di frequentare nuovamente le lezioni per recuperare limiti e lacune sia teoriche che pratiche, aumentando ulteriormente il rapporto studenti/tutor e riducendo quindi l'area sicurezza e qualità.

Senza entrare nel merito delle motivazioni che hanno portato a tali scelte, i rappresentanti della professione, se coinvolti attivamente, avrebbero potuto condividere eventuali criticità, come del resto già avvenuto durante gli incontri per la rilevazione del fabbisogno formativo, al fine di trovare possibili soluzioni alternative.

Siamo pertanto costretti a prendere atto della attuale situazione che, oltre a sottolineare inadempienze verso i requisiti previsti, pone seri interrogativi rispetto alle conseguenze di ulteriore mancanza di posti di formazione, già carenti rispetto alle richieste concordate tra codesto Ordine professionale e Regione Lombardia.

E' fatto pertanto obbligo, nel rispetto delle responsabilità verso i cittadini, i potenziali studenti e i professionisti rappresentati, chiedere un intervento immediato di Regione Lombardia che garantisca il rispetto degli accordi presi e delle indicazioni espresse nei mesi precedenti per l'anno accademico 2012-2013, non solo in termini numerici, ma soprattutto in termini di qualità del processo formativo.

Questo Coordinamento Regionale IPASVI, pur confermando la collaborazione con le istituzioni Accademiche e Regionali, intende effettuare un monitoraggio preciso e puntuale rispetto il futuro delle realtà formative accreditate sul territorio per la professione rappresentata, riservandosi di effettuare le dovute considerazioni e promuovere le eventuali azioni conseguenti, qualora la situazione dovesse perdurare, nella precisa volontà di continuare a fornire al cittadino lombardo un'assistenza di qualità.

Auspucando una rapida risoluzione del problema, nel renderci disponibili ad ulteriori approfondimenti in merito, si porgono cordiali saluti.



La Presidente
Coordinamento Collegi IPASVI
della Regione Lombardia
Beatrice Mazzoleni



Infermieri: finalmente professionisti anche per il fisco

Di Stefano Citterio, Presidente IPASOI Como



L'infermiere può "certificare" le proprie attività professionali? Dal giugno 2012 con il sostegno dell'Agenzia delle Entrate e del Ministero della Salute, la risposta non può che essere "SÌ".

La risposta affermativa qualifica (se mai fosse ancora necessario) l'attività infermieristica come una attività professionale a tutti gli effetti, anche quelli fiscali.

Infatti, l'agenzia delle entrate, con la circolare n. 19/E del 1 giugno 2012, ha modificato un precedente orientamento (del luglio 2010) per il quale potevano essere poste in detrazione solo le prestazioni prescritte da un medico anche se effettuate da altro personale sanitario.

Con la nuova circolare si ritiene che possano essere ammesse alla detrazione d'imposta di cui all'articolo 15, comma 1, lettera c), del TUIR le spese sostenute per le prestazioni sanitarie rese alla persona dalle figure professionali elencate nel decreto ministeriale 29 marzo 2001, anche senza una specifica prescrizione medica. Ai fini della detrazione, dal **documento di certificazione** del corrispettivo rilasciato dal professionista sanitario dovranno risultare la relativa figura profes-



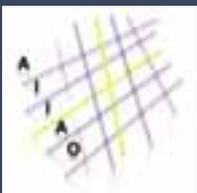
sionale e la descrizione della prestazione sanitaria resa. Il nuovo parere è stato formulato interpellando il Ministero della Salute che, sul punto, ha osservato che i decreti istitutivi delle figure professionali individuate dall'art. 3 del dal DM 29 marzo 2001 (tra le quali l'infermiere) non sempre subordinano l'erogazione della prestazione alla prescrizione medica e che, per poter stabilire se una determinata attività professionale è soggetta o meno a prescrizione medica, occorre far riferimento al relativo profilo professionale. **Il Ministero ha fatto presente, altresì, che l'evoluzione delle professioni sanitarie ha portato ad una progressiva autonomia ed assunzione di responsabilità**

dirette dei professionisti e che la natura sanitaria di una prestazione non può essere definita sulla base del fatto che la stessa sia erogata a seguito di una prescrizione medica.

Tale circolare ha delle ripercussioni interessanti per la nostra professione soprattutto per quanto attiene al "potere certificativo" tradizionalmente riservato alla professione medica che, invece, diventa bagaglio specifico di tutte le professioni sanitarie 

13

AIIAO - SI È COSTITUITA L'ASSOCIAZIONE ITALIANA INFERMIERI AREA ONCOLOGICA



L'associazione è finalizzata a promuovere la cultura dell'assistenza infermieristica con particolare interesse al settore oncologico.

Per conseguire tali obiettivi è fortemente proiettata ad interagire con persone, Enti, Associazioni e Istituzioni impegnate nella prevenzione cura e assistenza delle persone con malattie oncologiche.

L'associazione si propone come finalità la promozione dell'eccellenza qualitativa dell'assistenza al malato oncologico con la prospettiva di introdurre profondi cambiamenti e significative innovazioni nello spirito di un' integrazione multidisciplinare che possa contribuire allo sviluppo anche della ricerca e dell'aggiornamento continuo.

Presidente Prof.ssa Laura Rasero

Sede: c/o CRQ Centro Ricerche Qualità, C.so Torino, 35/13 scala B - 16129 Genova

Tel 010.5959579 Fax 010.8540244



Abolizione tariffario per le professioni regolamentate

A cura di *Inf. Marino Giro - Tesoriere*

14

L'art. 9, d.lgs. n. 1/2012 (meglio noto come decreto delle liberalizzazioni o 'Cresci-Italia') ha abrogato le tariffe professionali, abrogazione finalizzata, nell'intenzione del legislatore, ad una migliore concorrenza tra i professionisti, nell'ottica di tutelare economicamente i consumatori specialmente nella determinazione dei compensi dovuti al professionista.

il Tribunale di Cosenza, con l'ordinanza del 1° febbraio 2012, ha rimesso alla Corte Costituzionale la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9, d.l. 24 gennaio 2012, n. 1, non ancora convertito in legge, specialmente (ma non esclusivamente) nella parte in cui, dopo aver abrogato le tariffe professionali, nulla ha disposto in ordine alla liquidazione giudiziale dei compensi, per il periodo transitorio nelle more dell'approvazione di nuove tariffe da parte del Ministero vigilante la specifica professione.

Si ricorda che lo scardinamento del sistema tariffario, infatti, era già stato realizzato con l'abolizione della sua obbligatorietà, quanto ai minimi, abolizione risalente ormai ad oltre cinque anni fa (con il d.l. "Bersani", del 4 luglio 2006, n. 223, convertito in l. 4 agosto 2006, n. 248).

Pubblico il testo della conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, votato positivamente dal SENATO, limitatamente al nuovo art.9 sulle DISPOSIZIONI SULLE PROFESSIONI REGOLAMENTATE, il quale ha confermato l'abrogazione delle tariffe professionali, lasciando sostanzialmente invariato il precedente schema con l'unica sostanziale modifica determinata dalla

eliminazione del preventivo obbligatorio scritto il quale diventa un preventivo di massima.

La norma è stata così rivista

Nel caso di liquidazione da parte di un organo giurisdizionale, il compenso del professionista sarà determinato con riferimento a parametri futuri che verranno stabiliti con decreto del ministro vigilante entro 120 giorni.

Il compenso per le prestazioni professionali sarà pattuito al momento del conferimento dell'incarico professionale

Il professionista dovrà rendere noto al cliente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico.

La misura del compenso dovrà essere adeguata all'importanza dell'opera e andrà pattuita indicando per le singole prestazioni tutte le voci di costo, comprensive di spese, oneri e contributi.

Il professionista dovrà sempre e comunque indicare i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale.

È stato introdotto il regime transitorio per il quale le tariffe vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto continuano ad applicarsi, limitatamente alla liquidazione delle spese giudiziali, finché non verrà emesso il decreto ministeriale.

In ogni caso la norma transitoria perderà efficacia oltre il centovesimo giorno dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto 

www.ipasvicomo.it



FORUM ECM

Quarta Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina

15 / 16 Ottobre 2012 Villa Erba - Cernobbio (Como)

A cura di Paola Pozzi - Vice presidente

È tornato puntuale anche quest'anno l'appuntamento di Cernobbio per il mondo dell'educazione continua in medicina.

La quarta Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina, si è tenuta il 15 ed il 16 ottobre 2012 presso il centro congressuale Villa Erba di Cernobbio (Como) sotto la direzione scientifica della Commissione Nazionale per la Formazione Continua e del Ministero della Salute ed in collaborazione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). In questa occasione è stato fatto l'annuale punto sullo Stato dell'Arte del Programma nazionale ECM e sono state presentate le più importanti novità.

L'evento si è tenuto a pochi mesi dall'Accordo Stato-Regioni che ha regolato diverse materie ed ha rappresentato un ulteriore passo verso il consolidamento di organi, procedure e strumenti del nuovo Sistema ECM, assicurando maggiori certezze all'intero settore che conta ormai oltre mille Provider accreditati al nuovo Programma ECM ed altre centinaia accreditati ai sistemi regionali già avviati.

Varie le tematiche del Programma congressuale di quest'anno i risultati della sperimentazione del Dossier Formativo, il nuovo Bando per la sperimentazione di metodologie innovative nella formazione in Sanità, i Manuali di accreditamento, l'Albo nazionale dei Provider, il ruolo dei Provider nella qualità della formazione, la procedura di verifica dei requisiti con i primi Provider Standard e la Certificazione dei crediti.

Fin dalla sua prima edizione, la Conferenza non si è limitata ad essere momento di dibattito, ma si è

anche proposta come luogo di incontro e confronto tra tutti gli attori della formazione continua.

Lo ha fatto anche quest'anno con la Cittadella della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, cuore nevralgico della Conferenza; in uno spazio attiguo alla Cittadella, gli Organi di supporto alla Commissione nazionale nel governo del Sistema ECM, le migliori realtà della formazione in Sanità e l'eccellenza in termini di prodotti e servizi a supporto della formazione.

Sul tema sanzioni, avevamo ricevuto le prime informazioni il 13 agosto, data entro cui secondo il decreto "Salva Italia" (art. 33 del D.Lgs. n.214 del 22/12/2011), si doveva stabilire cosa sarebbe accaduto al professionista non in regola con l'accREDITAMENTO ECM. Tale data non era stata rispettata ma l'appuntamento era stato prorogato a Cernobbio in occasione della Conferenza.

Il ministro Balduzzi, impossibilitato a partecipare, ha inviato un videomessaggio in cui, oltre agli auguri ai partecipanti, ha dichiarato che l'aspettativa degli operatori del settore circa le possibili sanzioni per chi non si aggiorna, troverà una soluzione che faccia leva più sugli incentivi che sulle sanzioni.

Per quel che concerne il mondo della FAD ECM, invece, si è focalizzata l'attenzione sulla crescita di tale metodologia nell'ambito del mondo ECM ma, soprattutto, si è evidenziato il fatto che per garantire una formazione di qualità è indispensabile affiancare la formazione a distanza alla formazione in presenza e sul campo.



Tra le varie metodologie formative la formazione a distanza sta acquistando sempre più terreno, non solo per i vantaggi dati al Professionista: facile fruibilità, assenza di interferenza con la normale attività lavorativa e costi ridotti, ma anche per quelli dati al Provider che, grazie a questo modello formativo, è in grado di raggiungere un vasto pubblico. La FAD quindi in un certo senso potrebbe considerarsi "il gioiello tecnologico" della formazione continua, soprattutto perché è in grado di sofferire a quelle realtà dove territorialmente i programmi formativi sono più carenti.

In plenaria e nelle sessioni si sono alternati ben 55 relatori. La situazione attuale dell'Ecm e le prospettive sono state sviscerate da tutti i punti di vista. Ma per dare un'idea della sintesi del tutto ecco alcuni concetti espressi da Maria Linetti, segretario della Commissione Ecm, che ha spiegato, anche dal punto di vista tecnico-procedurale, il lavoro svolto per l'accertamento della qualità dei processi formativi e dei provider. Ci sono situazioni che rientrano nella normalità e altre che presentano delle criticità di varia natura, magari anche di tipo documentale. Ma tutto è sotto monitoraggio e pochi sono provider privati in regola. "Va ribadito che tutti i provider devono badare al processo formativo ma anche ai contenuti". Secondo Maria Linetti, "la qualità della professione è ancora più importante laddove il servizio sanitario presenta maggiori criticità". Scendendo più sui particolari, ha poi affermato che esiste una situazione disomogenea nelle regioni: "Dev'essere chiaro - ha detto - che la qualità si sovrappone al dossier formativo: alcune aziende stanno procedendo bene, altre appena sanno che cos'è l'Ecm. Passaggio fondamentale è che Ordini, Collegi e Associazioni di professionisti certificano il sistema Ecm". Ha poi ricordato la data del 31 ottobre, entro la quale ciascun provider deve presentare il proprio piano formativo, che vuol dire programmazione. La Commissione nazionale certifica l'offerta formativa per l'anno successivo. "La programmazione - ha precisato - deve tenere conto degli obiettivi formativi e dell'appropriatezza e per Ordini, Collegi e Associazioni stiamo predisponendo una piattaforma informatica che aiuterà tutti".

"Nonostante l'importante richiesta di accreditamento per la formazione a distanza, tale modello formativo non ha dato quei risultati che ci si aspettava. In realtà la Commissione ha riscontrato che l'incidenza di chi si aggiorna attraverso la FAD non è poi così significativa. Una possibile spiegazione può essere legata al particolare contesto su cui va

ad incidere la formazione a distanza. Se noi valutassimo la FAD come metodo formativo nel Sistema Bancario, rileveremmo immediatamente che in questo sistema produce un'efficacia pari a dieci, laddove dieci è il punteggio massimo. Perché? Perché sono sistemi informatici, contabili e di processo che facilmente vengono utilizzati con la formazione a distanza. Il nostro è un Sistema Sanitario che non può accontentarsi di un apprendimento individuale e basato su sistemi tecnologici, ma deve anche passare al "Saper Fare".

Quindi la FAD in via autonoma non ce la farà sempre a soddisfare l'esigenza di aggiornamento, a meno che non sia combinata, in formula Blended, con altre metodologie formative ad esempio con la formazione sul campo. Solo allora sarà, a mio avviso, molto più efficace e più frequentata".

La Conferenza ha comunque trattato diversi temi interessanti focalizzando la propria attenzione sulla qualità.

Le novità di maggior rilievo riguardano la creazione di un Albo dei provider, sia nazionale che regionale, la nascita dell'Osservatorio, un ente costituito da professionisti qualificati che avranno il compito di verificare il possesso dei titoli dichiarati da parte dei provider e, ovviamente, verificare il livello di qualità della formazione. Inoltre si prevede la messa a punto del cosiddetto dossier formativo, uno strumento con lo scopo di indirizzare l'offerta formativa del professionista che rilevando le proprie carenze, metterà in condizione il provider di proporre corsi che possano rispondere ai fabbisogni formativi.

Anche quest'anno la Federazione Nazionale ha chiesto la collaborazione dei Collegi di Como e Varese per presidiare lo Stand IPASVI.

Ed ecco i nostri consiglieri con la Presidente Nazionale, Dott.ssa Annalisa Silvestro 



Il ruolo degli infermieri nella definizione delle politiche sanitarie.

Incontro con Stephanie Ferguson

Lo scorso 23 ottobre a Milano nella prestigiosa sede del Circolo della stampa si è svolto l'incontro con Stephanie L. Ferguson per mettere a tema il ruolo degli infermieri nella definizione delle politiche sanitarie, in continuità con l'analoga iniziativa del settembre 2009, quando con Susan Gordon si era discusso sul "Perché gli infermieri rimangono invisibili?".

Dopo le brillanti relazioni introduttive di Cecilia Sironi, Presidente CNAI (cui va il ringraziamento per aver avuto l'idea di invitare S. Ferguson in Italia) e di Beatrice Mazzoleni, Presidente Coordinamento Regionale IPASVI che hanno inquadrato la situazione italiana e Regionale, la parola è passata all'invitata d'onore.

Gli obiettivi dell'incontro erano quelli di:

1. Valutare le implicazioni dell'assenza degli infermieri nelle politiche sanitarie.
2. Sottolineare i motivi per cui è necessario che gli infermieri influenzino le politiche sanitarie
3. Passare in rassegna i diversi modi in cui è possibile influenzare le politiche sanitarie.
4. Condividere le strategie, le esperienze e alcuni dei risultati ottenuti dall'ICN.

Ferguson ha sottolineato come l'assenza degli infermieri dalle politiche sanitarie può ostacolare l'efficacia, limitare i team sanitari e ridurre la qualità delle prestazioni. Gli studi suggeriscono che gli infermieri possono sprecare tempo ed energia nel tentativo di risolvere problemi non strettamente assistenziali. L'osservazione di 600 infermieri ospedalieri ha dimostrato che essi risolvono problemi tutto il giorno, ogni giorno dell'anno (es. mancanza di lenzuola, guanti, siringhe, istruzioni mediche poco chiare) ma raramente gli infermieri intervengono per risolvere le ragioni profonde di un problema e non esiste un meccanismo all'interno dell'organizzazione che permette di imparare dagli errori. Spesso il Management sottovaluta questi problemi che ritiene di secondo piano, lasciando soli gli infermieri.

I Cambiamenti demografici nella società e maggiori aspettative nei confronti dei servizi pubblici da parte degli italiani, le risorse economiche limitate devono far comprendere che gli infermieri rappresentano un tassello importante della soluzione ai numerosi problemi che i governi devono affrontare, anche in Italia.

Gli infermieri devono e possono/devono intervenire sulla definizione delle politiche sanitarie perché:

- Sono più vicini ai pazienti e alle loro famiglie
- Rappresentano la più ampia componente degli erogatori di assistenza sanitaria



17

- Comprendono le necessità e i problemi legati alle condizioni sanitarie dei pazienti
- Interagiscono con i clienti nei diversi ambiti
- Possiedono competenze e capacità molto varie e sono versatili
- Conoscono quale sia l'impatto dei determinanti sociali sulla salute.
- Sanno come i clienti rispondono alle diverse strategie e ai diversi servizi
- Conoscono il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie
- Sanno come gestire momenti complessi legati alla vita e alla morte.
- Possono contribuire a veicolare il giusto messaggio ai responsabili delle politiche.
- Gli infermieri non hanno fino ad ora svolto, o non hanno avuto la possibilità di partecipare, al processo di elaborazione delle politiche.

Nonostante tutte queste ragioni è evidente che gli infermieri rimangono invisibili nei processi decisionali più rilevanti. Alcune delle ragioni possono essere ricondotte a:

- Immagine della professione infermieristica.
- Immagine che gli infermieri hanno di se stessi.
- Conflitti con il ruolo della donna.
- Difficoltà nel descrivere il valore dell'assistenza e della professione infermieristica.
- Mancanza di capacità di essere strategici e di un vero approccio politico;
- Poca visibilità.



Le strategie che Ferguson ha suggerito per sviluppare politiche sanitarie efficaci e che prevedano il coinvolgimento degli Infermieri sono:

1. Fare azione di lobby su governo e enti vicini alle politiche.
2. Fare in modo che le istituzioni Infermieristiche (Collegio o Associazioni) siano percepite come una risorsa di grande esperienza.
3. Intervenire su questioni legate alla sanità e all'ambito pubblico.
4. Dare vita ad alleanze strategiche.
5. Fare in modo che il punto di vista degli Infermieri sia esposto in modo chiaro e professionale.
6. Sviluppare una posizione unitaria tra le diverse Istituzioni/associazioni infermieristiche, almeno su alcuni temi o obiettivi comuni.
7. Formare gli iscritti
8. Informare i rappresentanti degli infermieri.
9. Preparare le generazioni più giovani di infermieri a questo ruolo.
10. Stabilire relazioni costruttive con personalità influenti.

L'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA), ha più volte riconosciuto l'importanza degli infermieri. La WHA ha approvato numerose risoluzioni che sottolineano la necessità di rafforzare la presenza di infermieri ed ostetriche:

- Rafforzamento della professione Infermieristica e Ostetrica - WHA59.27; (2006)
- Rapido aumento della Formazione di Operatori Sanitari - WHA59.23; (2006)
- Rafforzamento della professione Infermieristica e Ostetrica - WHA54.12; (2001)
- Rafforzamento della professione Infermieristica e Ostetrica - WHA49.1; (1996)
- Rafforzamento della Professione Infermieristica e Ostetrica a supporto delle Strategie per la Salute di tutti - WHA45.5 (1992)
- La risoluzione del 2006 WHA 59.27 impone la stesura di rapporti sui progressi realizzati per l'anno 2008 e 2010.
- Un rapporto sullo stato del progetto relativo alla professione infermieristica e ostetrica è stato presentato

alla 63esima riunione della WHA nel Maggio del 2010.

- Nel 2011 Infermieri e Ostetriche sono stati aggiunti nei programmi di rafforzamento del sistema sanitario WHA 64.7

CHI È STEPHANIE FERGUSON



STEPHANIE FERGUSON, Professore in Scienze infermieristiche e Politiche sanitarie, Direttore del programma Leadership for Change del Consiglio internazionale degli Infermieri (ICN); Consulente dell'Organizzazione mondiale della Sanità, Ginevra. Nel 1996/97, collaborò alla Casa Bianca in qualità di White House Fellow, lavorando con il Segretario Donna E. Shalala al Dipartimento sanitario e dei servizi alla persona statunitense (US Department of Health and Human Services)

Ferguson ha anche sottolineato il ruolo strategico dell'ICN e ha evidenziato alcune azioni intraprese:

- Azioni di pressione presso l'OMS per invertire l'attuale tendenza verso la progressiva riduzione del numero di infermieri.
- Pubblicazione del documento: "A che punto si trovano gli infermieri nell'agenda della OMS?" (2010 WHA)
- Emissione del comunicato stampa: "Chi sono gli assenti dall'OMS?" in riferimento a cosa minaccia il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e i programmi prioritari dell'OMS (2011 CNR di Malta)
- Aggiornamento del documento: Going, Going, Gone! (2012)
- Invio della lettera del Presidente ICN al Direttore Generale della OMS
- Incontro fra il Presidente e il CEO ICN con i vertici della OMS
- Lettere sui temi principali e sui valori della professione infermieristica

- Presenza durante riunioni nelle quali sono discussi i temi legati alla professione, e sono finalizzate risoluzioni e documenti, ecc.
- Utilizzo dei rapporti ufficiali esistenti con la OMS per inviare nutrite delegazioni alla WHA.
- Interventi presso l'OMS.
- Attività con e attraverso i paesi membri per esercitare pressione sui governi presenti nella WHA.

L'unica nota negativa della giornata è stata che i previsti interventi dei rappresentanti Regionali che avevano dato la loro disponibilità non sono potuti avvenire vista la coincidenza della giornata con il cambio di Giunta Regionale.

Sia il Presidente Formigoni, il dott. Melazzini e l'assessore Boscagli hanno trasmesso delle note di sostegno all'iniziativa 

CINQUE FATTORI CHIAVE PER ALLEANZE E PARTNERSHIP DI SUCCESSO NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA:

- Essere visibili
- Dimostrare di avere qualcosa da offrire
- Essere valutati come un partner che vale la pena avere
- Condividere obiettivi comuni con i partner con i quali si collabora
- Dimostrare in maniera chiara i vantaggi di una collaborazione



Gli infermieri sono stanchi di essere invisibili

Osservazioni al Decreto Balduzzi e dintorni

Ottobre 2012: Il decreto Balduzzi, per cominciare, che la presidente Silvestro (fresca reduce da un incontro proprio con il ministro della Salute) ha definito "deludente non solo da parte degli infermieri, ma anche delle altre categorie professionali. Ben altre erano le aspettative, anche alla luce di certe prese di posizione a seguito di eventi legati ai Pronto Soccorso e a certe dichiarazioni del ministro".

Secondo la presidente della Federazione dei Collegi infermieri, infatti, nel provvedimento "si reitera una serie di intenzioni per cercare di dare una spinta positiva al sistema, ma senza poi adottare concrete misure coerenti". Pressoché impossibile, perciò, per Silvestro, che possa decollare l'assistenza territoriale, uno degli obiettivi dichiarati del decreto. "L'articolo 1 è quello che ci ha più profondamente deluso", ha affermato Silvestro, "perché come si fa a parlare di cure primarie considerando solo la figura del medico?".

Per la presidente Ipasvi "si continua a ragionare secondo schemi mentali e culturali vecchi che vedono il medico come figura unica, in grado di dare risposte ai cittadini, dimenticando o sottovalutando che soltanto con un'azione integrata, medico, infermiere ed altre professioni sanitarie, si possono raggiungere gli obiettivi". Insomma, non si ha il coraggio di superare paradigmi organizzativi ormai desueti e inefficaci. Così si continua a mantenere 'invisibile' - e come si fa a non pensare 'volutamente' - la figura dell'infermiere che invece, ha affermato con forza Silvestro, "è fortemente rilevante nel sistema".

"La questione, comunque, è stata argomento dell'incontro con il ministro, che si è impegnato in proposito".

"La cosa migliore - secondo Silvestro - sarebbe riscrivere completamente l'intero articolo 1 del decreto (successivamente rivisto con l'indicazione esplicita degli infermieri tra le professioni coinvolte nel riordino dell'assistenza primaria n.d.r.).

Altro punto dolente: l'andamento del tavolo tecnico del ministero della Salute. "La nostra professione - ha spiegato Silvestro - è stata coinvolta in ritardo dal tavolo tecnico e il lavoro fatto fino ad allora è stato molto deludente, con l'elaborazione di una bozza di documento non condivisibile".

E con riferimento al contestato "nuovo mansionario" contenuto nel documento e fortemente criticato dai sindacati di categoria, la presidente della Federazione Ipasvi ha precisato: "Non c'è bisogno di una elencazione di quello che l'infermiere può o non può fare, quanto piuttosto del riconoscimento delle competenze già agite e di uno sviluppo verso competenze specialistiche".

Il metodo di lavoro, quindi, "va modificato: non si può minimizzare a qualche colloquio il contributo della professione infermieristica che, fra l'altro, deve essere valorizzata anche dal punto di vista economico". La richiesta, perciò, è che il documento abbozzato al tavolo tecnico venga ridiscusso in una prospettiva che veda sia il ministero sia le Regioni riconoscere la necessità del coinvolgimento della Federazione Ipasvi e la necessità di una riflessione anche contrattuale sul ruolo e funzioni degli infermieri.

Ruolo e funzioni che tendono ad ampliarsi sempre più, tanto da far temere alla classe medica di perdere le proprie prerogative. Ma gli infermieri, ha rilevato Silvestro, "operano sostanzialmente in due grandi aree: una collaborativa con il medico, che è quella più conosciuta; l'altra in cui l'infermiere si esprime autonomamente ed in cui si stanno approfondendo e ampliando le competenze specifiche: la rilevazione dei bisogni del paziente, le modalità migliori di risposta, il counseling, il supporto, la continuità delle cure. Nessuna 'invasione di campo', dunque".

Tutto questo, ha sottolineato la presidente Ipasvi, "è conseguente all'upgrading formativo e richiede un ulteriore impegno nella formazione che attualmente soffre di 'incrostazioni' determinate da vecchi schemi culturali: è ora, invece, che anche alla formazione dell'infermiere venga riconosciuta una specificità che non può essere confusa - né, tanto meno, subordinata con quella medica. Ed è per questo che, anche a livello accademico, è indispensabile che aumenti significativamente il numero di professori infermieri".

Proprio in questa logica, per un contributo importante al percorso di crescita culturale della professione, la Federazione - ha preannunciato la presidente - garantirà l'accesso gratuito per tutti i 420



mila infermieri a Ebsco/Cinahl, il database che raccoglie la maggior parte della letteratura scientifica infermieristica internazionale.

Uno sguardo, infine, alle situazioni di crisi che si sono determinate in diverse strutture sanitarie del Paese. "Nessuna intenzione di 'invadere' competenze proprie del sindacato e grande rispetto per la diversità dei ruoli delle rappresentanze sindacali e professionali. Ma la situazione - ha rilevato Silvestro - si va facendo sempre più difficile,

pesante, drammatica in una logica di 'tagli lineari' che sta determinando grandi sofferenze e, in taluni casi, anche rabbia per come le diverse criticità vengono gestite". La Federazione, ha garantito Silvestro, "vigilerà su queste situazioni e, se e quando necessario, interverrà". Non tanto nei singoli e specifici aspetti, quanto, ha precisato infine Silvestro, "per sostenere interventi che siano rispettosi della tutela sia dei pazienti sia della professionalità degli infermieri coinvolti" 



Dopo la revisione del Decreto Balduzzi, ecco il nuovo parere della Federazione IPASVI

Bene" commenta la Presidente Silvestro nel leggere la nuova stesura dell'articolo 1 del Decreto Sanità dopo le modifiche apportate al testo elaborato dal ministro della Salute, Renato Balduzzi, che parlando di cure primarie e aggregazioni multi professionali, dimenticava di citare gli infermieri.

Dall'Ipasvi viene "apprezzata", in particolare, proprio l'indicazione esplicita degli infermieri tra le professioni coinvolte nel riordino dell'assistenza primaria. "Il ministro della Salute ha mantenuto la promessa fatta nell'incontro avuto nei giorni scorsi con la Presidente della Fnc Ipasvi", commenta una nota della Federazione.

"Si tratta - prosegue la presidente Silvestro - di un primo passo per rendere visibile la figura dell'infermiere; un passo di cui apprezziamo il valore. Ora il riordino dell'assistenza primaria, delineata nell'articolo 1 del decreto, dovrà passare alla fase applicativa: verranno definite le modalità e i modelli organizzativi di riferimento. In tale fase - che vedrà il coinvolgimento delle Regioni - la Federazione e i Coordinamenti regionali Ipasvi dovranno impegnarsi in un'attenta e vigile colla-

borazione, basata sulla esigenza di valorizzare il rilevante apporto e contributo che gli infermieri garantiscono all'assistenza primaria".

Non c'è però solo il Decreto Balduzzi. "Ci preoccupa molto - continua Silvestro - la prospettiva dei nuovi tagli alla sanità introdotta con la legge di stabilità. Un ulteriore taglio manderebbe il sistema ancora più in affanno e, alla lunga potrebbe mettere in discussione la sopravvivenza del Ssn. Abbiamo e garantiamo un'assistenza di buon livello anche grazie all'impegno di tutto il personale sanitario e in primo luogo degli infermieri, ma esiste un limite che non può essere valicato".

Non viene inoltre sottovalutata "la criticità di impatto che potrebbe conseguire agli interventi sulla mobilità del personale e sulla Legge 104; disagi forti per una logistica impegnativa sulla quotidianità di vita e difficoltà ancora più marcate, anche economicamente, per l'assistenza a figure parentali portatrici di handicap diverse da coniuge e figli". "Oggi - commenta Silvestro - il nostro impegno è quello di continuare a proporre in tutte le sedi competenti le esigenze della professione, che coincidono con l'interesse dei nostri assistiti" 





Dalla parte del bambino

Nasce il manuale qualità e sicurezza dei punti nascita

Giovanna Colombo Infermiera Terapia Intensiva Neonatale
Azienda Ospedaliera S. Anna Como

Il prossimo 5 dicembre verrà presentato al Senato della Repubblica il **"Manuale sulla qualità e sicurezza dei punti nascita"**. Si tratta di uno strumento nato dalla progettualità di un gruppo di professionisti rappresentanti le diverse società scientifiche che operano all'interno dei punti nascita in Italia e coordinati da un neonatologo, dottor Rinaldo Zanini rappresentante della SIN (Società Italiana di Neonatologia).

Anche la Federazione Nazionale Collegi IPASVI ha incaricato alcuni colleghi, infermieri pediatrici e infermieri generalisti con esperienza in ambito neonatale che operano nei punti nascita, di collaborare alla stesura del manuale per quanto attiene l'area di assistenza specifica del neonato e della sua famiglia. I professionisti coinvolti nella stesura del manuale, sono, oltre agli infermieri, ostetriche, ginecologi, neonatologi, pediatri, perinatologi, anestesisti ostetrici e diverse associazioni di cittadini utenti.

Il progetto ha visto impegnati i vari professionisti per circa due anni; la struttura del manuale è stata definita sulla base di quello preesistente e già conosciuto e sperimentato in alcune Aziende Ospedaliere di **Joint Commission International** per definire quali standard e indicatori potessero essere declinati nelle aree specifiche della sala parto e neonatologia. Ciascun capitolo è stato discusso in sedute che si sono tenute a Roma presso la sede di **Agenas**. L'Agenzia è del Ministero della Salute, ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il

Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale.

L'Agenzia svolge la sua attività in stretta collaborazione con il Ministero della Salute e con le Regioni sulla base degli indirizzi della Conferenza Stato-Regioni Unificata². Durante le sedute i rappresentanti di ciascuna società scientifica e associazione hanno potuto dare il loro contribu-

to in termini di proposte e discussioni. Il manuale ha come scopo quello di **garantire prestazioni sicure nei punti nascita**. Indubbiamente la richiesta di certificazione, che è su base volontaria del singolo punto nascita, favorisce la riflessione dei diversi professionisti, in base ai singoli profili e responsabilità, sul loro operato e porta ad uniformare i comportamenti all'interno dei vari punti nascita, cercando di modificare quelli legati a consuetudini e stimolare al cambiamento.

Una leva importantissima che può e deve spingere gli operatori a cambiare viene anche dal contributo che le associazioni di cittadini hanno dato nella discussione e progettazione del manuale e che, è auspicabile, daranno nella fase di attuazione. Spesso tutti gli operatori e anche noi infermieri ci poniamo nei confronti dei cittadini-assistiti con un atteggiamento difensivo che porta solamente a rendere il patto assistenziale più difficilmente attuabile oltre che poco deontologicamente corretto. La ricerca invece, dovrebbe essere quella di un'alleanza al fine di favorire il benessere della diade madre neonato e famiglia e garantire sicu-



rezza, efficacia ed efficienza. Nella realtà italiana, l'evento parto, ha ancora, in alcune realtà, risvolti di insicurezza che devono essere eliminate.

Al gruppo di lavoro multidisciplinare è stato dato il nome di **GINS (Gruppo Italiano Nascita Sicura)**. Il manuale che questo gruppo ha elaborato declina in ciascun capitolo gli standard e gli indicatori che permettono di definire e misurare la qualità sia erogata dai professionisti che percepita dagli assistiti che deve essere tradotta nella ricerca al miglioramento al fine di ridurre i rischi al minimo possibile. Gli infermieri, come gli altri operatori del punto nascita che aderiranno alla certificazione, si devono impegnare, a diversi livelli, a seconda del loro ruolo, innanzitutto a **definire le procedure** da attuare che siano supportate da prove di efficacia documentate e **dichiarare le linee-guida** di riferimento emesse da società scientifiche.

A questo proposito, è stata data l'opportunità al gruppo di lavoro di partecipare ad un evento formativo sull'utilizzo della **GRIGLIA AGREE³**, strumento validato per valutare le linee guida emesse dalle società scientifiche. In seguito devono essere evidenti l'adesione e condivisione di tutti gli operatori di quanto dichiarato nei documenti scritti, non in modo formale, ma traducendolo nell'attuazione dell'assistenza quotidiana. Il vero cambiamento sta nel superamento del processo di certificazione solo come un processo che coinvolge non pochi professionisti, infermieri, estensori dei documenti scritti e dichiarati e i referenti dello staff qualità, ma anche nell'individuazione di un insieme di strumenti utili per lavorare meglio, nell'attinenza agli stessi, nell'erogazione delle cure e dell'assistenza agli assistiti.

Un altro punto cardine individuato nel manuale è costituito dalla presentazione a tutti gli operatori del punto nascita dei documenti e dalla sistematica **discussione e revisione dei dati** clinico-assistenziali relativi al punto nascita e dal confronto dei dati ottenuti dal proprio centro con quelli a disposizione di organismi internazionali preposti a

tale attività. Per citare un esempio si potrebbe, sull'analisi dei dati raccolti, fotografare lo stato dell'arte rispetto la prevenzione dell'ipotermia nel neonato in sala parto e compararlo con i dati esistenti a livello nazionale e internazionale, attuando, se necessita comportamenti correttivi.

Per continuare è stata data molta attenzione, nel manuale, alla **formazione** di tutte le figure professionali che operano nel punto nascita e alla documentazione della formazione ottenuta, come criterio per individuare caratteristiche di sicurezza alle prestazioni, anche infermieristiche che il punto nascita eroga a mamme, neonati e famiglie. Un altro punto di forza del manuale è rappresentato dall'**attenzione data alla documentazione sanitaria** non solo come strumento di tutela degli esercenti le professioni sanitarie, quindi anche degli infermieri, ma come uno documento che appartiene alla diade mamma-neonato con una chiara esplicitazione delle prestazioni sanitarie ricevute. **Il processo di certificazione prevede, oltre all'analisi della documentazione** del punto nascita, **l'intervista con gli operatori, e con una mamma** per verificare l'attinenza a quanto dichiarato.

Sulla base dei risultati ottenuti va attivata una discussione e individuata una serie di correttivi da porre in essere. Parte rilevante nel manuale è rappresentata dall'attenta disamina degli **aspetti organizzativi, gestionali, tecnologici** del punto nascita che rappresentano un aspetto molto delicato e importante se si vuole ottenere un risultato di qualità vera. L'esperienza di partecipazione alla stesura del manuale ha rappresentato una vera opportunità di crescita e di confronto, nonché di collaborazione con i colleghi infermieri pediatrici e quelli di altre discipline. Mi ha dato l'opportunità di tradurre realmente i principi e i valori declinati nel Codice Deontologico degli Infermieri e contribuire al miglioramento della qualità, della sicurezza delle prestazioni erogate nei punti nascita ad ogni diade mamma-neonato 

BIBLIOGRAFIA

1. www.agenas.it consultato il 06/11/2012
2. Standard Joint Commission International per l'Accreditamento degli Ospedali (IV Edizione – Gennaio 2011)
3. Appraisal of guidelines for research & evaluation (agree). Checklist per la valutazione della qualità di linee-guida per la pratica clinica. AGREE Collaboration. Settembre 2001 Versione italiana. Tradotta a cura di Area di Programma Governo Clinico Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna Viale Aldo Moro, 38 40127 Bologna www.regione.emilia-romagna.it/agenzasan/ consultato il 30/03/2012





È evidente che...

La morte improvvisa del lattante nel *bed sharing*

A cura di Fiorella Mercuri¹

la sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS - Sudden Infant Death Syndrome), conosciuta anche col termine di "morte in culla", rimane la terza più comune causa di morte nei neonati ed il principale motivo di decesso nei lattanti da un mese ad un anno di vita (Fu et al., 2008).

L'interesse nei confronti dell'argomento e la consapevolezza dell'esistenza di una correlazione tra la morte in culla ed il *bed-sharing* (la condivisione del letto tra un lattante e un adulto) è nato grazie alla frequenza al corso di "Medicina materno infantile" durante la mia formazione al Corso di Laurea in Infermieristica. Forte di un'esperienza personale, che conferma la diffusione di questa pratica e a seguito dello svolgimento del tirocinio clinico presso un'unità operativa di neonatologia (dove spesso è capitato che le madri chiedessero informazioni in merito alla possibilità di condividere il letto col proprio figlio), una ulteriore forte motivazione mi ha spinto a ricercare nella letteratura le risposte che avrebbero potuto aiutarci in qualità di professionista. Gli infermieri, infatti, sono spesso gli operatori sanitari cui le madri si rivolgono per avere informazioni in merito a questo problema, ancora irrisolto. I risultati reperiti dalla letteratura sono infatti contrastanti, ma è importante che gli infermieri valutino criticamente la ricerca e decidano come meglio consigliare i loro pazienti (Mesich, 2005). L'articolo si propone di approfondire la tematica della SIDS nel *bed sharing* perché gli infermieri possano rispondere, attraverso un intervento di tipo relazionale-educativo, al bisogno di quelle mamme che decidono di condividere il letto col lattante. Nonostante si discuta ancora in merito al cambiamento della definizione di SIDS, quella attuale e generalmente accettata rimane la seguente: "l'improvvisa morte di un lattante di età inferiore ad un

anno, che rimane inspiegata dopo un'indagine completa, comprendente un'autopsia, un esame completo delle circostanze del decesso e la storia clinica" (American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, 2005). La relativa mancanza di casi verificatisi durante il primo mese di vita, suggerisce che i fattori prenatali (ad esempio il basso peso alla nascita ed il fumo in gravidanza), da soli, non siano sufficienti a provocare questo drammatico evento. Sembra invece che abbiano un possibile ruolo fondamentale i fattori postnatali (come il dormire in posizione prona), che conducono ad una condizione potenzialmente pericolosa per la vita, proprio interagendo con qualche anomalia dello sviluppo fetale. Per questo motivo, diversi programmi di sanità pubblica si sono concentrati sulla prevenzione di fattori di rischio identificabili e modificabili (Sullivan et al., 2001). Un esempio è la raccomandazione dell'Accademia Americana dei Pediatri che per prima, a partire dal 1992, indicò di posizionare i bambini supini per dormire: negli Stati Uniti tale intervento ridusse del cinquanta per cento i casi. Eppure, nonostante l'enorme successo della campagna "Dormire supini" (Back to Sleep), iniziata nel 1994 per educare genitori, caregiver e operatori sanitari sulle modalità per ridurre il rischio di SIDS, l'iniziale declino ottenuto si è stabilizzato negli ultimi cinque anni. Al diminuire della percentuale di posizionamento prono, sono emersi però altri fattori di rischio precedentemente non riconosciuti (FU et al., 2008). Tra questi il *bed sharing* è un argomento molto discusso e controverso. Sebbene studi elettrofisiologici e comportamentali testimonino il suo effetto positivo nel facilitare l'allattamento al seno e la valorizzazione del legame madre-bambino, studi epidemiologici hanno invece mostrato che in certe condizioni può essere pericoloso (American Academy of Pediatrics, Task Force



on Sudden Infant Death Syndrome, 2005). Mentre vi è accordo riguardo ai pericoli derivanti dal dormire insieme su divani e poltrone, rimangono poco chiari alcuni dettagli relativi ai rischi e ai benefici della condivisione del letto tra madre e lattante. Inoltre, le variazioni nell'uso e nell'interpretazione della terminologia e delle definizioni di bed-sharing e co-sleeping (che può riferirsi a qualsiasi tipo di superficie o semplicemente al dormire nella stessa camera) aumentano la confusione (McGarvey et al., 2006).

METODI E STRUMENTI

Per la ricerca di documenti utili ad affrontare la tematica, ho consultato inizialmente il sito della Società Italiana di Scienze Infermieristiche e Pediatriche e quello dell'Associazione "Semi per la SIDS" Onlus. Quest'ultimo, in particolare, mi ha permesso, attraverso la presenza di link, di accedere a siti di centri regionali, istituti di studio e ricerca in Italia e nel mondo e associazioni internazionali, nei quali ho reperito valido materiale. Consultando il database Medline, attraverso il portale della National Library of Medicine, ho condotto una prima ricerca tramite i vocaboli controllati Sudden Infant Death/prevention and control e Maternal-Child Nursing, ottenendo 21 documenti. Interrogando la banca dati tramite parole libere, invece, ho scelto di legare i vocaboli bed-sharing, co-sleeping, nurse* e SIDS e ho reperito 16 articoli. Combinando le due ricerche ho ottenuto 34 fonti: un risultato che è rimasto invariato anche dopo aver condotto la stessa ricerca nel database Cinahl.

Per questo lavoro ho scelto di considerare fonti primarie, a partire dall'anno 1995, che hanno analizzato la relazione tra bed-sharing e SIDS, evidenziando rischi-benefici con implicazioni per la pratica con riferimento a situazioni in cui la condivisione del letto mamma-lattante avrebbe portato ad un maggior rischio. Infine, le revisioni della letteratura sono state utili al fine di conoscere lo stato dell'arte in merito all'argomento, reperire gli studi più rilevanti e mettere in luce quali siano le difficoltà nel fornire chiare informazioni a riguardo.

DISCUSSIONE

Tra gli studi analizzati, quello comportamentale e polisonnografico di McKenna et al. (1997) è stato il primo a misurare direttamente gli effetti del bed-sharing tra madre e lattante sull'allattamento al seno, considerato protettivo nei confronti della SIDS. Gli autori reclutarono 35 coppie di madri-lattanti dal centro nascite all'Università della California Irvine Medical Center nella contea di Orange, dove queste si recavano per il follow-up dopo il parto. I criteri d'inclusione furono che tutte le coppie fossero sane, allattanti al seno e con età del lattante compresa tra 3 e 4 mesi; 20 di queste erano solite al bed-sharing, a differenza delle altre in cui i soggetti dormivano separatamente. Lo strumento utilizzato per le analisi fu una parte della videocassetta di tutti gli studi notturni polisonnografici condotti in laboratorio.

Dopo un periodo di due settimane trascorso a casa, per confermare il consueto ambiente del sonno, ad una notte di adattamento ne seguirono una di condivisione del letto ed una di sonno solitario. I risultati mostrarono che, se esaminati nelle loro condizioni abituali, i lattanti che condividevano regolarmente il letto erano allattati circa



tre volte più a lungo ($p < .001$) durante la notte rispetto a quelli che dormivano da soli: questo rifletté un doppio incremento nel numero delle suzioni ($p < .001$) e la loro durata media risultò maggiore del 39% ($p = .039$).

Sulla base di questi risultati gli autori suggerirono che, aumentando la frequenza ed il tempo di allattamento al seno, il bed-sharing poteva essere protettivo contro la SIDS in quanto aumentava anche la durata del controllo del neonato da parte della madre.

Mosko et al. (1997b), avvalendosi della medesima metodologia applicata al precedente lavoro, valutarono invece gli eccitamenti encefalografici nel lattante e la loro relazione con le fasi del sonno, l'impatto del bed-sharing su di loro e la sovrapposizione temporale tra i risvegli del lattante e quelli materni. Furono quantificati sia i risvegli definiti epocali (EWs), basati cioè su un cambiamento nella frequenza dell'elettroencefalogramma della durata di 30 secondi, che quelli più transitori (TAs),



maggiori o uguali a 3 secondi. Dai risultati emerse che gli stadi 3-4 del sonno sono associati ad una notevole carenza di EWs e TAs rispetto a quelli in fase 1-2 e al REM e che il bed-sharing facilita i risvegli epocali nelle fasi più profonde grazie alla presenza materna; al contrario, l'aumento di quelli transitori è legato ad una condivisione del letto abituale. In entrambi i gruppi, i risvegli sovrapposti a quelli materni raddoppiarono durante il bed-sharing e più spesso fu il lattante a destarsi per primo.



Nelle conclusioni si ipotizzò quindi che questa pratica potesse essere protettiva per i lattanti a rischio di SIDS a causa di un deficit dell'eccitazione-risveglio, dato che i genitori delle vittime riportano retrospettivamente una maggior difficoltà a svegliare i loro figli e meno movimenti del loro corpo. In un precedente studio Mosko et al., (1997a), svolto adottando la stessa metodologia su un identico campione, valutarono l'impatto del bed-sharing sul sonno materno.

Gli autori evidenziarono che la condivisione del letto riduceva il tempo trascorso negli stadi 3-4 del sonno e aumentava quello speso nelle fasi 1-2 nelle donne che allattano. Questi effetti, apparsi indipendenti dal carattere abituale del bed-sharing, potrebbero facilitare l'abilità della madre a rispondere ai più leggeri stimoli del lattante o ad individuare eventuali variazioni del suo stato di salute (cambiamenti nella temperatura della pelle, respiro affannoso, apnee prolungate, condizioni pericolose o rigurgiti), così come la riduzione tra gli intervalli di tempo in cui la madre si sveglia spontaneamente e lo controlla.

Si è riscontrato, infatti, che il genitore si desta in media il 30% più spesso e che un alto grado di attenzione è favorito dalla vicinanza e dall'orientamento faccia a faccia mantenuto durante la notte. Per quanto riguarda gli esiti a lungo termine correlati alla condivisione del letto tra genitore e figlio si è preso in considerazione lo studio di coorte di Okami (2002).

Questi reclutò 205 famiglie canadesi con stili di vita sia convenzionali che non, utilizzando un campionamento a palle di neve, a partire dal 1974, per un periodo di 18 anni. Il progetto ebbe inizio dal terzo trimestre di gravidanza materna

sino al compimento della maggiore età del ragazzo, con un gruppo di controllo costituito da 51 coppie regolarmente sposate. Il lavoro nacque alla luce del fatto che molti genitori credevano che il bed-sharing potesse avere degli importanti effetti benefici sul bambino, mentre secondo altri avrebbe portato a problematiche quali rapporti psicosessualmente turbati nell'adolescenza, comportamento e difficoltà nella relazione intima e tra pari.

Con la sola eccezione di punteggi significativamente elevati nelle competenze cognitive all'età di sei anni, i risultati chiarirono che la pratica in questione non porta ad altri effetti salutari ma che non è nemmeno associata a disturbi del sonno, patologie sessuali o ad altre conseguenze negative.

Nel tentativo di investigare se il rischio di morte collegato al bed-sharing era connesso ad altri fattori, in particolare il fumo materno e il consumo di alcool, Scragg et al. (1993) intrapresero uno studio caso controllo nelle regioni della Nuova Zelanda in cui si registrò il 78% di tutte le nascite durante il periodo dal 1987 al 1990. Furono effettuate delle interviste al domicilio dei genitori di 393 lattanti, morti tra il loro ventottesimo giorno di vita e il compimento del primo anno e a 1592 controlli, scelti random tra tutti i nati.

Fu registrato il numero di bevande alcoliche dal mese precedente il decesso del figlio, mentre per la variabile fumo fu considerata qualsiasi sigaretta nelle ultime due settimane. Dai risultati emerse un rischio elevato nei lattanti delle madri fumatrici, che incrementa all'aumentare della durata del tempo di condivisione del letto, ma non varia né in base al numero di sigarette, né al caso in cui anche il padre fumi. Per quanto riguarda il secondo fattore preso in esame, si ritenne che l'assunzione di alcool non interagisse col bed-sharing nell'accrescere il pericolo di SIDS. Al termine dello studio gli autori ribadirono quindi che l'interazione tra questa pratica e il fumo espone i lattanti ad un notevole rischio, attraverso l'inalazione dell'aria espirata dal genitore (Scragg et al., 1993). Il lavoro di Carpenter et al. (2004) si pone per alcuni aspetti in contrapposizione a quello di Scragg et al. (1993). Si tratta di



uno studio caso controllo condotto in 20 regioni europee sulla base del protocollo ECAS (Azione dell'Unione Europea organizzata sulla SIDS) che, per mezzo di questionari epidemiologici, considerò più di 60 variabili estratte da documenti anonimi di 765 casi di morte in culla e 2411 controlli viventi dal settembre 1992 all'aprile 1996, al fine di dare una panoramica dei fattori di rischio della SIDS.

Per ciascun caso furono selezionati due o più controlli e fu calcolata l'odds ratio (OR) per ogni elemento preso singolarmente e in un modello a più variabili. Questo lavoro evidenzia che l'OR per madri fumatrici che condividono il letto aumenta di 11.3 volte e rimane significativa soprattutto durante le prime settimane di vita del lattante (a due settimane è pari a 27.0). Definisce inoltre che, in assenza di fumo in gravidanza, il rischio permane per i lattanti di età inferiore alle 8 settimane e che l'assunzione di più di tre bevande alcoliche espone ad un maggior pericolo di SIDS, quando è in associazione al bed-sharing per tutta la notte.

Lo studio caso controllo di Blair et al. (1999) dimostra che il rischio di SIDS diventa privo di significato dopo aver corretto alcuni fattori rilevanti come la recente assunzione materna di alcool superiore o uguale alle due unità, l'uso di pesanti piumoni, la stanchezza del genitore e condizioni abitative sovraffollate (più di 2 persone per camera).

McGarvey et al. (2006) attuarono uno studio in Irlanda della durata di 8 anni (1994-2001) su un totale di 287 casi e 831 controlli, allo scopo di valutare l'effetto del bed-sharing durante l'ultimo periodo di sonno sui fattori di rischio per la SIDS, stante una percentuale del 49% di casi verificatisi in questa situazione.

Dai risultati emerse che nel caso di basso peso alla nascita per la gestazione il rischio associato alla condivisione del letto appare triplicato e quadruplicato qualora la misura dell'isolamento termico, dato dall'abbigliamento e dalla biancheria da letto, fosse superiore o uguale a dieci. I neonati con peso inferiore al normale potrebbero, infatti, essere più vulnerabili e meno in grado di affrontare potenziali fattori di stress associati al bed-sharing, come quello termico e, ancora una volta, la possibilità che inalino aria precedentemente esalata. Gli elementi che potrebbe-

ro aumentare il rischio di SIDS proprio attraverso questi due meccanismi sono il calore delle persone con cui viene condiviso il letto, la possibilità che il lattante abbia la testa coperta dalla biancheria da letto, l'utilizzo di materassi morbidi e il posizionamento prono, anche se gli autori sottolineano come la percentuale di soggetti trovati in questa situazione nel letto dei genitori, sia significativamente inferiore rispetto a quella riscontrata nelle culle.

Blair et al. (2009) ribadiscono questo concetto a conclusione del loro studio caso controllo quadriennale condotto nelle contee a sud ovest dell'Inghilterra per investigare le specifiche circostanze di SIDS durante il bed-sharing.

Dai risultati emerse che tra i fattori rivelatisi significativi nell'analisi univariata e rimasti tali anche in quella multivariata, il più forte fu l'assunzione di alcool ($p=0.0003$) seguito dalla condivisione del letto o del sofà ($p=0.001$) e da altri elementi non ancora emersi finora, come il posizionamento del lattante su di un cuscino ($p=0.021$) o l'assenza di titoli di studio materni ($p=0.003$), mentre i fattori socio economici rimasero trascurabili.

Lo studio caso controllo di Hauck et al. (2003) fu realizzato con l'obiettivo di esaminare i fattori di rischio per la SIDS e ridurre così la mortalità tra i neri, poiché questa popolazione risulta maggiormente colpita. Furono valutati 260 casi avvenuti a Chicago tra il 1993 e il 1996 ed un medesimo numero di controlli, per determinare l'associazione tra sindrome, elementi riguardanti l'ambiente del sonno ed altre variabili connesse alla cura del lattante. Ad una prima intervista, costituita da 400 domande per dettagliare le circostanze antecedenti il decesso, ne seguì una di follow-up a distanza di due settimane.

Dai risultati di questo lavoro emerge non solo la conferma dell'esistenza di fattori di rischio indipendenti (posizionamento prono, dormire su superfici morbide o uso di cuscini) ma, soprattutto, che il pericolo di SIDS deriva dalla condivisione del letto nel caso in cui questa avvenga tra lattante e persone diverse dai genitori.

CONCLUSIONI

I risultati che emergono da questo lavoro assumono un carattere neutrale rispetto alle contrastanti posizioni esistenti in letteratura su favorire o sconsigliare il bed-sharing, ma forniscono



importanti elementi relativi ai suoi rischi e i suoi benefici, che un genitore deve conoscere per effettuare una scelta consapevole.

McKenna et al. (1997) promuovono la condivisione del letto tra madre e lattante in ragione del fatto che tale pratica aumenta l'allattamento al seno, considerato protettivo nei confronti della SIDS; anche Mosko et al. (1997b) giungono alla medesima conclusione dopo aver constatato che il bed-sharing facilita i risvegli del lattante nelle fasi più profonde del sonno e porta al raddoppio di quelli che si sovrappongono temporalmente a quelli materni. Infatti, le mamme si destano in media il 30% più spesso quando il lattante è posto nello stesso letto e ciò facilita l'individuazione di turbamenti (cambiamenti nella temperatura della pelle, respiro affannoso, apnee prolungate, condizioni pericolose o rigurgiti) che un genitore non può percepire nel caso in cui l'infante dorma separatamente e da solo (Mosko et al., 1997a).

Per quanto riguarda l'associazione tra la condivisione del letto e gli esiti nell'infanzia e nell'adolescenza, Okami (2002) afferma che, con la sola eccezione di un'umentata competenza cognitiva all'età di sei anni, la pratica in questione non porta ad altri effetti salutari; l'autore non supporta, tuttavia, i timori secondo cui il bed-sharing porterebbe ad insonnia nella prima infanzia, rapporti psicossessualmente turbati più avanti nell'adolescenza e problemi di comportamento e difficoltà nella relazione intima e tra pari. Tuttavia il bed-sharing aumenta la possibilità di morte in alcune circostanze, in particolare per i lattanti le cui madri fumano (Scragg et al., 1993), anche se il limite dello studio appena citato e relativo alla misura dell'assunzione materna di alcool, ha portato gli autori a sostenere che essa non interagisca negativamente con la condivisione del letto.

Carpenter et al. (2004) chiariscono che l'assunzione di più di tre bevande alcoliche espone ad un maggior pericolo di SIDS se in associazione al bed-sharing per tutta la notte.

Altre variabili rilevanti sono considerate l'uso di pesanti piumoni, la stanchezza del genitore e condizioni abitative sovraffollate (più di 2 persone per camera) (Blair et al., 1999).

Inoltre, il basso peso alla nascita potrebbe ridurre la capacità del lattante di affrontare potenziali fattori di stress associati al bed-sharing, come

quello termico (dato dall'abbigliamento, dalla biancheria da letto e dal calore del corpo materno) e l'inalazione di aria precedentemente esalata, che si verifica nel caso in cui abbia la testa coperta o qualora venga posizionato supino, soprattutto su superfici morbide (McGarvey et al., 2006).

Blair et al. (2009) collocano al primo posto tra i fattori di rischio l'assunzione di alcool o droghe, seguita dal dormire insieme sul letto o sul sofà, ma utilizzano erroneamente il termine co-sleeping anziché bed-sharing.

Infine, la condivisione del letto con persone diverse dai genitori risulta essere un'altra circostanza pericolosa per il lattante (Hauck et al., 2003).

A conclusione di questo lavoro, si ritiene che si possa parlare di bed-sharing sicuro, quando incentrato su misure ragionevoli che una famiglia può adottare per ridurre al minimo il rischio per il neonato/lattante (Johnston, Johnston, 2008).

Alla luce dei risultati emersi, gli infermieri hanno quindi un'occasione unica per realizzare un efficace e significativo rapporto educativo con i neogenitori ed i caregiver, rendendoli consapevoli delle loro scelte, finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio per SIDS.

Ponendo alcune domande specifiche durante il ricovero e la dimissione, l'infermiere sarà in grado di personalizzare il suo intervento educativo: chi fornirà assistenza al bambino? Che tipo di biancheria e materasso saranno usati? Vi è qualcuno che fuma a casa? Dove ed in che posizione dormirà il neonato/lattante?

Le informazioni ottenute permetteranno di determinare una conoscenza di base relativa ai fattori di rischio (Esposito et al., 2007) per insegnare le modalità con cui minimizzarlo.

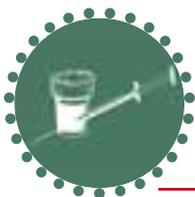
Questo è lo sforzo che consulenti, educatori e professionisti del prendersi cura devono attuare, abbandonando i ciechi proclami paternalistici che vietano comportamenti pericolosi. A tal proposito si sottolinea che l'informazione è un valore riconosciuto dal Codice Deontologico dell'Infermiere (2009): stabilisce che il professionista si adoperi affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni e che l'infermiere promuova la relazione professionale con la persona aiutandola, sostenendola nelle scelte e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprensione



BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome (2005) The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. *Pediatrics*, 116(5): 1245-1255.
- Blair P.S., Fleming P.J., Smith I.J., Platt M.W., Young J., Nadin P., Berry P.J., Golding J., CESDI SUDI research group. (1999) Babies sleeping with parents: case control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *British Medical Journal*, 319(7223): 1457-1461.
- Blair P.S., Sidebotham P., Evason-Coombe C., Edmonds M., Heckstall-Smith E.M.A., Fleming P. (2009) Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *British medical Journal*, 339: b3666.
- Carpenter R.G., Irgens L.M., Blair P.S., England P.D., Fleming P., Huber J., Jorch G., Schreuder P. (2004) Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *The Lancet*, 363(9404): 185-191.
- Decreto ministeriale n. 739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere 14 settembre 1994.
- Esposito L., Hegyi T., Ostfeld B.M. (2007) Educating Parents About the Risk Factors of Sudden Infant Death Syndrome. The Role of Neonatal Intensive Care Unit and Well Baby Nursery Nurses. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(2): 158-164.
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2009) Codice Deontologico dell'Infermiere.
- Fu L.Y., Colson E.R., Corwin M.J., Moon R.Y. (2008) Infant Sleep Location: Associated Maternal and Infant Characteristics with Sudden Infant Death Syndrome Prevention Recommendations. *The Journal of Pediatrics*, 153(4):503-8.
- Hauck F.R., Herman S.M., Donovan M., Iyasu S., Moore C.M., Donoghue E., Kirschner R.H., Willinger M. (2003) Sleep Environment and the Risk of Sudden Infant Death Syndrome in an Urban population: The Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics*, 111(5): 1207-1213.
- Johnston J.T., Johnston E.A. (2008) On Bed Sharing. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(6): 619-621.
- McGarvey C., McDonnell., Hamilton K., O'Regan M., Matthews T. (2006) An 8 year study of risk factors for SIDS: bed-sharing versus non-bed-sharing. *Archives of Disease in Childhood*, 91(4): 318-323.
- McKenna J.J., Mosko S.S., Richard C.A. (1997) Bedsharing Promotes Breastfeeding. *Pediatrics*, 100(2): 214-219.
- Mesich H.M. (2005) Mother-Infant Co-sleeping. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30(1): 30-37.
- Mosko S., Richard C., McKenna J. (1997) Maternal Sleep and Arousal During Bedsharing With Infants. *Sleep*, 20(2): 142-150.
- Mosko S., Richard C., McKenna J. (1997) Infant Arousals During Mother-Infant Bed Sharing: Implications for Infant Sleep and Sudden infant Death Syndrome Research. *Pediatrics*, 100(5): 841-849.
- Okami P., Weisner T., Olmstead R. (2002) Outcome Correlates of Parent-Child Bedsharing: An Eighteen-Year Longitudinal Study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23(4): 244-253.
- Scragg R., Mitchell E. A., Taylor B.J., Stewart A.W., Ford R.P.K., Thompson J.M.D., Allen E.M., D.M.O. Becroft on behalf of the New Zealand Cot Death Study Group (1993) Bed sharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. *British Medical Journal*, 307(6915): 1312-1318.
- Sullivan F.M., Barlow S.M. (2001) Review of risk factors for Sudden Infant Death Syndrome. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15(2): 144-200.





Benessere Donna: fermare le reazioni al dolore, rompere l'immagine di sé per recuperare forza e libertà nell'essere.

A cura di *Valentina Tacchia**

In primavera, e martedì 12 giugno si è svolto un incontro rivolto alle professioniste che con il loro lavoro sostengono, curano, incontrano altre donne e le loro problematiche, fisiche ed emotive.

Lo scopo dell'incontro è stato quello di dedicare uno spazio e un tempo rivolto alle donne che lavorano con altre donne per far conoscere e sperimentare il lavoro di grande sostegno che può essere effettuato tramite il metodo Grimberg.

Sottolineo ulteriormente altri aspetti di questo metodo, già citato lo scorso anno in un articolo, perché sollecitata da alcune colleghe infermiere e non, che l'hanno trovato particolarmente interessante. Le operatrici del Metodo Grimberg che ci hanno accompagnato in questa esperienza sono state **Silvia Dragoni** Operatrice Professionale Diplomata e Annamaria Fedeli operatrice di Il livello. **È stata un'esperienza ricca che ci ha permesso di andare a toccare alcune problematiche incontrate dalle donne:** i dolori acuti e cronici del periodo mestruale e premestruale, le emicranie, i dolori al basso schiena e i gonfiori, l'ansia e gli attacchi di panico, la difficoltà nell'affrontare le separazioni e i lutti con la sensazione, spesso, di sentirsi disarmate solo e in difficoltà, la difficoltà nella gestione del tempo spesso provocata dai sensi di colpa nel dire di no, i dolori provocati da endometriosi, le cicatrici da rimarginare, sia fisiche che emotive, ...



Considerato il notevole interesse che questi incontri hanno suscitato ho chiesto a Silvia Dragoni di raccontarci più precisamente cosa significa per Lei l'attività rivolta alle "donne per le donne".

Così Silvia ci racconta: **Le donne hanno la grande capacità di essere a stretto contatto con la terra, con la fisicità**, grazie alle caratteristiche che accumulano il mondo femminile: la possibilità di far crescere un seme all'interno del loro corpo, dandogli lo spazio e il tempo per svilupparsi e poi lasciarlo uscire fuori una volta pronto per la vita. **Posseggono quindi una grande capacità di accogliere, grandi qualità di resistenza, determinazione, forza, passività, la possibilità di ricevere e di donare, un'estrema naturalezza che le pone in contatto con la**

ciclicità naturale (basti pensare al ciclo mestruale...) e quindi con **una fisicità e una passività che è la base del sentire femminile**. Dove per passività non si intende dipendenza, accettazione, sacrificio ma ci si riferisce alla capacità di aspettare, accogliere, ascoltare, sentire...

Molto spesso queste qualità e la capacità di essere in contatto con la naturalezza e la ciclicità della vita vengono perse, a causa dell'educazione ricevuta, della cultura, di una propria incapacità di attingere al proprio "potere" personale. **Questa perdita di consapevolezza, di attenzione, di ascolto del proprio corpo e del proprio sentire femminile ha delle conseguenze poco piacevoli:** *l'originarsi di tensioni, rigidità, perdita di sensazioni, difficoltà nel respirare, debolezze che con il passare del tempo determinano il manifestarsi di sintomi fisici e malesseri.*



Per questo nell'incontro abbiamo voluto sviluppare alcuni di questi temi con l'obiettivo di creare una maggiore armonia ed equilibrio con il nostro sentire, attraverso un'esperienza che fosse anche fisica e non solo pensata, capita, percepita.

3 sono stati i temi principali:

- a) **Come automaticamente reagiamo al dolore** e come attraverso un percorso di attenzione e consapevolezza è possibile ridurre l'impatto del dolore nella nostra vita
- b) Quanto e come **l'immagine che abbiamo di noi stesse e/o che desideriamo dare agli altri diventa una prigione** che limita il nostro essere, la nostra capacità di sentire e la nostra libertà e come fare per sbarazzarcene;
- c) Abbiamo appena avuto il tempo, le ore sono passate troppo veloci, di aprire il tema molto caro alle donne di come **imparare ad ascoltare il proprio corpo per recuperare la propria fisicità e passività e quindi la propria forza femminile.**

Il dolore, nostro o delle persone a noi vicine, è parte integrante della vita, ci accompagna durante tutta la nostra vita. **Imparare a non reagire al dolore è alla base per fare del dolore una fonte di energia e di attenzione anziché di sofferenza.** *Non parliamo di accettazione al dolore come sacrificio o penitenza, ma accettazione, perché, nostro malgrado, fa parte della vita stessa.* È quindi, sia utile che necessario, ridurre tutti gli sforzi che facciamo "inutilmente" per evitarlo. In questo modo possiamo rilassare il nostro corpo nel dolore ed evitare sforzi, tensioni, sintomi fisici correlati e associati al dolore (dolore nelle zone circostanti, cambiamento di postura con conseguenza di una perdita di equilibrio, riduzione della nostra capacità di essere calmi e concentrati...).

Imparare a non reagire al dolore significa quindi ridurre la sofferenza e di recuperare la forza e l'energia investite per cercare di evitare il dolore per metterli a disposizione di una più rapida guarigione.

L'esperienza pratica attraverso un esercizio di attenzione e consapevolezza ha consentito alle partecipanti di scoprire le loro reazioni automatiche al dolore (contrarre le spalle, corrugare la fronte, stringere la mascella...) per imparare ad interromperle. E questo ha portato a risultati diversi nelle partecipanti, per la gran parte si è registrata una riduzione o una scomparsa del dolore stesso. **Su You tube alla voce Grinberg Method Transforming Pain - training by the Grinberg**

Method - vi è la possibilità di fare un esercizio sulla gestione del dolore con il Metodo Grinberg, è **inseguito in inglese** ed è un modo semplice per sperimentare un esercizio di attenzione guidato. Potete anche contattarci per ricevere ulteriore materiale informativo.

L'immagine di sé (come noi ci vediamo, cosa non ci piace di noi, come vorremmo essere, come vorremmo apparire ...) **modifica e riduce le nostre qualità e il nostro benessere.** Nell'incontro abbiamo sviluppato un aspetto dell'immagine di noi, legata all'immagine fisica di noi stesse. *Come vogliamo sia il nostro corpo di donna? Cosa ci piace e cosa non ci piace di noi? Vorremmo avere un seno grande o piccolo? il sedere grosso e pieno? Sodo? Ci piacciono le nostre gambe? Oppure sono troppo secche, troppo grasse, troppo muscolose, troppo dritte, troppo storte ...* **passando a rassegna ogni parte del corpo abbiamo potuto verificare quante idee e commenti e pensieri ci sono sul nostro corpo e come questo porta a creare tensioni e rigidità, emozioni che limitano la nostra libertà e il nostro stare bene non solo a livello fisico.** Attraverso l'allenamento insieme abbiamo poi rotto questa gabbia nella quale ci eravamo messe per recuperare piacere, libertà, spazio. Un apprendimento che ci ha permesso di ridere con ironia e di recuperare con gioia la nostra individualità e fisicità, per scoprire quanto male possiamo fare al nostro corpo nel tentare di modelarlo a un'idea anziché di dare spazio alla nostra individualità e alla nostra forza.

Rompere la gabbia creata dall'immagine di noi ci permette di recuperare il nostro corpo, di rilassarlo, di riscoprire gli sforzi inutili che facciamo nel tentativo di essere uguali ad altre donne e di scegliere di prenderci cura del nostro corpo non a partire da un'idea ma da un bisogno di benessere.

Il tempo è passato rapido e veloce con il piacere di condividere un pezzo di strada insieme in un percorso di attenzione e di ascolto per recuperare il sentire femminile:

- **riscoprire e sviluppare le nostre qualità innate,**
- **facilitare il naturale recupero dopo un trauma o un momento difficile,**
- **favorire il riequilibrio fisico alterato dai sintomi fisici e dallo stress.**



Il nostro corpo non è uno "strumento", ma come parte integrante e imprescindibile di noi, pensiamo a qualcuno che grazie alla sua professionalità ci possa insegnare a recuperare il contatto con il



nostro corpo, pensiamo alla possibilità di rientrare in relazione con la nostra natura selvaggia e con la sana tendenza al benessere e al miglioramento...

I professionisti coinvolti sono operatori del Metodo Grinberg®.

Il Metodo Grinberg® è una metodo educativo di insegnamento attraverso il corpo, ha come finalità lo sviluppo personale, il benessere e la prevenzione con lo scopo di migliorare la qualità di vita delle persone. (sito ufficiale: www.grinbergmethod.com/it/). Disclaimer: Il Metodo Grinberg è un metodo educativo che insegna attraverso il corpo. Non dichiara di guarire, di essere una medicina alternativa, una forma di massaggio terapeutico, o di essere considerato fra le professioni assistenziali. Il Metodo Grinberg non è destinato a persone che soffrono di condizioni che minacciano la loro vita o di malattie gravi che richiedono attenzioni mediche o psichiatriche e non intende sostituire qualsiasi tipo di trattamento richiesto. Il Metodo non si fonda su basi ideologiche o mistiche e non richiede alcun stile di vita particolare.

Esiste la possibilità di effettuare dei Percorsi individuali.

Cioè: **Processo di recupero di una condizione fisica** che è focalizzato su un **sintomo fisico acuto**, sul recupero da un **trauma appena subito**, su una **condizione fisica che richiede un rapido cambiamento**. Il percorso sostiene e accelera il naturale processo di guarigione del corpo. Le sedute durano un'ora e gli strumenti utilizzati sono il tocco, l'attenzione, il movimento, le istruzioni verbali, l'analisi del piede. La persona impara a non reagire in modo automatico al dolore e alla paura e a mantenere nel corpo un stato di rilassamento necessario per un miglioramento rapido.

Alcuni esempi:

- Recupero dopo un taglio cesareo
- dolori premestruali e mestruali
- recupero post-traumatico, cicatrici, aderenze e sintomi correlati
- cistiti
- stanchezza e gonfiore
- una qualsiasi condizione fisica che richieda per l'intensità del dolore o del malessere un miglioramento immediato
- disturbi post parto (incontinenza urinaria per esempio)

E nel contempo effettuare un **Processo di apprendimento** che è focalizzato sul **raggiungimento di obiettivi concreti** scelti dalla persona nel suo percorso di apprendimento e sull'imparare a interrompere tutti gli atteggiamenti e le abitudini fisse dannose (disistima, scarsa fiducia in sé, cattiva circolazione, pesantezza e cattivo flusso della zona del bacino e delle gambe, dipendenza dall'approvazione degli altri, relazione distorta con il cibo, dominare o essere dominate, reagire alla paura e al dolore, sforzi e tensioni nel corpo, self-image, emozioni ricorrenti, ...) che impediscono il raggiungimento di tali obiettivi.

Per favorire il percorso di recupero e di sviluppo ci si muove nel campo della **consapevolezza e dell'ascolto del corpo** per imparare ad interrompere le abitudini automatiche che limitano le **proprie risorse e qualità non solo fisiche**. Si impara ad utilizzare la gelosia, l'invidia, la paura e il dolore nel loro significato originario (**cura, desiderio, attenzione, allarme per i pericoli**) e **non come barriere all'espressione e all'evoluzione umana**.

L'analisi del piede, la descrizione e l'attenzione mettono in evidenza i passi necessari per interrompere le abitudini ricorrenti e dare spazio a qualcosa di nuovo che faciliti il **raggiungimento di mete e desideri** personali sia che essi riguardino:

- le relazioni
- la gestione con il denaro
- l'incapacità di esprimere alcune emozioni sia che riguardino:
 - le condizioni fisiche
 - le abitudini e gli umori ricorrenti

e/o

- la realizzazione di un progetto e di un desiderio personale

Silvia Dragoni

Operatrice Diplomata Metodo Grinberg®

Anna Maria Fedeli

Studio Professionale per il Metodo Grinberg®

via Ferloni 32, 22070 Bulgarograsso (CO)

Tel: 339. 89.43.296 380.69.70.752

e-mail: s.dragoni.segreteria@gmail.com

www.respirabenessere.com

www.grinbergmethod.com



Grazie ancora alle colleghe per lo stimolo che anche questa volta hanno saputo darci.

Valentina





News from the web

<http://www.areacritica.net/sito/>



<http://www.infermierionline.net/>



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



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



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



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



<http://www.i-nurse.it/>



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



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



33

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
Foto di copertina Daniela Zanini
Trimestrale Informativo del Collegio IPASVI di Como - Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como con decreto 1/98 del 09/02/1998
Per contattarci: tel. 031/300218 - fax 031/262538
 e-mail: info@ipasvicomo.it

Numero chiuso il 7 dicembre 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'/degli autore/i. Le note bibliografiche devono essere essenziali e limitate agli autori citati nel testo. Ogni articolo è sotto la diretta responsabilità dell'autore/i ed è sottoposto all'insindacabile giudizio del Comitato di Redazione.

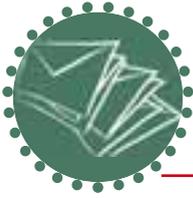
Se lo riterrà opportuno, il Comitato di Redazione proporrà delle modifiche che devono essere accettate dall'autore/i.

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

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

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





Posta e risposta

34

A cura del presidente DOTT. Stefano Citterto

D.: Sono IP attualmente lavoro in regime di libero professionista presso RSA. Le chiedo se sia giusto e doveroso firmare la seguente delega, oppure se posso rifiutarla. Le chiedo anche se le modalità sono uguali sia per il regime di dipendente sia per quello della libera professione. La delega è la seguente:

"Il sottoscritto in qualità di infermiera professionale, con la presente DELEGO durante il mio turno di servizio l'O.S.S. in possesso di titolo specifico, a svolgere attività di carattere infermieristico, ai sensi del DGR e come previsto dal

Suo profilo professionale, sotto la mia supervisione e responsabilità.

La presente delega ha validità fino a revoca della stessa. (Firma dell'infermiere e dell' O.S.S.)".

In attesa di cordiale risposta.

R.: Gent.ma Collega

ritengo di poter condividere la sua scelta di non firmare la "delega" come indicata nella sua comunicazione.

In linea generale quando ci si riferisce ad OSS è opportuno anziché utilizzare il termine "delega" utilizzare il termine "attribuzione di attività" che vanno valutate di caso in caso da parte dell'infermiere e, di conseguenza, non posso essere "attribuite/delegate" a priori.

Nel rapporto Infermiere / OSS non vi è differenza tra dipendenti e liberi professionisti.

Sarebbe utile capire a "quali attività di carattere inf.co" ci si riferisce visto che comunque il responsabile dell'assistenza infermieristica è l'infermiere e le attività dell'OSS sono ben delineate della DGR di riferimento e possono essere chiarite da eventuali piani di lavoro/attività predisposti dai responsabili organizzativi della struttura (es. coordinatore Inf.co).

D.: Egregio Presidente, sottopongo il seguente quesito: Può un infermiere effettuare la vaccinazione anti influenzale ? In caso affermativo, deve essere effettuata solo se presente il medico? E in caso di somministrazione a domicilio?

R.: Gentile Collega,

L'attività vaccinale rientrava già tra le competenze dell'Infermiere professionale ai sensi dell'ormai abrogato DPR 14/3/1974 n. 225 all'articolo 2, n. 12 lettera d) che consentiva l'effettuazione delle vaccinazioni per via orale, per via intramuscolare e percutanee su prescrizione e sotto controllo medico. Allo stesso modo il DPR 225/74 all'art.5 lett. c) permetteva all'ASV l'esecuzione di vaccinazioni prescritte dal medico per via orale e parenterale. La legge 42/99, che ha esplicitamente abrogato il citato DPR 225/74, ha disposto che le attribuzioni delle professioni sanitarie sono determinate dal profilo professionale, dal codice deontologico e dagli ordinamenti didattici di base e post-base. L'effettuazione della vaccinazione di per sé è un atto che può essere eseguito dall'infermiere previo presenza di prescrizione medica e consenso informato del pz. La pratica vaccinale, intesa come un atto di prevenzione necessita della prescrizione medica che deve identificare la tipologia di vaccino da somministrare e l'indicazione specifica, soprattutto se vi sono patologie concomitanti. Anche il consenso alla vaccinazione è un atto medico. È sicuramente consigliabile la predisposizione di specifici protocolli multidisciplinari e l'utilizzo di documentazione ad hoc per dimostrare il percorso effettuato, nonché predisporre tutto l'occorrente per intervenire in caso di reazione avversa. La presenza del medico non deve intendersi come presenza fisica nel medesimo locale ma come rintracciabilità e presenza nella stessa struttura (es. altro locale dell'ambulatorio). *Le medesime considerazioni valgono per l'effettuazione al domicilio che deve avvenire solo in presenza di prescrizione, indicazione specifica al vaccino e consenso raccolto dal medico.*





Diritto e rovescio

Inauguriamo questa nuova rubrica che abbiamo intitolato “Diritto e Rovescio”, dove la parola “diritto” fa riferimento all’insieme delle norme e regole che fondano il vivere di una società, ma anche ai diritti delle persone che devono essere rispettati innanzitutto dai professionisti. Mentre la parola “rovescio” sta a significare che dietro ogni norma o legge (nel nostro caso sentenza) e ad ogni diritto espresso ci può essere un “rovescio della medaglia”.

L’intenzione nostra è quella di porre all’attenzione del lettore delle sentenze che hanno fatto (o possono fare) storia, mettendo in evidenza le implicazioni più significative per la nostra professione nella consapevolezza che la legge scaturisce e si modifica nel tempo nel confronto con la realtà dei fatti e delle circostanze.

Responsabilità Infermieristica nei controlli post-operatori

A cura di Stefano Citterio¹ Rita Redaelli²

Inauguriamo questa nuova rubrica con la sentenza della Corte di Cassazione, sez. IV Penale, n. 24573, (13 maggio-20 giugno 2011) che ha impugnato una sentenza “di non luogo a procedere” per il delitto di omicidio colposo a carico di tre medici (1 di Pronto Soccorso e 2 di Ortopedia) e di tre Infermieri (di Ortopedia) dell’Ospedale di Canosa di Puglia.

I FATTI

“Ritenuto in fatto

M.M.N.C., nella qualità di parte offesa,

Propone ricorso per

cassazione avverso la sentenza indicata in epigrafe, con la quale il GIP presso il Tribunale di Trani dichiarava non luogo a procedere nei confronti di D.P.N. (medico PS n.d.r.), R.L. (primario Ortopedia), L.F. (medico ortopedico), B.G., S.G. e P.C. (infermieri Ortopedia) in ordine al delitto di omicidio colposo nei confronti di D.C..

Il D.P. era stato chiamato a rispondere del delitto de quo nella qualità di medico del pronto Soccorso dell’ospedale civile di Canosa di Puglia ove era stato ricoverato il D. alle ore 6,05 del 13 settembre 2005

a seguito di un incidente stradale in cui riportava un politrauma con frattura esposta della gamba sx; il R. ed il L., nella qualità, rispettivamente, di primario del reparto ortopedia del medesimo ospedale, in cui era stato eseguito l’intervento di riduzione della fratture della gamba sinistra, e medico ortopedico in servizio durante la degenza post-operatoria della vittima; il B., S. e P., nella qualità di infermieri del medesimo reparto.

Secondo la ricostruzione fattuale esplicitata in tale sentenza, poco prima delle 6,00 del 13 settembre 2005 C..D. era rimasto coinvolto in un incidente stradale e, a seguito delle lesioni

riportate, era stato ricoverato presso il suindicato ospedale: al Pronto Soccorso, ove operava il dott. D.P., venivano refertati “frattura tibia sin.; contusioni escoriate multiple (volto, gomito sin., gamba dx); ferita l.c. gomito sin. e regione mentoniera”. Nella circostanza, veniva effettuata una radiografia del cranio,

dalla quale (annota la sentenza) “si desume l’assenza di rime o focolai fratturativi”. Dalle ore 11 alle ore 12.30 il paziente era stato sottoposto ad intervento chirurgico all’arto inferiore destro. Nella fase post operatoria, la moglie del D. chiedeva invano al personale infermieristico l’intervento di un medico



perché il marito accusava stimolo al vomito, intensa sudorazione e sanguinamento.

Rilevata da un medico del Pronto soccorso la gravità della situazione, alle 21,40 di quello stesso giorno il paziente, sottoposto ad esame TAC, veniva finalmente trasferito, ormai in stato di incoscienza, all'ospedale di Andria, per "stato di coma ed insufficienza cardiocircolatoria terminale in soggetto cranio traumatizzato". In detto ospedale veniva sottoposto ad intervento di craniotomia fronto-temporoparietale per evacuazione dell'ematoma che, pur correttamente eseguito, faceva registrare un peggioramento delle condizioni del malato, trasferito successivamente al reparto di rianimazione dove restava sino al decesso verificatosi alle ore 7 circa del 17 settembre 2005.

Il profilo di colpa contestato ad dott. D.P. era che, pur rilevando numerose contusioni craniche e pur avendo richiesto la radiografia del cranio, non aveva fatto pronta diagnosi di trauma cranico commotivo e non aveva disposto immediatamente un esame TAC cranio in urgenza.

Ai medici ortopedici, invece, era contestato di avere superficialmente esaminato la cartella clinica del paziente, sottoponendolo ad intervento chirurgico in anestesia generale – sconsigliata dalla scienza medica nei confronti di pazienti affetti da trauma cranico commotivo - e di non avere svolto alcun monitoraggio ed alcuna valutazione neurologica del paziente. Al personale infermieristico, infine, era addebitato di non aver dato corso e richiesto l'intervento del medico dipartimento a fronte delle reiterate richieste di aiuto dei familiari ed amici recatisi a far visita al D. che pur avevano segnalato fin dalle ore 16 la specifica sintomatologia del paziente. (...)

Quanto al personale paramedico, la sentenza ha escluso la responsabilità degli infermieri, innanzitutto rilevando che erano infondati i "due presupposti" dell'accusa, cioè "la sussistenza dell'obbligo per gli infermieri di avvertire il medico di reparto di qualsiasi lamentela di parenti del paziente" e dell'obbligo per gli stessi "di valutare e percepire le sintomatologie dei pazienti". Ha poi ritenuto che "le funzioni di ausiliari del personale medico imputabili agli infermieri escludono che questi abbiano autonomia valutativa in ordine alla verifica della compatibilità del quadro clinico del paziente con l'intervento e le cure dei medici. Insomma, gli infermieri non rivestono la posizione di garanzia come prospettata nel capo di imputazione ed è arduo configurare un nesso di causalità tra l'evento morte del D. e le con-

dotte ascritte ai medici", sicché "anche per gli imputati infermieri valgono le considerazioni in ordine alla carenza di prova di un nesso causale tra la loro condotta e l'evento morte, dovendo richiamarsi in proposito tutte le considerazioni medico-legali sopra analizzate".

La ricorrente censura la sentenza sotto il profilo della illogicità evidenziando che il comportamento colposo addebitato agli imputati era quello di avere omesso di effettuare una TAC cranio e di non avere nemmeno visitato il paziente dalle ore 12.30 fino alle ore 22.00, nonostante gli evidenti segni del trauma cranico e nonostante lo stesso presentasse episodi di nausea, vomito e cefalea.

Si assume che tali sintomi erano stati riferiti al personale paramedico che non si era attivato. Si censura la sentenza, in particolare, sotto due profili: l'asserita incertezza in ordine alla sussistenza del nesso causale, alla luce delle considerazioni contenute nelle consulenze tecniche dei prof. V. e D.; in secondo luogo per la violazione dei limiti imposti al giudizio dall'art. 425 c.p.p., in base ai quali solo l'inutilità del dibattimento potrebbe giustificare la sentenza di non luogo a procedere.

Sotto il primo profilo si assume che nessuno dei consulenti aveva posto in dubbio la sussistenza del nesso causale tra il ritardo nella esecuzione della TAC (avvenuto dopo circa 16 ore) e l'evento morte; ciò che aveva sostenuto il consulente della difesa era l'assenza di condotta colposa dei medici in presenza di quel determinato corteo sintomatologico. Manifestamente illogica era pertanto la sentenza nella misura in cui asserisce di sposare la tesi sostenuta dai consulenti tecnici che in realtà sostengono fatti e circostanze diversi. Ciò soprattutto tenuto conto degli esiti della CTU del PM che concludeva nel senso che la prognosi del trauma cranico dipende principalmente dalla rapidità con cui si pratica la cura adatta. Quanto al secondo profilo dalla stessa parte motiva della sentenza emergeva il contrasto tra le consulenze, sanabile solo con una perizia, e la discrepanza tra le versioni dei fatti rese dal personale infermieristico e quelle rese dai familiari del paziente, circostanze queste che giustificavano o meglio rendevano necessario lo svolgimento del dibattimento.

Considerato in diritto Il ricorso è fondato. (...)

Del tutto improponibile giuridicamente, poi, è l'assunto del giudice teso ad escludere la sussistenza di una posizione di garanzia degli infermieri, che, oltre ad essere affermazione apodittica, fraintende



completamente i principi applicabili nella subiecta materia. È vero proprio il contrario, e cioè che, rientra nel proprium (non solo del sanitario, ma anche) dell'infermiere quello di controllare il decorso della convalescenza del paziente ricoverato in reparto, sì da poter porre le condizioni, in caso di dubbio, di un tempestivo intervento del medico. Il ragionamento del giudicante, a tacer d'altro, finisce con il mortificare le competenze professionali di tale soggetto, che, invece, svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente, essendo,

come detto, l'infermiere onerato di vigilare sul decorso post operatorio, proprio ai fini di consentire, nel caso, l'intervento del medico. È evidente ancora l'equivoco del giudicante quando si sofferma sull'"autonomia valutativa" dell'infermiere, rispetto al sanitario, che dimostra, a fortiori, l'errore concettuale di giudizio: non è infatti in discussione (né lo potrebbe essere) una comparazione tra gli spazi valutativi e decisionali dell'infermiere rispetto al medico, ma solo l'obbligo per l'infermiere, anche solo in caso di dubbio ragionevole (qui, fondabile non foss'altro che per le reiterate indicazioni dei parenti), di chiamare l'intervento del medico di turno, cui poi compete la decisione ultima.

P.Q.M.

annulla la sentenza impugnata con rinvio al Tribunale di Trani.

COMMENTO

Questa sentenza è particolarmente significativa perché, a distanza di molti anni, applica quanto avviato con la legge 42/99 e consolidato con le successive L.251/2000 e L.43/2006 che hanno definito il nuovo ordinamento delle professioni sanitarie in Italia.

A differenza di quanto affermato nella sentenza impugnata, l'infermiere, quale professione sanitaria a tutti gli effetti (e non più ausiliaria), ha spazi di autonomia valutativa oltre che essere portatore di una posizione di garanzia nei confronti della persona assistita.

La Cassazione aveva già rimarcato questi principi con la sentenza n. 9638 del 2 marzo 2000 in cui si legge: "Gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti ex lege portatori di una posizione di garanzia espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articolo 2 e 32 della Costituzione, nei confronti dei pazienti, la



cui salute devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità".

L'infermiere, inserito all'interno di un team multidisciplinare, si impegna a non nuocere e orienta la sua azione nel rispetto dell'autonomia e del bene dell'assistito (Codice Deontologico dell'Infermiere, articoli 6-7-9). Assume la responsabilità in funzione del livello di competenza raggiunto, avvalendosi della consulenza di colleghi con maggior esperienza oppure declinando la responsabilità quando potrebbe mettere a rischio la sicurezza del paziente (codice deontologico dell'infermiere, articoli 11-13).

Proprio in base a questi principi nella sentenza si afferma che l'infermiere "svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente, essendo, come detto, l'infermiere onerato di vigilare sul decorso post operatorio, proprio ai fini di consentire, nel caso, l'intervento del medico".

Nulla vale la considerazione che la morte del paziente sia sopraggiunta per un errore (ritardo) di valutazione diagnostica e intervento terapeutico ascrivibili a responsabilità esclusivamente mediche (non effettuazione della TAC e conseguentemente grave ritardo nella diagnosi del danno cerebrale e parimenti dell'effettuazione dell'intervento neurochirurgico). Gli infermieri con il loro comportamento imperito, negligente e omissivo hanno contribuito in modo sostanziale al ritardo nella diagnosi e nell'intervento terapeutico che, se effettuato in tempi adeguati, avrebbe potuto evitare la morte del soggetto (nesso di causalità).

Allo stesso modo anche l'eventuale assenza di indicazioni mediche circa i controlli post-intervento da effettuare sul paziente a carico del personale Infermieristico non escludono la responsabilità degli Infermieri che, in quanto professionisti avrebbero dovuto possedere tutte le conoscenze necessarie per valutare e sorvegliare correttamente i segni e i



sintomi manifestati dal paziente nel decorso post-operatorio e, se necessario, richiedere l'intervento del medico. La colpa è sicuramente l'elemento soggettivo che più di frequente caratterizza i reati a carico degli infermieri. In questo caso, non esiste alcuna volontà di commettere un reato che però si verifica comunque, come enunciato dall'Art. 43 C.P., a causa di negligenza, o imprudenza, o imperizia (colpa generica), ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (colpa specifica). La cassazione ha rilevato che erano da considerare corretti "i due presupposti dell'accusa" (...) cioè "la sussistenza dell'obbligo per gli infermieri di avvertire il medico di reparto di qualsiasi lamentela di parenti del paziente" e dell'obbligo per gli stessi "di valutare e percepire le sintomatologie dei pazienti", ritenendo che il ragionamento "assolutorio", "finisce con il mortificare le competenze professionali (degli infermieri)".

Questa sentenza, pur con l'esito sfavorevole per gli infermieri coinvolti, al di là di alcuni termini utilizzati (es. "paramedici") è testimonianza che il cambiamento di concezione sulla nostra professione si sta facendo strada anche all'interno del panorama giudiziario.

Per questo è opportuno che ciascuno di noi accresca il proprio livello di consapevolezza professionale incrementando e rafforzando la propria identità ma soprattutto il proprio livello di competenze, documentando adeguatamente le proprie azioni e scelte professionali.

È sempre opportuno ricordare che "ciò che non è documentato è come se non fosse stato fatto" di conseguenza la corretta redazione della cartella infermieristica rappresenta la miglior dimostrazione della propria professionalità, soprattutto in caso di contenzioso 

1 *Presidente Ipasvi Como*

2 *Infermiera Legale e Forense, Consigliere Ipasvi COMO*

notizie in pillole a cura di S. Citterio

PRESENTATI I PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE (POA) DELLE AZIENDE SANITARIE

Lo scorso 15 novembre è scaduto il termine per la presentazione da parte delle Aziende Sanitarie pubbliche (AO, ASL e IRCCS) per la presentazione dei POA (piani di Organizzazione Aziendali).

Ora la palla passa alla Regione che deve valutare al coerenza dei piani con le indicazioni fornite alle Aziende.

Il POA è un documento nel quale ciascun Azienda, sulla base delle indicazioni regionali, definisce le scelte strategiche e le modalità organizzative che intende assumere per il prossimo biennio per la realizzazione dei propri fini istituzionali. Il POA deve quindi contenere la fotografia dell'assetto organizzativo aziendale ma anche le azioni per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei livelli produttivi aziendali. Il POA è adottato dal Direttore Generale acquisito il parere del Consiglio dei Sanitari e del Collegio di Direzione previo confronto con le Organizzazioni Sindacali.

Nelle AO nelle quali insistono poli universitari, l'atto è adottato sentito il Rettore dell'Università. Il POA dovrebbe prevedere una "Razionalizzazione del numero delle strutture", ovvero una riduzione, entro il 31/12/2013 del 10% del numero complessivo delle strutture sanitarie (semplici, semplici a valenza dipartimentale, complesse).

Per valutare le strutture, il documento chiede di tenere conto dei volumi di produzione, delle risorse economiche gestite, della complessità dei casi trattati, dei contingenti di personale assegnato, della rilevanza e complessità delle tecnologie gestite e della valenza strategica. Staremo a vedere che cosa accadrà.



L'ampliamento delle competenze infermieristiche

Antonino Zagari, giurista esperto di diritto sanitario
Chiara Caccavale, infermiera presso l'IRCCS "E. Medea" Bosisio Parini (LC)

In quest'articolo, si cercherà di definire il processo giuridico professionale secondo cui una nuova competenza/attività infermieristica possa essere inserita nel campo proprio di attività e di responsabilità professionale e quindi considerata a tutti gli effetti riconducibile alla sfera del lecito agire di ogni infermiere. Si vuole partire dalla seguente affermazione: ***l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica***¹.

L'individuazione dell'oggetto peculiare dell'assistenza infermieristica e la sua differenza con l'assistenza medica, sono evidenziate dalla più avanzata elaborazione epistemologica sull'argomento², la quale, accanto alla definizione dell'attività medica nella sua duplice dimensione di diagnosi e prescrizione diagnostico-terapeutica, identifica l'assistenza infermieristica, di cui la diagnosi infermieristica³ e la pianificazione per obiettivi dell'assistenza infermieristica costituiscono gli aspetti salienti, aspetti che si integrano perfettamente con la diagnosi e la terapia medica nell'esclusivo interesse del malato, senza indebite ingerenze. L'affermazione che l'infermiere è responsabile

dell'assistenza generale infermieristica è strettamente legata ad un'altra affermazione: **il campo proprio dell'assistenza infermieristica cambia con il mutare della società e con l'ampliamento delle conoscenze e della formazione infermieristica.**

In questo senso possiamo affermare quindi che il mutare delle conoscenze infermieristiche unitamente al cambiamento delle modalità di soddisfacimento dei bisogni di salute degli assistiti, cui l'attenzione dell'infermiere è volta, porta come logico effetto che anche le prestazioni e le modalità con cui sono erogate le prestazioni medesime debbano mutare, o meglio sottostare ad un consequenziale cambiamento ed adattamento delle tecniche, al fine di rispondere in modo appropriato alle esigenze della popolazione. Ciononostante non si può sostenere che lo stimolo all'inserimento di nuove prestazioni di competenza infermieristica avvenga **unicamente** per una mutata richiesta dei pazienti. Piuttosto, le nuove esigenze manifestate dai "clienti" dell'infermiere, dovrebbero rappresentare sempre il punto di arrivo, ma non necessariamente il punto di partenza di quel processo di miglio-



¹ D.M. 14 settembre 1994, n. 739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere

² A. Marriner-Tomey "I teorici del nursing e le loro teorie" McGraw-Hill Milano terza edizione - Cantarelli M. Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche. 2° edizione. Milano: Masson (2003)

³ A.A.V.V. Guida all'esercizio professionale per il personale infermieristico ostetrico tecnico sanitario e della riabilitazione C.G. Edizioni Medico Scientifiche p. 177; M.J. Kim; G.K. McFarland; A.M. McLane, diagnosi infermieristiche e piani di assistenza, Sorbona, 1991; V. Dimonte, "tipologia, struttura e sistemi di classificazione delle diagnosi infermieristiche". Riv. Infermiere Informazione 5/6 1997 Collegio Ispavi di Torino; Zanotti R. la diagnosi infermieristica in wound care secondo NANDA atti congresso Le lesioni cutanee nel 3° millennio evoluzione di un problema sociale riccione 24 - 27 maggio 2000 a cura di Aislec; L.D. Atkinson, M.E. Murray, Capire il Processo di Nursing, Ambrosiana, 1994.



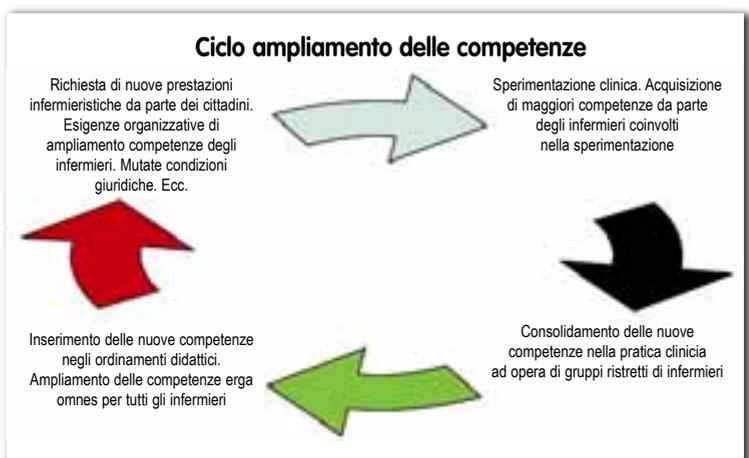
ramento e mutamento delle competenze infermieristiche. La realtà fattuale ci mostra come molte volte questo ampliamento risponde, oltre che ad un bisogno degli assistiti, a logiche di razionalizzazione e miglioramento dei servizi in termini di appropriatezza⁴. Detto ciò si ritiene che le determinanti che devono essere prese in considerazione nell'inserimento di nuove prestazioni nella pratica infermieristica, possono essere:

- la domanda della popolazione;
- considerazioni sulla sicurezza dell'utente;
- i rischi e i benefici;
- gestione delle complicità delle prestazioni;
- richieste delle istituzioni;
- la disponibilità di personale qualificato;
- esistenza di altre esperienze di inclusione della nuova tecnica;
- prassi in ambito infermieristico;
- interesse della professione infermieristica all'introduzione della nuova pratica⁵.

La previsione di uno sviluppo dinamico delle competenze infermieristiche è stata prevista dallo stesso legislatore all'art. 1 comma 6-7 del D.M. 739/94 (Profilo Professionale) nel quale si dispone che: "[...] in relazione a motivate esigenze emergenti dal Sistema Sanitario Nazionale, potranno essere individuate con Decreto Ministeriale, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica [...]". Comma 7 Il percorso formativo viene definito con decreto del Ministero della sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. Ad ogni modo, prescindendo dalla natura del richiedente (popolazione o istituzioni) resta indubbio il fatto che una nuova prestazione potrà essere riconosciuta

come appartenente ad una professione solo ed unicamente se non è in contrasto con l'ordinamento giuridico o con l'ordinamento della professione stessa. Ciò detto, il processo d'inserimento di nuove competenze per la professione infermieristica si caratterizza, secondo la nostra opinione, attraverso un solo canale che va dalla clinica all'università fino alla legittimazione giuridica ad opera degli ordinamenti didattici.

In altri termini nuove competenze si implementeranno prima nella pratica clinica e nell'operatività professionale, attraverso la sperimentazione, l'utilizzo di protocolli, procedure ecc., diventando competenza dei pochi professionisti infermieri che sperimentano tali competenze, i quali potranno dimostrarle con il tempo di poterle eseguire con abilità e la possibilità di garantire la necessaria perizia, a tutela della sicurezza dell'utente a cui la prestazione è diretta. In seguito si procederà all'inserimento di tali attività sperimentali negli ordinamenti didattici di base e post base facendo sì che talune attività eseguite solo da "pochi infermieri" e in via sperimentale, diventino patrimonio di tutta la comunità infermieristica. Infatti la possibilità di estendere erga omnes una competenza, prima acquisita da pochi, rappresenta un vero e proprio "potere" conferito dal legislatore agli ordinamenti di base e post base, laddove l'art. 1 della Legge 42/99 prevede che "il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre



⁴ In tal senso si veda la proposta di sperimentazione del modello See and Treat come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori in Toscana – DGR n. 958 del 17/12/2007 DGR n. 140 del 25/02/2008 DGR n. 446 del 31/03/2010 vedi anche A. Rosselli et al. "I Risultati della sperimentazione del See and Treat" Rivista Toscana medica n. 9 del 2011 pp. 17-19 --. Mario Suso et al., "See & Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate. Una revisione della letteratura", Assistenza infermieristica e ricerca, 27(3), 2008, pp. 136-144

⁵ Padovan M, Pagiusco G. Linee guida per l'inserimento di nuove prestazioni nella pratica infermieristica Riv Diritto Professioni Sanitarie, 2000; 3(1): 22-27





1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli **ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base** nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali (...). **In questo senso, la dinamicità e mutevolezza dei contenuti degli ordinamenti didattici, assume un valenza fondamentale per la professione infermieristica dal momento che l'inserimento di nuove prestazioni nei curricula universitari di base, rende le medesime competenze riconducibili ad ogni infermiere.**

È pacifico che l'ampliamento delle competenze, che si realizza con la revisione degli ordinamenti didattici, vale anche per coloro che esercitano la professione già da tempo e non solo per coloro che si formeranno dopo la revisione di tali ordinamenti. Tale possibilità non deve essere confusa con l'avventatezza e l'imprudenza avventurandosi a fare ciò che non si sa fare, omettendo di avvertire (per negligenza) chi, se fosse intervenuto, avrebbe potuto compiere l'atto necessario in modo congruo.

È proprio il senso di autoresponsabilità previsto dall'art. 13 del codice deontologico degli infermieri (là dove recita che l'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti.

Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale che deve dare un limite all'agire infermieristico, impedendo di porre in essere condotte improprie che metterebbero a rischio la salute degli assistiti.

Dalla lettura comparata e sistematica delle norme ancora una volta si evince che il campo dell'esercizio professionale è da intendere, nel quadro delle funzioni previste dalla normativa vigente, in un continuo divenire, destinato a letture di carattere storico-evolutivo, ed in continua ridefinizione. Questo significa che, in ragione dell'acquisizione di nuove conoscenze, all'avanzamento degli ordinamenti didattici operato con la nuova formazione universitaria del sistema delle lauree e alla diffusione tecnologica, il limite della competenza professionale infermieristica, così com'è avvenuto per la professione medica, si sposta continuamente, diventa dinamico, aprendo scenari nuovi che si svilupperanno nel tempo in funzione del grado di maturazione culturale e scientifica della professione infermieristica 



Customer satisfaction: risultati di una indagine all'interno di un pronto soccorso

42

Roberto Rossi, Coordinatore Infermistico - Parravicini Alex, Infermiere - Elena Cavadini, Infermiere Pronto Soccorso - Ospedale San Antonio Abate Cantù - Azienda Ospedaliera S. Anna di Como

La Regione Lombardia è impegnata da molti anni nell'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria erogata.

A tal fine essa necessita anche delle informazioni che arrivano dalla rilevazione, dall'analisi e dal livello di soddisfazione della qualità percepita dal cittadino (Customer Satisfaction).

La misurazione della soddisfazione dell'utente si rende necessaria al fine di capire le necessità ed i bisogni del cliente raggiungendo il duplice obiettivo di rispettarne i diritti e utilizzare strategie aziendali vincenti: la Customer Satisfaction rappresenta uno strumento per indurre cambiamenti organizzativi rilevanti. In questo contesto si inserisce il progetto sviluppato all'interno del Pronto Soccorso dell'Ospedale Sant'Antonio Abate di Cantù (Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como) che ha consentito di condurre, nel secondo trimestre 2011, una prima indagine valutativa della struttura su un campione di 250 utenti che hanno avuto accesso, nel periodo preso in esame, al Pronto Soccorso di Cantù e compilato in maniera volontaria il Questionario Customer Satisfaction.

TABELLA 1: ANALISI DEL CAMPIONE

Classificazione del campione per sesso

Maschi	119
Femmine	131
Totale	250

Il campione d'analisi, derivato dalla compilazione volontaria dei pazienti, come evidenziato dalla tabella 1 è costituito da 119 maschi e 131 femmine di età media di 46,6 anni, con livello di scolarità medio.

Allo stesso modo, come si evince dal grafico sottostante, la stragrande maggioranza dei compilatori è rappresentata da Utenti di Nazionalità italiana (240) mentre solo 4 hanno nazionalità Europea e 6 Extraeuropea.



METODOLOGIA E STRUMENTO DI INDAGINE

Si è deciso di utilizzare come strumento di indagine un questionario a risposta multipla in quanto tale strumento si presta con sufficiente rapidità e semplicità ad indagare le variabili ritenute significative.

Il Questionario prevedeva domande a risposta chiusa (tranne la n. 14) che riguardavano i seguenti indicatori di qualità percepita:

- 1) Le modalità di ricovero (In ambulanza o con mezzo proprio).
- 2) I tempi di attesa (Tempo trascorso dall'inserimento dati al triage alla visita medica).
- 3) L'accoglienza e le informazioni ricevute dal personale sull'organizzazione della struttura. (Codice colore, tempi d'attesa, informazioni su un parente, ...)



- 4) Gli aspetti strutturali e alberghieri (Comfort della sala, pulizia, qualità e quantità del cibo, pulizia della stanza e dei servizi igienici).
- 5) L'assistenza del personale infermieristico (Disponibilità, sollecitudine/tempestività e cortesia).
- 6) L'assistenza ricevuta del personale medico (Disponibilità e cortesia).
- 7) Le cure assistenziali offerte.
- 8) Le informazioni ricevute sullo stato di salute e sulle cure prestate.
- 9) Il rispetto della riservatezza personale (Privacy).
- 10) L'organizzazione dell'ospedale nel suo insieme.
- 11) Le indicazioni ricevute dagli operatori sanitari sul comportamento da tenere dopo la dimissione (Riguardo a: uso dei farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica, abitudini quotidiane ed eventuali visite di controllo).
- 12) Il livello di soddisfazione complessivo del trattamento ricevuto durante l'esperienza in PS.
- 13) La possibilità che la struttura venga consigliata ad altre persone.
- 14) La descrizione di eventuali disagi subiti durante la permanenza in PS (Domanda aperta).

La compilazione del questionario era su base volontaria; la scheda veniva proposta dal personale infermieristico a tutti gli utenti in giorni, turni (mattino, pomeriggio, notte) randomizzati, escludendo i Pazienti triagiati con codice rosso ed i Pazienti emotivamente coinvolti da situazioni particolarmente stressanti (pazienti PSICHIATRICI, pazienti che hanno subito VIOLENZE di genere).

La scheda veniva consegnata nella fase precedente la dimissione e fatta compilare in una sala visita vuota per garantire la tranquillità e la privacy al paziente durante la valutazione. Il personale infermieristico non era presente durante la compilazione per non influenzarne il risultato.

La scheda dava modo al Paziente sia di poter mettere il proprio nome sia di essere lasciata anonima. In quest'ultimo caso veniva volutamente identificata con il numero del verbale di accettazione al fine di poter valutare eventuali rimostranze da parte del paziente attraverso audit, composti da medici ed infermieri.

Tutte le schede non compilate interamente non sono state prese in esame.

La scheda compilata veniva quindi riposta in un faldone dedicato posto nello studio del caposala.

ANALISI DEI RISULTATI

L'indagine ha consentito al personale medico ed infermieristico del nostro Pronto Soccorso di fare un punto zero rispetto alla qualità del servizio offerto durante le attività cliniche, assistenziali, di accoglienza, trattamento, osservazione breve costituendo quindi il punto di partenza per successive valutazioni.

Nello specifico essa ha evidenziato un buon livello di gradimento della struttura e la possibilità di margini di miglioramento per quanto riguarda, ad esempio, il servizio di ristorazione e la tutela della Privacy dei Pazienti.

L'analisi ha inoltre messo in luce la necessità di metodologie adeguate a raccogliere il parere di cittadini stranieri che hanno compilato il Questionario di gradimento in misura non rispondente alle reali proporzioni di accesso alla struttura.

Infatti come già evidenziato il campione di indagine è costituito quasi esclusivamente da Pazienti di nazionalità italiana.

Alcune possibili interpretazioni sono:

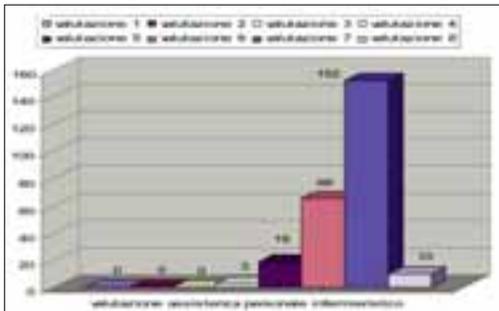
- la compilazione del questionario era libera;
- non sempre le persone straniere sanno leggere e comprendere l'italiano;
- il personale infermieristico, a volte, ha poco tempo da dedicare alla spiegazione delle domande a persone che non conoscono bene la nostra lingua.

Accanto a queste valutazioni è opportuno sottolineare che non sono state garantite le condizioni per poter avere un parere rispetto al servizio offerto alle persone straniere. In pronto soccorso non è presente un professionista capace di tradurre alcune delle lingue parlate dalle diverse etnie che frequentano spesso il nostro reparto. (Pazienti Albanesi, Rumeni, Pachistani, Tunisini e Ghanesi). In futuro il personale del nostro Pronto Soccorso creerà dei libretti informativi in varie lingue sulle indicazioni che più spesso vengono date nel nostro reparto.

Inoltre dovrà essere individuata una modalità per poter dialogare con le persone straniere in modo chiaro e comprensibile. (es. creare una squadra di dipendenti che conosca lingue diverse e possa essere d'aiuto).



Grafico 2 - Assistenza del personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)



44

Tra le diverse variabili indagate ci interessa mettere in evidenza quanto è emerso dal quesito n. 5 che riguardava il livello di gradimento dell'assistenza infermieristica, con particolare riferimento alla Disponibilità, sollecitudine/tempestività e cortesia). Come si evidenzia dal grafico emerge un'ottima soddisfazione degli Utenti riguardo all'assistenza ricevuta dal personale infermieristico.

Infatti nessuno dei 250 Pazienti interpellati ha dato un giudizio inferiore a 4 che rappresentava la sufficienza.

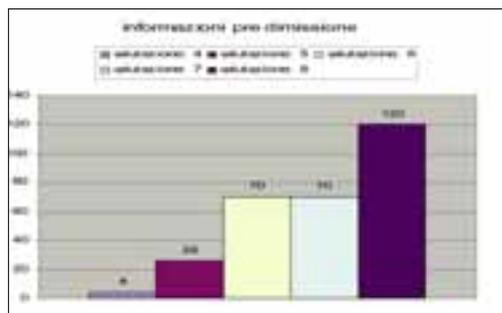
La maggior parte dei Pazienti (152 Pazienti) ha espresso un'ottima valutazione attestandosi sul 7 dando quindi un'ottima valutazione in termini di apprezzamento. Da parte del personale infermieristico la soddisfazione deriva dal fatto che dei 152 Pazienti che hanno dato una valutazione positiva all'assistenza, alla disponibilità e alle informazioni date dagli infermieri, 40 Pazienti erano allettati e quindi in condizioni disagiate e più difficili da assistere. In questi casi la compilazione del questionario è avvenuto con l'aiuto di un parente che assisteva il paziente in barella o allettato. Interessanti appaiono anche i risultati della domanda 14, nella quale si chiedeva di specificare (nel caso si fosse verificato) quale fosse in maggior disagio subito durante la permanenza in PS. Un primo dato ci dice che sono state pochissime (28 su 250 compilatori, quindi 222 pazienti hanno lasciato in bianco la domanda) le persone che hanno compilato la domanda (l'unica aperta di tutto il questionario). Siamo portati a pensare che i Pazienti che giungono in Pronto Soccorso e non vi risiedono per molto tempo, non vedano l'ora di andare a casa e, solo occasionalmente, hanno dedicato tempo ulteriore a darci suggerimenti.

Dalle osservazioni raccolte abbiamo riscontrato disagi rispetto:

- all'attesa dei Medici Specialisti;
- mancanza di un televisore o musica in sala d'attesa;
- dover sostare all'interno del pronto soccorso, dopo la visita, condividendo l'attesa con altri. Pazienti più gravi (ubriachi, pazienti che vomitano, che urlano e che possono essere aggressivi).

Rispetto all'ultima criticità, riteniamo (abbiamo già espresso richiesta) che sia doveroso avere una stanza dove poter far sostare in tranquillità i Pazienti con sintomi più gravi in modo da poter tutelare la loro privacy e la loro sicurezza (sala di Astanteria). In sala d'aspetto abbiamo fatto installare un televisore per alleggerire l'attesa della visita a pazienti e parenti.

D.11. Indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione (riguardo a: uso di farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo).



La valutazione globale alle informazioni pre dimissione ai pazienti è discreta (140 pazienti danno un voto da 6 a 7) ma comunque non scevra da processi di tipo migliorativo. Questo punto verrà analizzato e trattato trovando il modo per dare alla dimissione le giuste e più appropriate indicazioni terapeutico diagnostiche

In linea generale si rileva che:

- le aziende sanitarie e il personale che ci lavora vedono sempre più l'utente come principale destinatario del loro operato per il raggiungimento di obiettivi che uniscono qualità, soddisfazione, personalizzazione, umanità, appropriatezza, efficienza ed efficacia;
- all'interno del sistema socio sanitario non è più



possibile esimersi dall'interrogarsi sull'esistenza o meno della co-partecipazione: in una società democratica e dell'informazione infatti gli utenti finiscono per porsi come soggetti di partecipazione e quindi di valutazione;

- la Customer Satisfaction si basa sul concetto di qualità percepita e rappresenta uno strumento di rilevazione della soddisfazione degli utenti delle organizzazioni che producono beni e servizi;
- i sistemi di miglioramento della qualità costituiscono per i professionisti uno strumento per l'apprendimento continuo delle competenze professionali; per le organizzazioni sanitarie un'occasione di ridefinizione costante dei propri principali elementi costitutivi per una gestione strategica dei servizi in relazione alle continue trasformazioni ambientali; per i cittadini rappresentano un'occasione di partecipazione effettiva, in veste di valutatori esterni, al sistema di miglioramento della qualità secondo la prospettiva peculiare di cui essi sono portatori.

In conclusione, tenendo conto che la qualità in Sanità è fare solo ciò che è utile, nel modo migliore, con il minor costo a chi ne ha veramente biso-

gno facendo fare le cure a chi è competente per farlo ottenendo i risultati valutati come migliori, è possibile conseguire un miglioramento continuo della qualità anche attraverso l'analisi partecipata della stessa, assoggettandola periodicamente a processi di verifica e revisione. La raccolta dei questionari Customer satisfaction nel Pronto si è dimostrato un carico di lavoro non indifferente in quanto difficile da conciliare con le situazioni non prevedibili di Sovrafflusso in reparto.

Rispetto ad un normale reparto di degenza i Pazienti hanno poco tempo da dedicare alla compilazione ed il personale infermieristico ha gestito la distribuzione e la raccolta dei questionari tra una visita e l'altra di un paziente. Per questo ringrazio tutto il personale del Pronto Soccorso di Cantù per l'energia e l'impegno profuso al fine di raccogliere informazioni da reindirizzare al miglioramento della nostra organizzazione e per offrire ai Pazienti prestazioni migliori.

Un'ulteriore indagine verrà effettuata nel secondo trimestre del 2013 in modo da poter comparare i risultati osservando se aspetti della organizzazione modificati hanno effettivamente dato risposta positiva alle richieste dell'Utenza 

BIBLIOGRAFIA

- Altieri L. (a cura di). Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità. Salute e Società, Anno I, n. 2, Milano, Franco Angeli, 2002.
- Altieri L. Un percorso qualitativo/quantitativo per la valutazione della qualità percepita. In Cinotti R., Cipolla C. (a cura di). La qualità condivisa fra i servizi sanitari e cittadini. Milano, Franco Angeli, 2003.
- Callini D. e Montaguti L., Cambiamento organizzativo e formazione, Franco Angeli, Milano 1993
- Costantino Cipolla, Guido Girelli e Leonardo Altieri, Valutare la qualità in sanità: approcci, metodologie e strumenti - Milano: Angeli, c2002. - 474 p.; 23 cm. - (Laboratorio sociologico. Teoria, epistemologia, metodo). ISBN 88-464-3425-0.
- Donabedian A. La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1990.
- Donabedian A. La quality assurance nella sanità. Salute e Territorio, n. 99, 1996.
- Donabedian A., L'abc della Quality Assurance e del monitoraggio dell'assistenza sanitaria", QA, n. 1-2 1989 e n. 3-4, 1989
- E. Hayes, Misurare la soddisfazione dei clienti, sviluppo, controllo utilizzazione dei questionari, tecniche per l'analisi dei risultati, Franco Angeli, Milano 2003
- E. Malinverno, La qualità dell'assistenza infermieristica: metodi e strumenti di valutazione. Roma: Carocci-Faber, 2005
- Favretto G. Bonamini E., Rappagliosi C. M., Goglioneri R., Chemoli E., Piccoli A., Painsi M., "Il Cliente nella Sanità - Risultati di un percorso di ricerca" 2002
- Galgano A, La qualità totale, Il Sole 24 Ore Libri, Milano 1990
- Giovanni Schiavi, La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie - Milano: Angeli, (Azienda moderna).
- Giuseppe Favretto, Il cliente nella sanità: i risultati di un percorso di ricerca. - Milano F. Angeli, 2002. - 320 p.; 23 cm. - (Sanità). - ISBN 88-464-3311-4.
- Groll R., Baker R., Moss F. Quality Improvement research: understanding the science of change in health care. London: BMJ Books, 2004
- Gustafson DH, et al: Assessing the needs of breast cancer patients and their families. Qual Mang Health Care 2(1):6-17, Fall 1993.
- Hunt, K. H. Overview And Future research direction. In Conceptualization and measurement of customer satisfaction and dissatisfaction, (ed.) Cambridge, MA: Marketing Science Institute, 1977.
- Cipolla, valutare la qualità in sanità, Franco Angeli 2007
- J. W. Williamson et al., Health Accounting for Quality Assurance. A manual for Assessing Improving Outcomes of Care, American Occupational Therapy Association, Galbraith 1981
- Louidice M. I questionari per valutare la soddisfazione del paziente. Supplemento in Mecosan, 18: 182, 1996.
- Louidice M. T., Il paziente utente/cliente in sanità e la sua soddisfazione, Panorama della Sanità, 19: 43-39. 1995
- Normann R. La gestione strategica dei servizi, Etas, Milano 1992
- Ovretveit J. La qualità nel servizio sanitario. Napoli, Istituto Giannini - Edises, 1996.
- Ovretveit J., La qualità nel servizio sanitario, ed. Spiananti, Napoli 1996.
- Pellegriano E., Tohomasma D. Per il bene del paziente, trad. it, edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo 1992



Analgesia Post-Triage: quale ruolo per l'infermiere?

di Stefano Citterio, Presidente IPASOI Como

46

Gli Infermieri coinvolti nei processi di triage sono chiamati ad utilizzare le proprie competenze per governare l'accesso dei pazienti al pronto soccorso. Tra i diversi aspetti che devono affrontare quello della gestione del dolore della persona rappresenta una criticità significativa per diversi ordini di motivi.

Il primo riguarda la gestione di un sintomo di non sempre facile inquadramento e che può costituire il principale motivo di accesso al sistema dell'urgenza da parte degli utenti.

Non dobbiamo tralasciare anche la considerazione che "l'Ospedale senza dolore" è, purtroppo in molte situazioni, rimasto solo come slogan traducendosi nel concreto unicamente in alcuni settori specialistici.

Quindi l'esigenza di una risposta adeguata e sicura al tema del dolore anche nel contesto del Pronto Soccorso costituisce un'esigenza del sistema alla quale è necessario dare una risposta.

È opportuno quindi riflettere sul contributo dell'infermiere nell'analgesia post-triage, per garantire la migliore risposta possibile ai cittadini.

"Il sistema di "trriage" è uno strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati a un servizio per acuti."

L'attività di triage di pronto soccorso, in coerenza con le linee guida ministeriali deve essere affidata a personale infermieristico "adeguatamente formato" il quale deve operare "secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio".

Secondo le linee guida del 2001 il triage deve essere svolto da un infermiere "sempre presente nella zona di accoglimento del Pronto Soccorso e in grado di considerare i segni e i sintomi del



paziente per identificare condizioni potenzialmente pericolose per la vita e determinare un codice di gravità per ciascun paziente al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica".

Rispetto ai primi interventi da eseguire nell'area di triage, dando per scontata la liceità di una serie di atti che l'infermiere può effettuare in assenza del medico, per gli atti da eseguire dietro prescrizione medica occorre un'riflessione più approfondita.

Ci soffermiamo, in particolare, sul caso della somministrazione di analgesici e sul ruolo che possono assumere i protocolli in tali attività.

In termini generali il medico prescrive e l'infermiere deve garantire la corretta somministrazione dei farmaci.

Trattandosi di attività di Triage, in coerenza con quanto indicato dalle linee guida ministeriali, in ogni caso si consiglia l'adozione di protocolli e linee guida validati dall'Azienda.

Tali protocolli dovranno rispondere alla più aggiornata ed evoluta letteratura scientifica in materia, dovranno cioè essere al passo con le più moderne normative e regole del settore, nonché essere basati su prove di efficacia (evidence based medicine ed evidence based nursing).



La letteratura scientifica che si è occupata dell'argomento ha specificato che sono condizioni indispensabili dei protocolli "la correttezza, l'applicabilità, la chiarezza e la trasparenza, la condivisibilità e la flessibilità, ovvero la mutabilità nel tempo in funzione dell'aggiornamento e delle conoscenze scientifiche".

I protocolli, quindi, come base per l'esercizio professionale e come strumento di regolamentazione di rapporti tra medici e infermieri: il medico che interviene nella fase della proceduralizzazione, standardizzazione e formazione del personale. L'infermiere si pone invece come responsabile degli atti che pone in essere. Le responsabilità attengono quindi ad ambiti diversi (Benci 2011). È indispensabile, inoltre, che le modalità di verifica di eventuali controindicazioni, allergie, consenso etc. siano appositamente indicate e rintracciabili sulla documentazione in uso così come, ovviamente, l'intero percorso della persona assistita. Ad ulteriore sostegno e rinforzo del necessario coinvolgimento infermieristico nelle attività di sedazione del dolore si cita il provvedimento 24 maggio 2001 "Accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore", in Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 giugno 2001 che precisa:

1. "è auspicabile che nella cartella clinica del paziente (per analogia anche nella scheda di Triage o documentazione di PS) siano riportate le caratteristiche del dolore e la sua evoluzione durante il ricovero;

2. la rilevazione costante del dolore deve essere inserita fra le competenze dell'infermiere, il quale dovrà ricevere la formazione opportuna per svolgere tale compiti."

Concludendo, potrebbe risultare lecita la somministrazione diretta da parte dell'infermiere, sulla base di protocolli e linee guida aziendali, solo di alcuni farmaci analgesici da somministrare per via orale, accuratamente selezionati in relazione alle possibili controindicazioni e complicanze. Qualche rischio potrebbe derivare da una futura valutazione restrittiva da parte della Magistratura ove ritenesse che la somministrazione di farmaci, soprattutto in caso di effetti collaterali o "copertura" di patologia in atto, possa costituire esercizio di diagnosi, in concreto, da parte dell'infermiere. Se lo si ritiene opportuno potrebbe essere previsto un periodo di "sperimentazione" con controfirma del medico su quanto effettuato dall'infermiere, ad ulteriore garanzia del percorso intrapreso. Per quanto concerne il 118 e l'urgenza, la legittimità della somministrazione di farmaci salvavita, in assenza del medico e in presenza di protocolli, è sancita dal d.P.R. 27.3.1992, fatto salvo lo stato di necessità ex art. 54 c.p. Tale normativa è applicabile in PS solo in casi del tutto eccezionali. Resta ferma la considerazione che alcuni "minori" sono farmaci da banco, acquistabili liberamente, la cui somministrazione in PS rimane in un ambito di modesta incidenza 

(Realizzato con la consulenza dello Studio Legale Lavatelli – Latorraca e associati)

CHIUSURA UFFICI PER FESTIVITÀ NATALIZIE

Si avvisa che la segreteria
del Collegio resterà chiusa
dal 24 dicembre 2012 al 6 gennaio 2013.
Si riaprirà lunedì 7 gennaio 2013.





12 MAGGIO 2013

Giornata Internazionale dell'Infermiere

Per celebrare la giornata internazionale dell'infermiere 2013, il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Como ha pensato di effettuare due eventi. La commissione immagine propone un bando per l'elaborazione di un progetto di educazione sanitaria rivolto ai bambini delle scuole primarie. Già l'anno scorso abbiamo effettuato alcuni interventi in alcune scuole primarie della nostra provincia e visto il risultato ottenuto vorremmo proporci per estendere il progetto. Nel contesto della presenza civica e sociale della nostra professione il contatto con le scuole rappresenta un elemento strategico per evidenziare e rafforzare l'immagine della nostra professione. Inoltre ha intenzione di aprire una sorta di "sportello" di educazione sanitaria, rivolto alla popolazione, in merito ad alcune tematiche quali diabete, primo soccorso domestico, problematiche cardiovascolari. Consideriamo anche la forza dell'educazione sanitaria e il ruolo da tutti riconosciuto alla nostra professione in questo processo.

Chiediamo a tutti di diffondere, sostenere e, soprattutto partecipare a queste iniziative.



PRIMO EVENTO

**SPECIALE GIORNATA DELL'INFERMIERE 2013
EDUCAZIONE SANITARIA NELLE SCUOLE PRIMARIE**



Il Collegio IPASVI di Como effettuerà incontri di educazione sanitaria ai bambini delle scuole primarie di Como e Provincia. Lo scorso anno il tema proposto è stato: **L'IMPORTANZA DELL'ALIMENTAZIONE IN ETÀ SCOLARE: MANGIARE BENE MANGIARE SANO.**

Per quest'anno verrà utilizzata la stessa tematica oppure altre ritenute adatte alla fascia d'età della scuola primaria. Per tale motivo, il Collegio indice il seguente bando, per l'assegnazione di **n. 1 Premo** per un importo pari a **€ 500,00** persona o gruppo di persone, riservato agli iscritti al Collegio di Como.

OGGETTO DEL BANDO

Elaborazione di una progetto grafico in formato power point o strumento analogo, sul tema: **EDUCAZIONE SANITARIA.** Il candidato potrà scegliere l'argomento da proporre a bambini delle scuole primarie; è lasciata facoltà ai partecipanti definire a quale anno scolastico è rivolto il proprio elaborato, purché venga specificatamente indicato nella lettera di accompagnamento allegata al presente bando.

SOGGETTI E REQUISITI

- La partecipazione al bando è aperta a tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Como che siano in regola con la quota iscrizione.
- L'elaborato potrà essere presentato sia dal singolo iscritto che da un gruppo di iscritti che abbiano nominato un referente all'interno del gruppo.
- L'iscrizione al bando **DEVE essere fatta attraverso PEC, mail o supporto informatico** inviando o presentando l'elaborato unitamente alle scheda di iscrizione.

OGNI PARTECIPANTE

- È responsabile dell'elaborato presentato
- Garantisce di essere unico ed esclusivo autore del progetto e delle relative immagini inviate
- Garantisce che le immagini non sono coperte da copy right

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDA:

La domanda di partecipazione deve essere presentata, entro il termine perentorio del **10 Aprile 2013, ore 12.00**, in PEC, al seguente indirizzo como@ipasvi.legalmail.it, como@ipasvi.legalmail.it, mail info@ipasvicomo.it, in sede viale C. Battisti, 8 Como.

ASPETTI ECONOMICI

Il premio economico sarà erogato in un'unica soluzione al vincitore o al referente del gruppo vincitore, a mezzo bonifico bancario.

COMMISSIONE ESAMINATRICE

La Commissione esaminatrice, presieduta dal presidente del Collegio, dott. Stefano Citterio, sarà composta dai rappresentanti della Commissione Immagine - Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Como.

VALUTAZIONE

La valutazione dei progetti sarà effettuata considerando i contenuti dell'elaborato, la loro completezza, la semplicità nell'esposizione e la creatività della realizzazione del lavoro. A parità di punteggio verrà considerato, quale criterio aggiuntivo, l'anno di iscrizione al Collegio di Como del candidato singolo e referente del gruppo (chi è iscritto da più tempo). In caso di ulteriore parità verrà premiato il Candidato con età anagrafica maggiore.

La graduatoria sarà formulata a giudizio insindacabile dalla commissione esaminatrice e approvata con apposito provvedimento.

PREMIAZIONE

La premiazione si svolgerà in occasione della Festa Internazionale dell'Infermiere che sarà programmata nel mese di maggio 2013. I vincitori saranno avvisati a mezzo PEC, mail o tramite raccomandata all'indirizzo comunicato/utilizzato presentando la domanda.

PUBBLICAZIONE DEL BANDO

Il presente bando sarà pubblicato anche sul sito www.ipasvicomo.it.

VINCOLI

- l'elaborato non verrà restituito ai partecipanti;
- tutti gli elaborati verranno pubblicati sul sito del Collegio nell'area appositamente dedicata al bando di concorso;
- **il Collegio si riserva il diritto di utilizzare il materiale per le giornate di educazione sanitaria rivolte alle scuole elementari.**



Trasmissione:

- Pec como@ipasvi.legalmail.it
- Mail info@ipasvicomo.it
- Brevi manu



Al presidente
Del Collegio IPASVI
Viale C. Battisti, 8
22100 Como

50

**Domanda di partecipazione al bando "Speciale Giornata dell'Infermiere 2013"
EDUCAZIONE SANITARIA NELLE SCUOLE PRIMARIE**

Il/la sottoscritt_

Per conto del gruppo di iscritti costituito dai seguenti nominativi

- Cognome Nome n. iscrizione albo
- Cognome Nome n. iscrizione albo
- Cognome Nome n. iscrizione albo

Nata a il

Residente a via

Codice fiscale n.

tel. cell.

iscritto al Collegio IPASVI di Como dal al n. di posizione

CHIEDE

Di poter partecipare alla "speciale premiazione 2013"

A TALE FINE DICHIARA

Che il proprio elaborato è rivolto a bambini della classe primarie.

Data Firma

Il/la sottoscritta/o

AUTORIZZA

La pubblicazione del proprio elaborato sul sito internet del Collegio IPASVI www.ipasvicomo.it

AUTORIZZA INOLTRE

L'eventuale utilizzo del progetto per le giornate di educazione sanitaria rivolte alle scuole primarie

Data Firma



SECONDO EVENTO



SPECIALE GIORNATA DELL'INFERMIERE 2013
L'INFERMIERE E IL CITTADINO: APPUNTAMENTI DI EDUCAZIONE SANITARIA



Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Como ha deciso di aprire uno sportello di educazione sanitaria rivolto ai cittadini di Como. Nel mese di maggio 2013 verranno identificate tre date e tre sedi (Collegio IPASVI, Comune di Como, Università), dove infermieri adeguatamente formati forniranno indicazioni alla popolazione in merito a tematiche sanitarie, quali diabete, primo soccorso domestico, problematiche cardiovascolari. Al fine di poter effettuare questi incontri, nel mese di marzo 2013 verrà aperto un corso di formazione gratuito e accreditato, rivolto a 30 infermieri, che dovranno poi effettuare l'educazione sanitaria.

OGGETTO DEL BANDO

Le domande dovranno pervenire entro il **28 febbraio 2013**.

Una volta effettuato il corso, i partecipanti dovranno garantire la loro presenza in una delle sessioni di educazione sanitaria rivolte alla cittadinanza. Ciascuna sessione avrà la durata di 4 ore (mattina o pomeriggio) e si terrà durante il mese di maggio 2013 (data e sede da definirsi). Per tale attività di educazione sanitaria è previsto un "gettone di presenza" di importo corrispondente ad Euro 50,00.

Il conseguimento dei crediti ECM è subordinato alla partecipazione all'evento formativo di marzo 2013 e alla sessione di incontro con i cittadini. Per potersi iscrivere, è necessario presentare domanda via PEC (vedi allegato), mail info@ipasvicomo.it, in sede viale C.

Battisti, 8 Como; è fondamentale esprimere una preferenza rispetto alle tematiche di educazione sanitaria proposte. I candidati verranno contattati telefonicamente direttamente dai membri della Commissione Immagine del Collegio, al fine di fornire dettagliate indicazioni in merito allo svolgimento dell'iniziativa.

PROGRAMMA DEL CORSO

MARZO 2013

Como Centro Car. Ferrari – viale C. Battisti, 8

L'INFERMIERE E IL CITTADINO: APPUNTAMENTI DI EDUCAZIONE SANITARIA

Docente di Metodologia sanitaria dell'Insubria.

Programma:

- | | |
|-------------|--|
| 8.30/9.00 | Registrazione partecipanti |
| 9.00/12.30 | Metodologia dell'Educazione Sanitaria |
| 12.30/13.30 | Pausa pranzo |
| 13.30/17.30 | Lavori di gruppo suddivisi per aree di intervento di educazione sanitaria |
| | 10 partecipanti per educazione sanitaria in materia di diabete |
| | 10 partecipanti per educazione sanitaria in materia di primo soccorso domestico |
| | 10 partecipanti per educazione sanitaria in materia di problematiche cardiovascolari |
| 17.30/18.00 | Chiusura dei lavori e compilazione del test di gradimento |

MAGGIO 2013

Collegio IPASVI, Comune di Como, Università
Date da definire

Incontri di educazione sanitaria con la popolazione.



Trasmissione:

- Pec como@ipasvi.legalmail.it
- Mail info@ipasvicomo.it
- Brevi manu



Al presidente
Del Collegio IPASVI
Viale C. Battisti, 8
22100 Como

52

**Domanda di partecipazione al bando "Speciale Giornata dell'Infermiere 2013"
EDUCAZIONE SANITARIA AL CITTADINO**

Il/la sottoscritt_

Nata a il

Codice fiscale n.

tel. cell.

iscritto al Collegio IPASVI di Como dal al n. di posizione

CHIEDE

Di poter partecipare alla "speciale premiazione 2013"EDUCAZIONE SANITARIA AL CITTADINO

Area di preferenza di intervento:

- **Diabete**
- **Primo soccorso domestico**
- **Problematiche cardiovascolari**

Data Firma



ECM Evoluzione Continua Ma...

A cura di inf. Frigerio Daniela, consigliere e responsabile della commissione formazione IPASVI Como

Alla nostra segreteria pervengono numerose richieste di chiarimento in merito all'accREDITamento ECM in quanto il sistema è in continua evoluzione, quindi vogliamo chiarire con voi quelle che ad oggi sono le indicazioni certe e portarvi a conoscenza anche delle discussioni che sono sul tavolo della Commissione nazionale ECM.

Quanti crediti ECM?

Questi i numeri dei crediti dalla nascita dell' ECM ad oggi:

QUINQUENNIO SPERIMENTALE ANNI 2002 – 2006

La Commissione Nazionale ECM ha ritenuto opportuno prevedere una progressione nel numero di crediti acquisibili annualmente, istituendo un programma definito per i cinque anni a partire dal 2002 fino al 2006; in questa fase dovevano essere conseguiti progressivamente fino ad un totale di 150 crediti formativi. Nel 2005 i crediti sono stati diminuiti a 30 e riconfermati 30 nel 2006, per un totale di 120 crediti.

ANNO	CREDITI	MINIMO	MASSIMO
2002	10	5	20
2003	20	10	40
2004	30	15	60
2005	30	15	60
2006	30	15	60
Totale crediti quinquennio 2002 - 2006		120 CREDITI NEI 5 ANNI DAL 2002 AL 2006	

ANNO 2007

Per l'anno 2007 il debito formativo era di 30 crediti fino a raggiungere l'intero debito formativo di 150 crediti per il periodo sperimentale 2002-2007.

I crediti già acquisiti in numero eccedente rispetto a quello stabilito per il periodo 2002-2006 (120) potevano valere ai fini del debito formativo necessario per l'anno 2007.

2007	30	15	60
Totale crediti periodo 2002 - 2007		150 CREDITI NEI 6 ANNI DAL 2002 AL 2007	

In data **1 agosto 2007** è stato siglato l'accordo Stato Regioni concernente il "Riordino del sistema di Formazione continua in Medicina". Nell'accordo è riportato, tra l'altro, che ogni operatore sanitario deve

acquisire 150 crediti formativi nel triennio 2008 - 2010 secondo la seguente ripartizione: 50 crediti all'anno (minimo 30 e massimo 70 per anno) per un totale di 150 nel triennio 2008 - 2010. In particolare, dei 150 crediti formativi del triennio 2008 - 2010, almeno 90 dovranno essere "nuovi" crediti, mentre fino a **60** potranno derivare dal riconoscimento di crediti formativi acquisiti negli anni della sperimentazione a partire dall'anno 2004 fino all'anno 2007. In data **5 novembre 2009** è stato siglato l'Accordo Stato Regioni concernente "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina", nel quale viene stabilito quanto segue: "La quantità di crediti ECM che ogni professionista della sanità deve acquisire per il periodo 2008 - 2010 è di 150 crediti ECM sulla base di 50 (minimo 25, massimo 75) ogni anno.

TRIENNIO 2008 – 2010

ANNO	CREDITI	MINIMO	MASSIMO
2008	50*	25	75
2009	50*	25	75
2010	50*	25	75
TOTALE		150 CREDITI NEI 3 ANNI DAL 2008 AL 2010	

(*) La Commissione Nazionale ha previsto la possibilità di riportare fino ad un massimo di 60 crediti già acquisiti negli anni precedenti acquisendo così per il triennio 2008/2010 n. 90 crediti formativi.

TRIENNIO 2011 – 2013

Accordo Stato regioni 19 aprile 2012 ECM – (Il testo integrale del documento può essere consultato alla pagina: http://ape.agenas.it/documenti/ACCORDO_19_APRILE_2012.pdf). Confermati in 150 i crediti formativi richiesti complessivamente per il triennio. Per ogni anno i professionisti dovranno acquisire un minimo di 25 crediti e un massimo di 75.

ANNO	CREDITI	MINIMO	MASSIMO
2011	50 (*)	25	75
2012	50 (*)	25	75
2013	50 (*)	25	75

(*) La Commissione Nazionale ha previsto la possibilità di riportare fino ad un massimo di 45 crediti dal triennio precedente 2008/2010 per i professionisti che hanno ottemperato al debito formativo (90 o 150 c.f.) acquisendo così per il triennio 2011/2013 n. 105 crediti formativi.



È possibile raggiungere i crediti attraverso:

1. formazione residenziale;
2. convegni e congressi;
3. formazione residenziale interattiva;
4. corsi FAD (formazione a distanza): la Commissione nazionale ha stabilito, per i soli infermieri, il limite del 60% (90 su 150) dell'acquisizione dei crediti in modalità Formazione a distanza;
5. formazione sul campo incluse partecipazione ad attività di ricerca e a commissioni e a gruppi di miglioramento;
6. audit clinico/ assistenziale;
7. autoapprendimento (pubblicazioni scientifiche);
8. docenza e tutoring: 4 crediti/ mese da questo triennio (prima 3,5 crediti/mese).

Limitazioni:

- con la modalità 2, 4, 7 non si possono superare il 60 % dei crediti complessivi;
- con la modalità 7 non si possono superare il 10% del totale;
- con la modalità 8 non si possono superare il 50% dei crediti;
- formazione all'estero (UE, USA, Canada) viene attribuito il 50 % del valore locale.

Esonero:

Attualmente la normativa prevede le seguenti motivazioni per l'esonero:

- frequenza di corsi 'post-base': sono esonerati tutti coloro che frequentano, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza (corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella G.U. n. 2 del 4 gennaio 2000; corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli; formazione complementare es. corsi effettuati ai sensi dell'art. 66 "Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza" di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000 n. 270 Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale; corsi di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) "Piano di interventi contro l'AIDS" di cui alla Legge 5 giugno 1990, n.

135, pubblicata nella G.U. n. 132 dell'8 giugno 1990) per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza).

- Gravidanza: l'esonero è relativo all'anno in cui il professionista usufruisce della legge sulla tutela della maternità (legge 30/12/1971 n. 1204); se la maternità ricade a cavallo di due anni, l'esonero è valido per l'anno in cui cade il periodo più lungo.
- Servizio Militare: esonero per tutto il periodo (Legge 24/12/1986 n. 958).
- Gli operatori sanitari che operano all'estero non hanno obbligo di acquisizione di crediti ECM in Italia.

Occorre a tal proposito conservare la documentazione comprovante il diritto all'esonero dall'obbligo della frequenza dei corsi ECM.

Sempre in merito alle esenzioni: tratto dall' intervista al Presidente di CoGeA.P.S. dott. Sergio Bovenga http://www.forumecm.it/Focus-On/a_298_311_2_L-Anagrafe-dei-crediti-ECM.html

"Alcune delle criticità che sono emerse sono in realtà aspetti da tempo presenti, ma la cui soluzione forse oggi non è più rinviabile.

Tra queste criticità citerei la necessità di precisare meglio la questione dei professionisti iscritti ad una professione sanitaria (Ordine, Collegio o Associazione), ma che non esercita più la professione o, addirittura, non l'ha mai esercitata (ad esempio un chimico che esercita la professione al docente) al fine di identificare la sua posizione nei confronti dell'obbligo ECM".

Per i nuovi iscritti:

Il debito formativo per il professionista iscritto per la prima volta all'Albo professionale decorre dall'anno successivo a quello di conseguimento del titolo e dell'iscrizione all'Albo stesso. Se la data di iscrizione all'Albo professionale non è immediatamente successiva alla data del conseguimento del titolo abilitante, è comunque legittimo ritenere l'obbligo formativo vigente dall'anno successivo a quello di iscrizione.

Quale futuro?

I nostri crediti verranno gestiti dal Co.ge.A.P.S (Consorzio gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie); questo consorzio avrà il compito di gestire l'anagrafica di tutti i professionisti sanitari accreditati ECM; i provider faranno pervenire direttamente all'agenzia i dati relativi ai crediti acquisiti dal singolo professionista.



Al sistema potranno accedere gli Ordini e Collegi Professionali che avranno compiti di:

- ATTESTAZIONE (elenco dei corsi a cui il singolo professionista avrà partecipato);
- CERTIFICAZIONE DEL PROFESSIONISTA (qualora il professionista abbia raggiunto il numero di crediti stabiliti dalla norma).

SANZIONE: la norma stabilisce che il Collegio dovrà sanzionare il professionista inadempiente con sanzioni disciplinari, ma ad oggi l'agenzia nazionale ECM non ha ancora definito se e quali interventi verranno adottati. Sembra che l'intenzione sia quella di intervenire con sistemi incentivanti nei confronti di chi avrà assolto al debito formativo.

Dall'intervista alla dott.ssa Maria Linetti - Segretario e responsabile supporto amministrativo gestionale Commissione ECM.

http://www.forumecm.it/Focus-On/a_298_352_1_Una-qualit--a-tutto-fondo.html

"La Commissione ha aperto un tavolo di valutazione e di acquisizione di elementi per definire le sanzioni, ma speriamo che tali sanzioni saranno poi utilizzate,

dagli Ordini e dai Collegi, solo in casi estremi nei confronti dei rispettivi iscritti che non avranno acquisito i crediti formativi previsti. Ma questo è un parametro, per così dire critico, in un Sistema che si deve fondare e si può fondare sotto il profilo etico e deontologico. L'aggiornamento non deve essere solo sanzionato, ma deve essere spinto soprattutto nei confronti dei Professionisti che non possono sottrarsene se ambiscono a fare bene il proprio lavoro e soprattutto se vogliono lavorare in un Sistema articolato e organizzato come il Servizio Sanitario Nazionale".

È inoltre in fase di studio la possibilità di una valutazione qualitativa dei crediti acquisiti che dovrebbero essere in linea con la specificità professionale che renderebbe possibile l'acquisizione di meno crediti e la realizzazione di un proprio Dossier formativo personale... ma di questo vi aggiorneremo nelle prossime puntate.

Chi volesse ulteriori informazioni può consultare i siti:

www.salute.gov.it

www.forumecm.it

www.ipasvi.it

DALLA SEGRETERIA DEL COLLEGIO ECM –fase registrazione dati

Come previsto dalla nuova normativa ECM, sarà compito di Ordini e Collegi, attraverso le proprie Federazioni Nazionali, la comunicazione al CO.GE..A.P.S. della banca dati dei propri iscritti. Al fine di agevolare tale procedura, che prevederà da parte di Ordini e Collegi, a conclusione del triennio 2011/2013 la stampa delle certificazioni ECM, si chiede a tutti gli iscritti che hanno modificato i propri dati anagrafici (nome/cognome/codice fiscale) di voler verificare, DALLA PROPRIA TESSERA DI ISCRIZIONE o direttamente in segreteria, di avere provveduto alla comunicazione, in particolare del dato **"codice fiscale"**. Quest'ultimo infatti, sarà l'aggancio che permetterà la riunificazione della situazione creditizia acquisita dal professionista, attraverso la rendicontazione delle partecipazioni inviate al Consorzio da tutti i Provider. Altro campo obbligatorio che ci viene richiesto, è la situazione lavorativa. In questo caso chiediamo agli iscritti la **SOLA** comunicazione di inizio/fine dell'attività libero professionale; per chi svolge libera professione, è prevista una maggiore flessibilità nell'acquisizione dei crediti.

Chiediamo pertanto a tutti gli iscritti, la puntuale comunicazione al Collegio dei dati sopra indicati, al fine di poter arrivare al momento della stampa delle certificazioni, che sarà indicativamente prevista per giugno 2014, con i dati aggiornati, altrimenti non sarà consentita, fino alla "bonifica" dei dati stessi, la stampa del certificato.

Ricordiamo infine l'importanza nonché l'obbligo di sottoscrivere la PEC, in quanto è ipotizzabile che sarà lo strumento con il quale verranno inviati i certificati triennali, ove richiesti.

La comunicazione di modifiche dati e apertura/chiusura p.iva, **DEVE** avvenire in forma scritta, a mezzo:

- pec como@ipasvi.legalmail.it
- fax 031/262538

Per richiedere la pec, stampare dal sito www.ipasvicomo.it il modulo di sottoscrizione ed inviarlo in segreteria firmato (n. 3 firme) unitamente alla fotocopia della carta di identità avanti e retro in corso di validità. La spedizione potrà avvenire:

- fax 031/262538
- mail info@ipasvicomo.it

Ricordiamo inoltre a tutti i liberi professionisti iscritti all'ENPAPI, di voler comunicare con una delle modalità sopra descritte, il proprio indirizzo pec, che la Cassa fornisce gratuitamente a tutti gli associati 



Libera professione: come esercitare alla luce della nuova normativa

A cura di inf. Oreste Ronchetti libero professionista

56

Recentemente il Coordinamento regionale Ipasvi della Lombardia ha chiesto all'avvocato Gamba, già consulente della federazione nazionale I.P.A.S.V.I., un parere rispetto alle modalità previste dalla legislazione nazionale per esercitare l'attività libero professionale in forma associata. In particolare gli si chiedeva se fosse possibile esercitarla in regime di società tra professionisti. La sua risposta, ci permette di fare alcune considerazioni relativamente a questo ambito.

Partiamo da quelle che sono le indicazioni espresse dal legislatore.

Innanzitutto va precisato che siamo ancora in attesa del varo di una riforma organica delle libere professioni, da tempo annunciata ma ancora a di là da venire; quindi al momento il riferimento di legge resta la famosa legge Bersani, rimaneggiata dal Decreto Liberalizzazioni (art. 10 della legge di stabilità per il 2012 - L.183/2011), che, abrogando il divieto contemplato dall'ormai datata legge 1815 del 1939, ha previsto la possibilità, a partire dal 1° gennaio 2012, di costituire società che abbiano per oggetto esclusivo l'esercizio di attività professionali, secondo i modelli societari già esistenti, con alcuni requisiti di "garanzia deontologica" in più rispetto ai modelli tradizionali.

Sostanzialmente questo consentirebbe la costituzione di società tra professionisti, con al loro interno, accanto ai soci professionisti iscritti ad Ordini, Albi e Collegi, anche la presenza di soci non professionisti, ovvero non iscritti ad Ordini, Albi e Collegi, ma solo per prestazioni tecniche e che siano di supporto rispetto ai servizi professionali, o per finalità di investimento (Soci finanziatori), fermo restando il divieto per i non professionisti di svolgere direttamente l'attività professionale per cui la società si costituisce.

A fronte di quanto previsto dalla legge esiste però un problema pratico, evidenziato dalla circolare del Comitato degli Ordini Professionali (Circolare COP 2 gennaio 2012) che ha sottolineato tra le



lacune della legge stessa la mancanza dei regolamenti ivi previsti. Questo significa che, se in teoria già oggi sarebbe possibile, anche per gli infermieri che lo richiedessero, costituire una società tra professionisti, nella pratica ciò non è possibile, perché mancano appunto, i regolamenti attuativi per procedere all'iscrizione di tali società.

Nella sostanza il problema sembrerebbe di ordine burocratico/legislativo; in particolare, uno dei punti principali da chiarire riguarda le modalità di deposito presso il Registro delle imprese della necessaria certificazione rilasciata dal competente Collegio IPASVI, dove le società devono venire iscritte, in quanto appunto società tra professionisti infermieri; i collegi però, nel loro Albo non hanno ancora l'apposita sezione per la registrazione, perché il legislatore non l'ha ancora prevista, quindi non possono rilasciare la necessaria certificazione.

Questo significa che le forme aggregative ad oggi possibili per l'infermiere libero professionista, sono ancora:

- lo studio associato;
- la Cooperativa sociale a r. l. di tipo A, disciplinata dall' art. 10 della L.381/91.

Rispetto a questa seconda possibilità va ricordato che la cooperativa può essere costituita a precise condizioni:



- 1) rispettare l'obbligo di controllo degli Ordini professionali (vedi regolamento del collegio IPASVI sulle modalità di esercizio);
- 2) che l'oggetto sociale sia esclusivo e di tipo sanitario (vedi Bersani II e progetto di riforma in lavorazione);
- 3) che la responsabilità sia personale e piena da parte del singolo professionista, che rende sempre la prestazione in rapporto fiduciario diretto (Bersani II e progetto di riforma in lavorazione).

Va sottolineato che la federazione ha emanato indicazioni chiare rispetto all'esercizio dell'attività infermieristica in forma associata, in particolare attraverso:

- 1) "Norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica" (artt. 49-63), pubblicato nell'ottobre 1996;
- 2) "Linee guida comportamentali – Modalità di esercizio libero professionale", documento approvato con Deliberazione n. 6 del 1 febbraio 2003.

Tali disposizioni, che fungono da linee guida per la professione, sottolineano che: "lo studio associato deve essere costituito esclusivamente da liberi professionisti iscritti al Collegio IPASVI; da liberi professionisti iscritti ad altri albi relativi a professioni sanitarie le cui rispettive attività siano integrabili a quella infermieristica; da liberi professionisti dell'area sanitaria e sociale il cui profilo professionale è previsto da decreti ministeriali (anche senza albo).....nota 13: Le figure professionali escluse dagli Studi associati sono gli infermieri generici, gli Asa, gli Ota, gli Oss (legge 1815/ e s.m e art. 14 e ss, codice civile)".

"L'infermiere può esercitare la libera professione in forma associata tramite le Cooperative sociali costituite ai sensi della legge 381/91 e 142/01. La presenza all'interno della cooperativa di altri professionisti o di figure di supporto all'assistenza infermieristica non dovrà in alcun modo limitare le garanzie di un corretto esercizio professionale da parte dell'infermiere".

Quindi è possibile affermare che al momento per esercitare la professione infermieristica in forma associata o si opta per la costituzione dello studio associato o si opta per la costituzione di una cooperativa di infermieri, informando il collegio di appartenenza e considerando che si potrà usufruire della collaborazione di colleghi e/o ausiliari, a due condizioni:

1. che il cliente ne sia informato e vi acconsenta;



2. che di fatto non vengano stravolti o fortemente ridimensionati né il rapporto fiduciario e la responsabilità diretti tra singolo professionista e paziente, né tanto meno la stessa natura professionale della prestazione infermieristica, che deve rimanere prevalente.

Al di là di quelle che sono le indicazioni normative, nascono alcune considerazioni rispetto all'esercizio della professione infermieristica in forma associata nel nostro collegio.

Attualmente non risultano censiti studi associati o cooperative infermieristiche presso il collegio di Como, pur avendo un discreto numero di liberi professionisti, circa il 10% degli iscritti.

Evidentemente gli infermieri iscritti al collegio di Como non riescono a cogliere i vantaggi che la libera professione svolta in forma associata riserva. Dalla possibilità di economie di scala quali per esempio i costi relativi alla tenuta della partita iva, alla possibilità di partecipare alla gestione di strutture complesse, alla garanzia di poter assicurare continuità nella prestazione. Il dubbio è che non ci sia ancora consapevolezza rispetto all'esercizio professionale in forma autonoma e che spesso, ancora oggi, dietro la partita iva si nasconda una forma di pseudo dipendenza. A questo proposito la commissione competente sta cercando di studiare strumenti che permettano di poter censire non solo il numero dei liberi professionisti, ma anche la loro consapevolezza rispetto alla libera professione, per riuscire ad incontrare i bisogni formativi che possano portare ad un più maturo e cosciente esercizio libero professionale. Per questo però è importante l'impegno di tutti, perché solo migliorando la consapevolezza dell'esercizio libero professionale è possibile migliorare l'immagine e le consapevolezza della figura infermieristica nella popolazione 



EVENTI FORMATIVI PRIMO SEMESTRE 2013

EVENTO	SEDE	DATA	DATA APERTURA
Sicurezza dei pazienti e degli operatori	Como	17 gennaio 2013	Già aperte
Appropriatezza delle cure	Como	20 febbraio 2013	16 gennaio 2013
Errori in laboratorio: la responsabilità dell'infermiere nella fase preanalitica	Como	9 aprile 2013	6 marzo 2013
Laboratorio in infermieristica teatrale	Como	17 aprile 2012	6 marzo 2013
Incontinenza urinaria e cateterismo vescicale: problemi e soluzioni	Como	24 maggio 2013	16 aprile 2013
Il consenso informato per l'infermiere: approccio tecnico-professionale e filosofico	Erba Ospedale Fatebenefratelli	18 giugno 2013	15 maggio 2013

58

Sarà programmato un evento formativo sulle competenze infermieristiche in occasione della convocazione dell'assemblea annuale prevista per il mese di febbraio. Nella lettera di convocazione sarà allegato il programma dell'evento.

Il programma dell'evento del 18 giugno verrà pubblicato sul prossimo numero della rivista e sul sito www.ipasvicomo.it

notizie in pillole a cura di S. Citterio

NUOVA GIUNTA IN REGIONE LOMBARDIA, FINO A NUOVE ELEZIONI

Lo scorso 22 ottobre 2012, il presidente della Regione Lombardia Roberto Formigoni ha presentato alla stampa la nuova Giunta, per riunirla subito dopo nella prima seduta. Una Giunta fortemente rinnovata e più snella. È composta dal presidente, da 11 assessori (in quella uscente gli assessori erano 16) e un sottosegretario (anziché 4), oltre a un solo delegato (alla Trasparenza). Per quanto riguarda la Sanità, l'assessorato è andato al prof. Mario Melazzini, mentre all'assessorato alla Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale troviamo la prof. Carolina Elena Pellegrini. Formigoni ha avuto parole di ringraziamento per gli assessori della Giunta precedente "le cui dimissioni, rassegnate 10 giorni fa, sono state un gesto nobile, che ha assecondato la mia decisione di dare un segno forte alla comunità lombarda"; nella loro opera "essi hanno ben meritato, per aver contribuito a costruire le eccellenze della nostra Regione". Un grazie da parte di Formigoni anche ai nuovi assessori "scelti in una rosa ampia di disponibilità manifestate", "e che hanno accettato di affiancarci. Sono personalità già note non solo in Lombardia, i cui titoli conquistati sul campo certificano la loro qualità e rilevanza. Il fatto che abbiano accettato di mettere la loro competenza a servizio della Regione per un periodo necessariamente molto limitato rende ancor più importante la loro decisione, emblema di una società civile che deve e sa assumersi responsabilità nel portare un servizio pubblico".

(fonte Regione Lombardia)



Destinatari:

120 infermieri, infermieri pediatrici/vigilatrici d'infanzia, assistenti sanitari

Costo

€ 5,00

Data apertura evento:

16 gennaio 2013 e fino ad esaurimento posti



APPROPRIATEZZA DELLE CURE

1° edizione 20 febbraio 2013

Como Centro Cardinal Ferrari - viale C. Battisti, 8

Docenti: *Inf. Daniela Frigerio - Inf. AFD Paola Pozzi*

Ha preso il via il nuovo Corso Fad sulla appropriatezza delle cure, ulteriore articolazione del percorso formativo del Corso sul Governo clinico promosso dal Ministero della Salute in collaborazione con IPASVI e FNOMCeO. Il buon funzionamento dei sistemi sanitari tradotto in termini di efficacia, efficienza e equità e la loro tenuta, sempre più spesso, si rapporta alla capacità di determinare e identificare le cure necessarie, minimizzando fenomeni di inappropriatezza. La responsabilità di tutelare il Ssn, pone, infatti, la necessità di focalizzare alcune priorità tra cui la valutazione dell'efficacia, la riorganizzazione delle modalità e dei setting di erogazione delle cure, la realizzazione di meccanismi di integrazione e coordinamento ai vari livelli del sistema, nonché la continua interazione con la collettività e la partecipazione attiva dei pazienti. L'aumento dei costi sanitari, inoltre, contestualmente all'esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie. Il presente corso si pone come supporto agli operatori sanitari per approfondire le proprie conoscenze sul tema dell'appropriatezza clinica ed organizzativa. **Come di consueto anche questo corso – che assegna 15 crediti ECM – viene proposto in modalità web (www.fadinmed.it), e in modalità residenziale promosso dai collegi provinciali.** Il Collegio IPASVI di Como ha deciso di aderire a questa iniziativa ed ha programmato una prima edizione dell'evento alle quali potranno partecipare n. 120 tra Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri pediatrici. **Il manuale del corso è scaricabile in PDF dal sito della Federazione <http://www.ipasvi.it/ecm/fad/al-via-il-nuovo-corso-fad-sull-appropriatezza-delle-cure-id7.htm>.** 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.

59

PROGRAMMA

8.30- 9.30

▷ Background, definizioni, modelli concettuali

9.30-10.30

▷ Variazioni della pratica clinica: concetti e metodi

10.30-10.45 - coffee break

10.45-12.30

▷ La misura dell'appropriatezza

12.30-13.30 - pausa pranzo

13.30-15.00

▷ The NSH Atals of Variation in Healthcare

15.00-16.30

▷ "L'appropriatezza dei ricoveri in Emilia Romagna

16.30-17.30

▷ La normativa di riferimento

17.30-18.00

▷ Compilazione questionario di apprendimento e chiusura dei lavori

i 15 crediti ECM sono assegnati al partecipante per una sola delle modalità di fruizione del corso: o quella Fad oppure per quella di tipo residenziale.



Destinatari:
100 infermieri

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

60

Data apertura evento:
6 marzo 2013 e fino
ad esaurimento posti



ERRORI IN LABORATORIO: LA RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE NELLA FASE PREANALITICA

9 aprile 2013

Como Centro Cardinal Ferrari - viale C. Battisti, 8

Evento organizzato in collaborazione con Labor Medical –Provider n. 2134

DOCENTI: Dr. Marco Tettamanti – Responsabile Sistema Gestione Qualità e coordinatore infermieristico presso Istituti Clinici Zucchi.

Sig.ra Margherita Cogliati - Infermiera in LP per il laboratorio di analisi Synlab Italia srl con esperienza di docenza in numerosi corsi e convegni

PROGRAMMA

09.00 SESSIONE 1

- ▽ Descrizione del processo della fase preanalitica di laboratorio
 - ▷ Strumenti per la corretta accettazione dell'utente
 - ▷ I controlli documentali
 - ▷ L'opportunità e potenzialità del CRM (Clinical Risk Management)

- ▽ L'errore nella fase di raccolta
 - ▷ La prevenzione di eventi avversi, near miss
 - ▷ I fattori di variabilità preanalitica

13.00 - pausa

14.00 SESSIONE 2

- ▽ La preparazione efficace del paziente e la correttezza dell'esecuzione nella fase di raccolta
 - ▷ Analisi delle tipologie di campione
 - ▷ Analisi dei requisiti e delle tipologie di contenitori specifici per la raccolta delle diverse tipologie di campioni e/o di indagine richiesta
 - ▷ Tipologie di indagine e numero di campioni necessari
 - ▷ I fattori che portano ad un rifiuto immediato del campione

- ▽ La correttezza della conservazione ed il trasporto del materiale
 - ▷ I fattori di mantenimento dell'integrità e composizione del campione
 - ▷ L'invio al laboratorio: casistiche e tempistiche
 - ▷ I requisiti dei contenitori adibiti al trasporto

Ore 18.00 SESSIONE 3

- ▷ Dibattito e domande
- ▷ Test di apprendimento e di gradimento

Ore 18.30 Fine lavori

crediti ECM richiesti



Destinatari:

30 infermieri/infermieri pediatrici -
Vigilatrici d'Infanzia

Costo:

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

Data apertura evento:

6 marzo 2013 e fino
ad esaurimento posti

LABORATORIO DI INFERMIERISTICA TEATRALE"**17 aprile 2013**

Como Centro Cardinal Ferrari - viale C. Battisti, 8

*Docente: Inf. Andrea Filippini***PROGRAMMA****8.30-11.15 Parte Prima La Teoria**

- ▽ Analisi della Professione Infermieristica, della Comicoterapia e della Comicoterapia nella Professione Infermieristica... Infermieristica Teatrale.
 - ▷ La Professione Infermieristica e Valentino Rossi
 - ▷ La Comicoterapia: un paradosso culturale
 - ▷ Metodo intuitivo "Comicoterapia" in cucina: "una ricetta speciale in corsia"
 - ▷ I miei primi 20 anni di Comicoterapia: esempi, foto, filmati
 - ▷ Barriere culturali, storiche o reali
 - ▷ Lo Stress e la Teatralità

11.15-11.30 - pausa caffè

- ▷ L'Errore Professionale e la Teatralità.
- ▷ La Vergogna e l'Insicurezza e la Teatralità
- ▷ La Sofferenza e la Morte e la Teatralità
- ▷ Un gol alla Zanardi

12.30-13.30 - pausa pranzo**13.30-17.30 Parte Seconda: la Pratica**

- ▽ Teatro e Teatro Comico nella Professione Infermieristica... Infermieristica Teatrale
 - ▷ Il teatro
 - ▷ Il teatro comico
 - ▷ Esercizi teatrali legati alla Professione Infermieristica
 - ▷ La zattera (a bordo tutti e dico Tutti sono indispensabili e Tutti devono seguire le regole)
 - ▷ La sedia invisibile (il piacere e l'importanza di essere una Squadra)
 - ▷ Chiudo gli occhi e sono tuo (la fiducia nel collega)
 - ▷ Il postino suona sempre due volte (abbattiamo la vergogna)
 - ▷ Dario Fo e il suo Grammelot: un dialetto falso che vince un Nobel vero (ascoltare... ma soprattutto capire gli altri)
 - ▷ Biancaneve più veloce della luce (Team-Work, velocità nel capire le priorità, aiutare ed essere aiutati, prevedere e risolvere i problemi in fretta)
- ▽ Regole non obbligatorie
 - ▷ Se hai lo stomaco debole, valuta se partecipare per l'utilizzo "di immagini forti e impressionanti"
 - ▷ Possibilità per tutte le persone partecipanti di stare scalze e di strisciare per terra
 - ▷ La discussione deve essere libera... sempre
 - ▷ Niente è obbligatorio
 - ▷ Le uniche regole sono quelle teatrali, che poi non sono vere regole.
- ▷ Test pre e post Laboratorio per studio del Docente

17.30-18.00

- ▷ Compilazione del test apprendimento e di gradimento ECM e chiusura dei lavori

crediti ECM richiesti



Destinatari:
120 infermieri

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

62 Data apertura evento:
16 aprile 2013 e fino
ad esaurimento posti

INCONTINENZA URINARIA E CATETERISMO VESCICALE: PROBLEMI E SOLUZIONI

24 maggio 2013

Como Centro Cardinal Ferrari - viale C. Battisti, 8
Evento organizzato in collaborazione con Format

Docente: Filippo Ferrari

Finalità

Lo scopo dell'evento formativo è quello di aggiornare le conoscenze e sviluppare competenze per la gestione del problema dell'incontinenza urinaria, per garantire un approccio e strategie assistenziali appropriate, con particolare riferimento al cateterismo vescicale.

PROGRAMMA

8.30-9.00

- ▷ Registrazione partecipanti

9.00/11.00

- ▽ Elementi di anatomia, fisiopatologia ed epidemiologia:
 - ▷ le conoscenze su alcuni elementi di anatomia, fisiopatologia ed epidemiologia utili alla comprensione del problema;
 - ▷ indicazioni per l'identificazione dei soggetti incontinenti

11.00-11.15 - pausa caffè

11.15-12.30

- ▷ Le modalità più appropriate per un approccio multidisciplinare

12.30-13.30 - pausa pranzo

13.30-17.00

- ▷ L'approccio multidisciplinare d'équipe
- ▷ Analizzare le recenti evidenze scientifiche sull'incontinenza e il cateterismo vescicale
- ▷ Identificazione e gestione della persona con incontinenza: raccomandazioni
- ▷ Il cateterismo vescicale: cosa crolla e cosa si consolida alla luce dell'EBN

17.00-17.30

- ▷ Discussione

17.30-18.00

- ▷ Compilazione del test di gradimento ECM e chiusura dei lavori

crediti ECM richiesti



MODALITÀ DI ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI

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

COLLEGIO IPASVI COMO SCHEDA DI ISCRIZIONE PER EVENTI FORMATIVI

TITOLO EVENTO _____

DATA EVENTO _____

COGNOME NOME _____

INDIRIZZO _____

TEL. _____ PEC _____
(obbligatoria per l'invio dell'attestato ECM)

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 _____



La Fondazione Provinciale della Comunità Comasca onlus è nata nel 1999 con l'intento di aiutare le persone a donare e a partecipare attivamente alla definizione e alla realizzazione del bene comune.

Come dice il suo stesso nome, è una Fondazione della comunità locale e questo significa principalmente due cose:

- che non è la Fondazione di qualcuno in particolare ma è la Fondazione dell'intera comunità
- che è strettamente legata al territorio della provincia di Como: tutti i suoi interventi di solidarietà sono infatti a favore della nostra provincia.

La Fondazione fa da ponte fra coloro che vogliono donare a favore di progetti di solidarietà nella provincia di Como e le Organizzazioni non profit che, con il prezioso operato di tanti volontari, possono realizzare questi progetti. Chi dona alla Fondazione può quindi toccare con mano quanto fatto grazie alla propria generosità.

I SETTORI DI INTERVENTO DELLA FONDAZIONE

assistenza socio-sanitaria

disagio giovanile

assistenza anziani

tutela del patrimonio storico e artistico

ambiente

ricerca

Hai meno di **trent'anni** e vuoi essere **protagonista**?

Vuoi fare qualcosa di bello per la tua **comunità**?

Hai un'**idea** per contrastare il disagio giovanile e vuoi che diventi il tuo lavoro?

PARTECIPA al 4° BANDO 2012 della FONDAZIONE

INSIEME

- alla *Fondazione* che ti darà un *contributo economico*
- agli *Enti Non Profit* che ti faranno da *Tutor*
- agli *Esperti* che ti aiuteranno *gratuitamente*

PUOI REALIZZARE LA TUA IDEA.

Leggi e condividi il REGOLAMENTO del Bando con amici e conoscenti.

Compila la SCHEDA PRE-PROGETTO e chiedi un appuntamento in Fondazione entro il 21 dicembre p.v. per presentarci la tua idea.

Trovi entrambi alla pagina <http://www.fondazione-comasca.it/nuovo-bando/>
oppure sul sito www.ipasvicomo.it



ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI DAL 03/04/2012 AL 22/11/2012

INFERMIERI NUOVE ISCRIZIONI

AGOSTI	VIOLA	GRIECI	RACHELE
ARNABOLDI	BARBARA	HORGOS	ANCA
ARRIGONI	SILVIA	LEALI	TIZIANA
ARSENI	RADU NICOLAE	LEONI	ALICE
BARAZZONI	NICOLO'	LONGHI	FEDERICA
BELSANTI	ANDREA	LONGONI	PATRIZIA
BENABDELKADER	SOUAD	MACCAGNI	RICHARD
BERLUSCONI	LAURA	MALDOTTI	CLIZIA PAOLA
BRUSADELLI	MARCO ANTONIO	MANZI	CHIARA LAURA
CALDERA	ROSA LUISA	MARONI	SARA
CASTELLOTTI	CHIARA	MARTINO	EMANUELA FEDERICA
CAVALLARO	CHIARA	MERONI	ILEANA
CAVALLERI	CHIARA	MIHELE	MIHAELA
CODOGNO	FEDERICA	MOLTENI	SILVIA
COLOMBO	GIULIA	REDAELLI	SABRINA
COLOMBO	STEFANO	ROMANESCU	CARMEN MIHAELA
COTRUFO	CIRO	SBERNA	ELISA
FAVERIO	CRISTINA	SCUTTI	YLENIA
FERRARIO	FRANCESCO	SOMLEA	CAMELIA
FIGINI	ANNA	STOICA	SIMONA CAMELIA
FRIGERIO	NICOLE	TOMOIAGA	MARIA
GARCIA	KATTY	TORTORETO	IRENE
GENTILINI	FEDERICA	TROVENZI	PAOLO
GHIDINI	ROBERTO	VIRGA	ELENA
GIUDICE	PAOLA	WILKINSON	MARCO
GRECO	SARAH		

65

REISCRIZIONI

PINA	VALENTINA	TONELLI	LORENA
------	-----------	---------	--------

INFERMIERI PEDIATRICI – NUOVI ISCRITTI

FUMAGALLI	CAMILLA MARIA PIERA	ZORZ	ALESSIA
-----------	---------------------	------	---------

INFERMIERI - ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO

ALBANI	TERESINA	LLANE	ARDIAN
AMARIEI	ANA NADIA	LUJAN TORRICO	MONICA MARITZA
ARSENI	PAULINA	MAGAZZINI	MARA
BEBRI	MARTIN	MILITARU	FLORINA
BOSTANXHI	ALTIN	MYFTARAJ	ENKELA
CANI	FATJON	NIKOLIC	PREDRAG
CARDILLO	YURI	ORRU'	ANNA RITA
CELLURA	ANGELO	PAIOLETTI	CRISTINA
DRECUN	BLAZO	PEETTER	SUNYMOL
FERREIRA PERALTA	OCTAVIO	QUISPE LLACTAHUAMAN	IRMA SARA
GIOVINCO	ANTONINO	ROMANESCU	MARIA TATIANA
IANNUZZI	FILOMENA	SEDDA	MARIA
KAMDEM FAMBOUE	BRICE	THOMAS	SMITHA
LISCHIO	MONICA	XAVIER	ROBIN



CESSATA ATTIVITÀ

BUZZETTI

CARLA

BALESTRINI

PALMA

TRASFERIMENTO AD ALTRI

ANTONINI

MARTA

VECCHIO

FRANCESCA

FRATTA

GIOVANNINA

VILCAPOMA AIRE

RUTH

MARIA MICHAEL

PHATIMA RANI

MINICHINI

MARCELLO

BUSI

BABRABA

KOTE

VALBONA

TRIPICIANO

ALICE

SANABRIA CABRERA

KATIA PILAR

BIRLEA GODJA

MARISCA

TULLIO

FRANCESCA

66

DECESSO

CANAVESI

NADIA

MOROTTI

GIUSEPPINA

notizie in pillole a cura di S. Citterio

INFERMIERI PEDIATRICI – SCONGIURATA L'ABOLIZIONE.

Ecco la precisazione della Federazione

Sono pervenute diverse e-mail da parte di Infermiere pediatriche che chiedevano a questa Federazione di esprimere "in modo chiaro e pubblico" la contrarietà all'abolizione della figura professionale dell'infermiere pediatrico per accorpamento a quella di Infermiere.

Nel merito si evidenzia l'impegno del Comitato Centrale nei confronti del gruppo professionale delle infermiere pediatriche, impegno reso evidente dalle modifiche apportate alla bozza di Accordo Stato-Regioni recante ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico che vedeva in origine l'accorpamento delle due figure. La bozza, ora all'attenzione del Tavolo tecnico, a seguito dell'intervento di questa Federazione, non riporta più tale previsione. (Cfr. Agorà n. 50)

NOVITÀ DAL PARLAMENTO, in discussione 2 norme, una su Professioni Sanitarie e l'altra su Infermieri Generici, Infermieri Psichiatrici e Puericultrici

Con la circolare 40/2012 del 18 ottobre 2012, la Federazione ha preso atto:

- della Pdl n. 5425 di iniziativa dei Deputati Farina Coscioni e altri in merito alle "Disposizioni in materia di professioni infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione" presentata il 5/9/2012 e assegnata alla XII Commissione Affari sociali della Camera il 1/10/12;
- del Ddl n. 1483 di iniziativa dei Senatori Saccomanno e altri in merito alle "Norme in materia di riqualificazione professionale degli infermieri generici, degli infermieri psichiatrici e delle puericultrici".

I due testi inducono a differenti riflessioni e all'assunzione di comportamenti in merito diversificati.

Per quanto attiene la Pdl n. 5425, la lettura del testo rende evidente che i firmatari di tale Proposta si sono avvalsi della qualificata consulenza di colleghi infermieri che certamente hanno inteso sollecitare e sostenere un'azione parlamentare su tematiche di particolare interesse, rilevanza e impatto per la promozione della disciplina e dell'assistenza infermieristica oltre che dello status della figura dell'infermiere. Stante la particolare complessità e problematicità dello stato del Paese si ritiene, realisticamente, che tale Proposta troverà notevoli difficoltà a concludere l'iter sia perché le tematiche che affronta sono



particolarmente complesse sia per la disorganicità delle tematiche stesse che riguardando ambiti notevolmente diversi. L'unico punto che presenta elementi di criticità, stante il confronto in atto con i medici, è quello relativo alla prescrizione dei farmaci. Di contro è assolutamente condivisibile la possibilità di prescrizione dei presidi sanitari. Ad ogni modo questa Federazione garantirà il suo appoggio al prosieguo del percorso e fornirà informazioni per il sostegno che codesti Collegi potranno offrire. Per quanto attiene il Ddl n. 1483, la lettura del testo rende evidente la scarsa e oltretutto confusa conoscenza dei previgenti ovvero attuali testi normativi e contrattuali che attengono alle tre figure individuate le cui caratteristiche formative, giuridiche e di esercizio professionale sono significativamente distanti, diverse e assolutamente non assimilabili. La figura dell'infermiere generico è istituita ai sensi degli articoli 140 e 141 del Testo Unico delle leggi sanitarie R.D. 27/7/1934 n. 1265 ed esercita una "arte ausiliaria delle professioni sanitarie" in base al possesso di una semplice "licenza" ottenuta a seguito di un corso. Le mansioni dell'infermiere generico sono disciplinate dal Titolo V, articolo 6 del DPR 225/74, ancora vigente ai sensi dell'art. 1 della citata legge 42/99. Detta figura, ai sensi della legge del 3 giugno 1980 n.243 all'art. 3, è dichiarata ad esaurimento. La figura dell'Infermiere psichiatrico discende dalla vecchia legge sui manicomi che consentiva al Direttore sanitario la preparazione nello stesso ambito ospedaliero degli infermieri psichiatrici, i quali seguivano un corso di 2 anni di formazione. Il DPR 20/12/1979 n. 761, all'Allegato n. 2 ha equiparato gli infermieri psichiatrici all'infermiere professionale.

Tale equiparazione aveva validità solo ai fini retributivi, non sussistendo alcuna norma che dichiarò l'equiparazione di tale titolo a quello dell'infermiere professionale. Infatti l'art. 19 e l'Allegato 1 relativo alle Declaratorie delle Categorie e Profili del CCNL relativo al quadriennio normativo 1998-2001 ed al biennio economico 1998-1999 del personale del comparto "Sanità" individua, alla Categoria C, tutti i profili professionali individuati ai sensi dell'art. 6 del D.lvo 502/92 e tra questi non è presente l'infermiere psichiatrico con due anni di corso. La figura della puericultrice è configurata come 'arte ausiliaria delle professioni sanitarie' ed è regolamentata dalla legge 19/7/1940 n. 1098 agli articoli 12, 13 e 14. La Puericultrice è un'operatrice che si occupa di realizzare programmi educativi, finalizzati alla cura del bambino per lo sviluppo psicologico, motorio, del linguaggio, dell'igiene intima e degli ambienti, del soddisfacimento dei bisogni primari e sociali, utilizzando modalità ludiche: non ha quindi alcuna competenza di natura assistenziale sanitaria diagnostico terapeutica diretta sul neonato/ bambino. È evidente che tutte le attività di carattere infermieristico le sono precluse. In conclusione occorre altresì rilevare che in data 26 luglio 2011 un DPR recante i "Criteri e modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'art. 4 comma 2 della L. 26 febbraio 1999 n. 42", elenca esplicitamente all'art. 6 i titoli esclusi dalla procedura di valutazione. Tra questi sono espressamente richiamati: infermiere generico, infermiere psichiatrico e puericultrice.

Merita richiamo, infine, il D.Lgs 9.11.2007 n. 206 da cui risulta evidente che tali supposte forme di equiparazione o equivalenza di tali figure a quella dell'infermiere sono in contrasto anche con la normativa comunitaria.

L'IPASVI DI COMO CON I TERREMOTATI DELL'EMILIA ROMAGNA e LOMBARDIA

Come già accaduto in occasione di altre tragedie o calamità naturali, anche questa volta il nostro Collegio, in rappresentanza della solidarietà di tutti gli iscritti, con delibera n. 39 del 13/06/2012, ha donato 500 Euro in favore dei terremotati, su c/c della protezione Civile come indicato dalla presidente del Collegio di Modena.

GRAZIE a tutti gli infermieri e a tutti gli operatori che sono intervenuti sul luogo e che hanno garantito un intervento rapido, l'assistenza a tutti i cittadini coinvolti e anche a coloro che, nonostante fossero



S. Natale 2012

“Non la scienza, ma la carità ha salvato il mondo in alcuni periodi, e solo pochissimi uomini sono passati alla storia per la scienza; ma tutti potranno rimanere imperituri, simbolo dell’eternità della vita in cui la morte non è che una tappa, se si dedicheranno al bene.”

(San Giuseppe Moscati)



“Qui il verbo si è fatto carne” - Basilica della Natività - Betlemme

Presidente, Consiglio Direttivo,
Collegio Revisori dei Conti
e personale Amministrativo augurano
Buon Natale e Felice 2013

