

ISSN 2281-9479

Luglio 2013 - N. 53



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



Parco Comunale di Veniano (Co)

12 MAGGIO 2013 GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

www.ipasvi.it



LA SALUTE È UN DIRITTO DI CIVILTÀ



TUTELARLA È UN IMPEGNO DEGLI INFERMIERI

Gli infermieri di **COMO**
al fianco dei cittadini



IPASVI
Federazione Nazionale Collegi Infermieri

EDITORIALE

Il contributo degli infermieri al dibattito politico in Regione – A cura del Coordinamento Collegi IPASVI Lombardia

2

ATTUALITÀ

L'infermiere di famiglia in Lombardia. Il progetto del Coordinamento dei Collegi IPASVI

4

Alcune riflessioni sul contesto sanitario e sullo stato della professione

7

12 maggio resoconto giornate di educazione sanitaria

10

Prosegue il Dibattito sullo sviluppo delle competenze professionali

15

Ordini professionali. Questi incompiuti

18

Iscrizioni e cancellazioni

21

Sanità: ecco le priorità del Ministero

22

È EVIDENTE CHE...

La riduzione dei tempi di attesa dei codici minori attraverso il fast track in pronto soccorso

25

DALLA PARTE DEL BAMBINO

Dolore, dall'evidenza alla deontologia, una scelta ... dalla parte del bambino

30

INFERMIERISTICA E CURE COMPLEMENTARI

L'autoguarigione

35

DIRITTO E ROVESCIO

Le infezioni ospedaliere: la prevenzione come dovere dell'organizzazione sanitaria

39

NEWS FROM THE WEB

43

POSTA E RISPOSTA

46

ARTICOLI ORIGINALI

L'alimentazione della persona in trattamento dialitico

50

DAL COLLEGIO

Iscrizioni on-line – nuove modalità per l'iscrizione ai corsi residenziali del Collegio

52

Iniziative formative

55

IL CONTRIBUTO DEGLI INFERMIERI AL DIBATTITO POLITICO IN REGIONE

A cura del Coordinamento Collegi IPASVI Lombardia

Come editoriale di questo numero pubblichiamo la lettera che i Collegi Lombardi in data 18/06/2013 prot. 40/13 hanno trasmesso al presidente della Regione Roberto Maroni per proporsi quali interlocutori per affrontare alcune criticità del sistema sanitario Regionale dove il contributo degli infermieri può essere particolarmente significativo.

Egregio Presidente, a nome dei Collegi IPASVI della Lombardia riuniti in Coordinamento Regionale, in rappresentanza dei 60mila infermieri iscritti agli Albi Professionali, con la presente intendiamo rinnovarLe le più sentite congratulazioni per il delicato compito di riportare la nostra Regione al ruolo trainante del Paese che da sempre le compete e nel contempo desideriamo rappresentarLe la nostra piena disponibilità a collaborare per il sostegno al carattere pubblico e universalistico del Servizio Sanitario Regionale e ad ogni azione che favorisca l'integrazione fra strutture pubbliche e accreditate per garantire ai cittadini lombardi prestazioni sanitarie di qualità e in tempi certi. Gli infermieri possono contribuire alla revisione organizzativa del SSSR, considerando anche l'attuale e futuro quadro socio demografico che determina nuove richieste assistenziali da parte della popolazione. I dati di analisi secondo l'ISTAT indicano che il 38,6% della popolazione (23,4 milioni) soffre di almeno una malattia cronica; in tale contesto, nello specifico regionale, si calcola un aumento della popolazione con più di 64 anni, passando da un 20,3% ad un 33,1% del 2050 (Meridiano Sanità Rapporto 2012), con una previsione per il 2015 di 640.000 cittadini con età maggiore agli 80 anni. Più in particolare, i radicali cambiamenti socio-demografici determinano la manifestazione di nuovi bisogni, che richiedono la tempestiva adozione di nuovi e più appropriati processi clinico assistenziali, realizzabili grazie alla nascita e lo sviluppo di forme assistenziali basate su competenze specifiche e sulla continuità della presa in carico, attraverso la costituzione di una rete ospedale-territorio. Una carente risposta a questi nuovi



bisogni di salute emergenti porta inevitabilmente all'utilizzo inappropriato delle strutture da parte dei cittadini (accessi indiscriminati ai Pronto Soccorso, richieste smisurate di esami diagnostici o terapie, ecc) a volte accompagnato dalla percezione di solitudine ed abbandono, in particolare, in relazione alla fragilità della persona anziana. In questo contesto sociale e demografico, aggravato dalla situazione economica, appare indispensabile affrontare alcune delle criticità che affliggono la professione impattando sulla qualità delle prestazioni assistenziali, sulla sicurezza per gli assistiti e sul diritto a ricevere cure e assistenza adeguate. Lo sviluppo delle Cure primarie e della medicina territoriale risulta, a nostro parere, ancora carente di nuove strutture intermedie, capaci di dare risposta al necessario collegamento tra ospedale e domicilio, così come l'adozione di nuovi modelli organizzativi basati su specifiche competenze professionali. Risulta infatti indispensabile così come espresso e promosso dall'OMS-Europa nella dichiarazione di Monaco del 2000 e nel documento europeo "Salute per tutti Health 21" l'avviamento del progetto dell'Infermiere di famiglia per realizzare la continuità assistenziale e la concertazione multidisciplinare tra le varie figure professionali componenti dell'equipe, per una più efficace presa in carico dell'assistito. Per realizzare un adeguato sistema di assistenza territoriale in grado di ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati e migliorare la qualità dei servizi, siamo convinti, sulla base di sperimentazioni effettuate sul territorio nazionale, che occorra dare concretezza ad alcuni passaggi essenziali, quali l'identificazione della rete dei servizi con piano assistenziale individuale gestito da "case manager di rete" infermieristico; l'home nursing nelle RSA a gestione infermieristica, lo sviluppo sul territorio regionale di Ambulatori associati Medico-Infermieristici, oltre alla possibilità di applicare i criteri di "complessità assistenziale infermieristica" come riferimento per la determinazione del personale dedicato, solo per citare i più significativi. In tale ottica, i Collegi IPASVI possono rappresentare un punto di riferimento per la progettazione e la sperimentazione sul territorio lombardo di nuove forme per l'erogazione capillare di prestazioni assistenziali, che permetterebbero di fornire risposte efficaci ai bisogni della popolazione, attraverso una rete capillare di professionisti con livelli elevati di competenze e formazione specifica.

Un progetto di così ampio respiro e dalla significativa portata innovativa, richiede specifiche capacità organizzativo-strategiche proprie della dirigenza Infermieristica; le evidenze scientifiche nazionali ed internazionali dimostrano come il governo delle attività professionali sanitarie e tecniche debba essere posto sotto la direzione di professionisti con laurea magistrale e appartenenti alla medesima area disciplinare (di solito un Infermiere Dirigente) per il raggiungimento di adeguati standard di qualità nell'ambito dell'intera organizzazione aziendale.

L'attenzione per una tale organizzazione, è presente nella nostra Regione sin dai primi anni 2000, attraverso l'istituzione del Servizi Infermieristici Tecnico-riabilitativi Aziendali (i.c.d. SITRA), e oggi appare ancor più determinante la necessità di potenziare e valorizzare la specificità dirigenziale, per una reale razionalizzazione dei servizi e l'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse, anche attraverso l'applicazione del DPCM 25/01/2008 concernente la "disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica".

Ma nell'ottica di sviluppo del sistema, vanno richiamati degli elementi di valutazione qualitativa e quantitativa delle risorse umane a disposizione. Facendo riferimento ai parametri OCSE, che definiscono un rapporto pari a 8,9 infermieri ogni 1000 abitanti, si deduce la necessità sul territorio lombardo di circa 89.000 professionisti, stabilendo una carenza acuita dal blocco delle assunzioni e dagli ulteriori tagli dovuti alla spending review. Tale carenza costringe i professionisti in servizio a condizioni di lavoro inaccettabili e rischiose per loro stessi e per i pazienti con un'inevitabile ricaduta sugli outcome e sui livelli qualitativi dell'assistenza, così come ampiamente rilevato dalla letteratura scientifica, che ha stabilito un rapporto diretto tra carenza infermieristica e un aumento delle complicanze (e relativi costi) e dei decessi. Di conseguenza, un numero adeguato di professionisti infermieri nei diversi contesti operativi, consentirebbe il mantenimento di standard qualitativi elevati volti a garantire la sicurezza dell'Utente, impattando anche sulla migliore efficienza economica insieme alla soddisfazione della persona per l'assistenza ricevuta.

Il fenomeno della disoccupazione infermieristica rilevata in tempi recenti, va quindi fatta risalire non all'esubero dei professionisti ma al vincolo di spesa che impedisce alle Aziende sanitarie nuove assunzioni. Questa circostanza non giustifica dunque una riduzione dell'offerta formativa delle Università, anche in considerazione della prossima massiccia fuoriuscita di operatori - attivi dagli anni '70 - che hanno raggiunto i requisiti per la quiescenza. L'attenzione va quindi posta sulla qualità dell'offerta formativa erogata dalle nostre Università, grazie al rispetto dei criteri previsti dagli specifici Protocolli d'intesa, con una particolare attenzione all'insegnamento clinico che rappresenta una ricca ed insostituibile occasione di apprendimento per gli studenti e di sicurezza nella formazione di validi professionisti quali risorsa fondamentale per il SSSR Lombardo.

In questo articolato contesto, che in modo significativo si riverbera con gli interessi dell'assistito e della collettività, il Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI della Lombardia, Le chiede un incontro al fine di poter meglio delineare specifiche proposte per contribuire al miglioramento del SSSR Lombardo a favore dei cittadini



L'infermiere di famiglia in Lombardia. Il progetto del Coordinamento dei Collegi IPASVI

4

PREMESSA

Il punto di partenza del progetto nasce dalla consapevolezza dell'ormai consolidata cultura professionale degli infermieri del territorio che, unita alla loro preparazione nell'assistenza domiciliare integrata risulta essere ormai matura per un'ulteriore passo di sperimentazione di nuovi modelli assistenziali per i cittadini. Tale sperimentazione può riguardare un modello organizzativo che preveda sia la nascita dell'Infermiere di famiglia così come indicato dall'OMS Europa, sia per lo sviluppo di piani organizzativi socio sanitari già esistenti sul territorio della Regione Lombardia.

In riferimento alla necessità di una riorganizzazione del sistema sanitario centrato sul territorio, e alla definizione ormai acquisita di ospedale come luogo per il trattamento dell'acuzie, come dichiarato nei Piani Sanitari Nazionali e Regionali e ben delineato negli obiettivi e nelle azioni previste dal Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, la presenza e il coinvolgimento diretto degli infermieri quali professionisti dell'assistenza, rappresenta un punto fondamentale per lo sviluppo desiderato del sistema e per una risposta puntuale e completa alle necessità della popolazione.

La presenza di un pool infermieristico accreditato, costituito da Infermieri di famiglia, funzionerebbe quale "collante" tra cittadino/famiglie e sistema socio-sanitario erogando tutte quelle prestazioni e servizi che non rientrano nell'attuale sistema di voucher ma che pur sono in linea con le prestazioni rientranti nei LEA, ma anche prevedendo nel sistema delle attività prestazionali (DGR 3971 del 06/08/12) l'accredimento degli infermieri di famiglia quali erogatori di queste prestazioni/servizi.

È inoltre noto di come anche altri Stati vicini alla nostra realtà, come la Francia, abbiano istituito tale figura prevedendo per la stessa un proprio

ambito di intervento in convenzione con il Servizio Sanitario, giungendo fino alla presa in carico di 1500 pazienti, lavorando autonomamente e cooperando con gli altri professionisti.

Nella volontà/necessità di sviluppare l'assistenza primaria, deve essere a nostro avviso prevista una corposa presenza del personale infermieristico coinvolto nella progettazione dei percorsi preventivi e curativo assistenziale in collaborazione con diversi professionisti sanitari e sociali.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

1. Creazione di una proposta di sistema di accreditamento di qualità professionale IPASVI per infermieri libero professionisti, in forma singola e associata e creazione di una "rete professionale" di infermieri di famiglia;
2. Sviluppare una proposta di collaborazione con Regione Lombardia, al fine di creare una convenzione diretta degli Infermieri di famiglia con il Sistema Socio-Sanitario della Regione Lombardia e creare una collaborazione con i medici di medicina generale, al fine di promuovere la nascita di Gruppi di Cure Primarie (GCP);
3. Attivare un percorso di collaborazione con alcune ASL del territorio lombardo, con l'obiettivo di intraprendere una sperimentazione sull'inserimento dell'infermiere di famiglia;
4. Stesura di linee guida e protocolli per la cooperazione tra infermiere di famiglia e Azienda ospedaliera al fine di favorire la deospedalizzazione programmata (che non abbia le caratteristiche per la "classica" assistenza domiciliare integrata) e altri servizi integrati.

STRUTTURE COINVOLTE

Collegi IPASVI della Regione Lombardia.

STRUTTURE DA COINVOLGERE

- Regione Lombardia Assessorato alla Famiglia e solidarietà sociale;



- Regione Lombardia Assessorato alla Sanità;
- Almeno 2 ASL lombarde;
- Infermieri libero professionisti.

DISEGNO PROGETTUALE

L'infermiere di Famiglia dovrà essere necessariamente un professionista con competenze specifiche di tipo avanzato, accreditato secondo requisiti di qualità gestionale ed organizzativa, erogherà prestazioni in linea con i requisiti rientranti nei LEA 2012 e rispondenti ai crescenti bisogni delle persone seguite sul territorio ed a domicilio, garantendo interventi appropriati, qualitativamente validi e sicuri. In riferimento al profilo professionale dell'Infermiere D.M. 739/94 ed alla Legge n° 42/99, l'Infermiere di Famiglia dovrà:

1. Gestire la cronicità non complicata, cioè quella che affligge la maggior parte dei pazienti cronici, i quali sono sufficientemente competenti da poter autogestire la propria malattia ma hanno necessità di periodici monitoraggi di parametri clinici e si trovano in una condizione di complessiva stabilità terapeutica. Per il trattamento di alcune patologie croniche: BPCO, diabete, pazienti in TAO, ecc, verranno concordati piani assistenziali ad hoc ed implementati secondo un protocollo che definisce frequenza ed intensità di presa in carico, prevedendo l'integrazione del medico di medicina generale, e

le eventuali comunicazioni per una presa in carico diversa o che rientri nel sistema Voucher di Regione Lombardia;

2. Consigliare/sostenere ed educare le famiglie in tema di comportamenti a rischio di salute, e orientarle verso stili di vita che mantengano un benessere ottimale;
3. Conoscenza delle organizzazioni sociosanitarie e di altre agenzie sociali, concorrere alla identificazione dei fattori socioeconomici che la salute ha sulla famiglia, ed indirizzare quest'ultima alle strutture più adatte;
4. Potrà favorire in collaborazione con altri professionisti, le dimissioni precoci dagli ospedali, fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia ed il medico di base;
5. Si attiverà in autonomia qualora i bisogni identificati siano di natura infermieristico/assistenziale;
6. Esercitare il proprio ruolo durante il continuum assistenziale, dalla promozione della salute alla prevenzione, dalla cura alla riabilitazione.

Tale disegno assistenziale delegato all'Infermiere di Famiglia come indicato dall'OMS Europa, in aggregazione e supporto ai gruppi di cure primarie mediche, favorirà lo sviluppo del sistema assistenziale anche in rapporto alla crescente deospedalizzazione.

Il progetto del Coordinamento dei collegi avviato lo scorso febbraio dovrebbe concludersi entro il 30 ottobre p.v.

Nella riunione del coordinamento tenutosi in data 26 marzo, si è provveduto a definire la costituzione del gruppo di lavoro sull'infermiere di famiglia. Il progetto ha avuto l'approvazione della FNC con l'assegnazione del budget previsto.

IL GRUPPO DI LAVORO È COSTITUITO DAI SEGUENTI COMPONENTI:

Referente del gruppo di lavoro:

- Andrea Guandalini, *Presidente del Collegio di Mantova; Vicepresidente regionale*

Componenti:

- Alunni Manuela, *Collegio IPASVI Como*
- Barlocco Roberta, *Collegio IPASVI Varese*
- De Angelis Vito, *Collegio IPASVI Cremona*
- Ghilardi Stefano, *Collegio IPASVI Bergamo*
- Giaconi Tiziana, *Collegio IPASVI di Sondrio*
- Maiocchi Enrica, *Collegio IPASVI Pavia*
- Patelli Massimo, *Collegio IPASVI Brescia*
- Tomasi Mara, *Collegio IPASVI Mantova*



PERCORSO

1. Definizione del gruppo di lavoro con nomina dei componenti per ogni struttura coinvolta ed individuazione di realtà infermieristiche certificate e registrate all'interno del Sistema Qualità da coinvolgere nella sperimentazione;
2. Stesura ipotesi di percorso di accreditamento per liberi professionisti e proposta di collaborazione /sperimentazione da proporre ad almeno 2 ASL (entro aprile 2013);
3. Identificazione delle possibili sedi di sperimentazione e studio e valutazione di fattibilità nelle aree identificate;
4. Attivazione percorso di collaborazione con le ASL;
5. Conclusione progetto e presentazione report alla Federazione Nazionale (novembre 2013).

RISULTATI ATTESI

Si ritiene che un tale modello organizzativo possa dare risposte adeguate ai bisogni che coinvolgo-

no diverse aree dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale e dell'integrazione socio-sanitaria con diretta ricaduta su alcune attività quali la tutela della popolazione fragile affetta da patologie cronic-degenerative, gli anziani e i soggetti in età evolutiva.

In particolare ci si attende che:

1. Si individuino una potenziale "rete professionale" di liberi professionisti che possa favorire lo sviluppo della figura professionale;
2. Si intraprenda un percorso di sperimentazione per l'inserimento della figura dell'infermiere di famiglia con il coinvolgimento di almeno 2 ASL lombarde;
3. Vengano stilati ipotesi di formazione ad hoc per la figura dell'infermiere di famiglia che prevedano percorsi di accreditamento con IPASVI;
4. Vengano stilati protocolli-linee guida da utilizzarsi nell'inserimento sperimentale di tale figura sul territorio 

notizie in pillole a cura di S. Citterio**ACCREDITAMENTO SEDI FORMATIVE**

Lo scorso 30 gennaio 2013 è stato emanato il DM n. 47 recante "Decreto autovalutazione, accreditamento iniziale e periodica delle sedi di tirocinio delle sedi e dei corsi di studio e valutazione periodica" che aggiorna e rivede le procedure in essere ponendo le basi per un maggior controllo all'intero sistema formativo Universitario Italiano.



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 15 luglio 2013

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.



Alcune riflessioni sul contesto sanitario e sullo stato della professione

di Annalisa Silvestro



Nell'ultimo Consiglio Nazionale Straordinario tenutosi a Roma lo scorso 7-8 giugno la Presidente Silvestro ha delineato alcune riflessioni sull'attuale contesto sanitario e sullo stato della professione che vi presentiamo considerando la rilevanza che assumo nella definizione delle politiche professionali.

7

IL QUADRO GENERALE

Il Paese vive una fase critica fra le più impegnative della sua storia recente. La crisi economica produce, in maniera sempre più palese, pesanti ricadute nelle strutture e nei sistemi che hanno fin qui accompagnato e sostenuto la vita della collettività nazionale. Nell'ultimo biennio la necessità di riportare "i conti" dello Stato nell'ambito di un'equilibrata sostenibilità, ha contribuito a rendere ancor di più pesante e critica la situazione del mercato del lavoro - in generale e in sanità - e lo stato del Welfare (Servizi sanitari, Servizi sociali, Scuola e Istruzione, Servizi di sostegno per le situazioni di fragilità lavorativa e sociale), incidendo sulla coesione e sulle relazioni intercategoriale e sociali. Il permanere dell'obiettivo del contenimento della spesa nella Pubblica amministrazione - e quindi anche nella Sanità - e le palesi conseguenze che il raggiungimento di tale obiettivo comporta, induce a riflettere su alcuni aspetti:

- la salute rientra tra i diritti costituzionalmente garantiti e, pertanto, per rendere fruibile tale diritto, vanno contemperati gli sforzi per raggiungere l'equilibrio di bilancio con l'impegno verso la reale garanzia dell'attuazione dei LEA e l'aiuto e il supporto - anche questo costituzionalmente previsto - a chi è in condizioni di fragilità, non autosufficienza, povertà;
- la sanità rappresenta uno dei più importanti comparti del Paese non solo sul versante finanziario, ma anche sul versante occupazionale e produttivo e quindi economico;
- la sanità è un rilevante volano per l'accrescimento del know how nella ricerca scientifica, tecnologica, nelle scienze mediche, assistenziali, educative, gestionali e organizzative.

La salute, dunque, insieme all'organizzazione e ai professionisti che se ne occupano - sanità - deve essere considerata più che un fattore di spesa, un valore sia per l'economia del Paese, sia per il servizio alla collettività. La necessità di una visione più ampia si rileva anche nel *Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica* della Corte

dei Conti, la quale evidenzia - da una parte - che anche per il 2012 si sono confermati "i progressi già evidenziati negli ultimi esercizi nel contenimento dei costi e nel riassorbimento di ingiustificati disavanzi gestionali" e che i risultati delle azioni di controllo della spesa sanitaria e di assorbimento dei disavanzi nelle Regioni in squilibrio strutturale "sono ancora una volta incoraggianti". Ma dall'altra sottolinea che la sanità si trova "di fronte a scelte ancora impegnative" e avverte che non mancano "segnali preoccupanti sul fronte della qualità dei servizi garantiti ai cittadini", mentre sono ancora previsti "rilevanti tagli delle risorse destinate al settore" e "sempre più limitate appaiono le possibilità di ricorrere ad ulteriori entrate straordinarie".

Il risultato del 2012 ha consentito di rivedere le previsioni della spesa sanitaria nel prossimo quinquennio e di prefigurarne una riduzione sul Pil dal 7,1% del 2012 al 6,7% del 2017. Il buon andamento è riconducibile soprattutto alle Regioni in "Piano di rientro" che presentano una flessione delle perdite di circa il 44%, ma anche un saldo negativo più che raddoppiato per quanto attiene la mobilità sanitaria. In questo quadro situazionale, continua a **ridursi il costo del personale** (35,6 miliardi di euro) con un decremento dell'1,4% rispetto al 2011. In sintesi, sempre secondo la Corte dei Conti, il freno alla crescita della spesa è da ricondurre alle misure di contenimento messe in campo sia a livello nazionale (blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro, interventi in materia di contenimento della spesa farmaceutica), sia a livello regionale con l'attuazione dei Piani di rientro e dei programmi operativi (accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e attribuzione di specifici budget, riorganizzazione della rete ospedaliera ecc...). Per quanto attiene il **blocco delle assunzioni** e di ogni altra forma di reclutamento, la Corte osserva, tra l'altro, che questo - a fronte del progressivo pensionamento del personale - può incidere sia sull'offerta sanitaria e il mantenimento dei Lea, sia sull'effettivo con-



seguimento degli obiettivi di risparmio preventivati. L'esigenza di assicurare i livelli essenziali di assistenza, infatti, induce i gestori del servizio ad adottare procedure "alternative" per sopperire alla mancanza di personale (lavoro straordinario o in regime di prestazioni aggiuntive oppure altre fattispecie come l'acquisto di prestazioni professionali da privati) che, tutte insieme, "vanificano le conseguenze della misura rigorosa del blocco in termini di mancato risparmio, se non addirittura comportando maggiori costi".

8

LE RIFLESSIONI

L'analisi del Rapporto della Corte dei Conti, comprensiva della segnalazione delle difficoltà registrate nel monitorare e nel garantire i livelli di assistenza, è stata sostanzialmente condivisa dal Governo, dalle Regioni e dalle forze politiche. Ad oggi però non si rileva che ciò abbia prodotto un cambiamento di linea nelle parti prevalenti delle Regioni che sembrano ormai inchiodate alle loro responsabilità di governo della spesa locale, con il rischio di perdere di vista la prospettiva e l'evoluzione indispensabile del sistema.

D'altra parte l'apertura ad un limitato superamento del **blocco del turn over** stabilita dall'articolo 4 bis del cosiddetto "Decreto Balduzzi", approvata in via definitiva alla fine dell'ottobre 2012 (*Al fine di garantire i Lea, gli enti del Servizio sanitario delle Regioni con Piano di rientro sottoposte al blocco automatico del turn over dal 2012 possono procedere a nuove assunzioni di personale a tempo indeterminato, nel limite massimo del 15% del personale cessato dal servizio, previo accertamento del raggiungimento anche parziale degli obiettivi previsti dal Piano di rientro*) non ha certo permesso di superare la criticità della situazione assistenziale, né di rompere la staticità del mercato del lavoro che ultimamente colpisce anche gli infermieri. È aumentato, infatti, il tempo d'attesa dei neo laureati infermieri per inserirsi nelle strutture organizzative del sistema sanitario. Il **tasso occupazionale** è sceso, ad un anno dalla laurea, dal 94% del 2007 all'83% del 2010 con segni oggettivi di un'ulteriore riduzione.

Ciò nonostante, secondo i dati forniti da **AlmaLaurea** e da fonti ufficiali quali **Istat** e **Ocse**, le professioni sanitarie risultano al primo posto tra le lauree che hanno prodotto il maggior numero di occupati, con una richiesta sempre crescente di figure come infermieri, ortottisti, audiometristi. Può essere utile rilevare - sempre attingendo ai dati forniti - che le professioni sanitarie sembrano essere premiate anche sul fronte retributivo, classificandosi seconde, solo dopo Ingegneria, nella

speciale classifica sull'entità della busta paga a 5 anni dal conseguimento del titolo accademico, con una media di 1.662 euro al mese. Un valore ben più alto di quello relativo a lavoratori fuoriusciti da corsi di studio storicamente prestigiosi, come Giurisprudenza (1.285 euro), Architettura (1.256 euro), Lettere (1.073 euro).

Le difficoltà occupazionali per la nostra categoria, inducono ad una attenta riflessione su altri due grandi campi di interesse professionale: il fabbisogno formativo e il campo di attività.

IL FABBISOGNO FORMATIVO

Permane il differenziale tra la richiesta totale delle Regioni (24.143 posti), con differenza di -8.024 (33%) e la richiesta della Federazione (22.189 posti), con differenza di -6.070 (-27%) sull'offerta delle Università. Il rapporto nazionale D/P cala da 2,8 a 2,7 con valori diversi per aree geografiche: al Nord da 2,1 a 2; al Centro dal 2,2 a 2,1 e al Sud dal 5,6 al 5,2. In totale, le domande presentate per l'A.A. 2012/2013 sono state 43mila su circa 16 mila posti disponibili, con un differenziale di 26mila giovani. Il differenziale in negativo, potrà accentuarsi ulteriormente con la nuova disciplina universitaria in materia di **accreditamento e attivazione dei corsi di laurea**. Tale disciplina impone un numero minimo di docenti Universitari (denominati "docenti di riferimento") per ogni corso attivato, calcolato tenendo conto sia del numero di studenti programmati, sia del numero di sedi e della loro collocazione geografica. L'applicazione di tale norma sta mettendo in sofferenza molte Università, che avevano la consuetudine di aprire corsi di laurea anche con pochi o pochissimi docenti universitari. La norma, oltretutto, prevede un impegno crescente nei prossimi anni accademici, dato che fissa incrementi annui della numerosità fino al 2016, anno in cui l'assetto definitivo dovrà essere a regime. I Rettori, per fronteggiare tale prospettiva, consapevoli che non esistono, al momento, condizioni finanziarie e di programmazione favorevoli per reclutare nuove risorse di docenti e di ricercatori, profilano la chiusura di sedi o di interi corsi, muovendosi non infrequentemente secondo logiche di convenienza politica o baronale più che di congruenza con i dati fattuali e con i bisogni regionali e nazionali del servizio sanitario. La **stasi occupazionale** ha indotto alcuni Collegi a chiedere o a sostenere la necessità della chiusura/sospensione di parte dei corsi di laurea in infermieristica.

Se è vero che una contenuta riduzione dei posti in ingresso non è necessariamente e automaticamente foriera di una riduzione dei laureati, è altret-



tanto vero che chiedere la soppressione di corsi di laurea in infermieristica - unico caso nell'intero panorama accademico nazionale - non risolve il problema della stasi occupazionale, mentre potrebbe mettere le basi per ben ulteriori problemi nel tempo medio (mantenimento/diminuzione dei Docenti e Ricercatori in Scienze infermieristiche, diminuzione della forza contrattuale della professione in ambito accademico, debole sviluppo della disciplina infermieristica ecc.).

Inoltre deve essere ben presente a tutti che non è possibile "fermare" la **libera circolazione** dei lavoratori e dei professionisti - anche infermieri - nell'Unione europea. Né va peraltro sottovalutato che numerose Regioni hanno definito e stanno ponendo in atto piani di riorganizzazione della rete ospedaliera che "liberano" risorse professionali infermieristiche che vengono riallocate diminuendo, in tal modo, la necessità di assumere nuovi professionisti. La questione va dunque affrontata in logica sistemica ed integrata tra FNC e Collegi provinciali - auspicabilmente riuniti in Coordinamento - tenuto conto del fatto che la vera governance del sistema sanitario è in mano alle Regioni. La Rappresentanza professionale deve costantemente e sistematicamente stressare e rendere evidente che la carenza/manca di infermieri

- ha una oggettiva ricaduta sul mantenimento dei LEA;
- rende inattuale l'orientamento e il potenziamento delle cure primarie e dell'assistenza infermieristica domiciliare;
- non permette l'attivazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie territoriali intermedie;
- rende inattuale l'attenzione e l'orientamento alla presa in carico di cittadini anziani e/o con patologie cronico-degenerative e/o fragili che necessitano di continuità ed estensività assistenziale lungo l'intero arco della vita.

Infine, deve essere evidenziato che l'invecchiamento della popolazione infermieristica è un fenomeno ormai evidente, con effetti molteplici - stante la delicatezza delle prestazioni e funzioni che la nostra professione garantisce diuturnamente alla collettività - in termini di "tenuta del sistema assistenziale" e per l'efficienza e la qualità del processo diagnostico e terapeutico

Fasce d'età	F	M	Totale	% sul totale
54 e meno	271.708	74.529	346.237	84,0%
55-60	31.458	11.027	42.485	10,3%
61-65	9.787	4.172	13.959	3,4%
66 e oltre	7.356	2.036	9.392	2,3%
Totale	320.309	91.764	412.073	

Dati IPASVI - 2013

IL CAMPO DI ATTIVITÀ

Il sistema sanitario sta uscendo da un'atavica pleora medica che ha reso l'Italia il Paese con il maggiore numero di medici rispetto alla popolazione. Il sovradimensionamento del numero di medici ha prodotto situazioni "uniche" nel panorama internazionale sia per quanto attiene il rapporto con le altre professioni sanitarie, sia nell'immaginario collettivo e nella percezione dei cittadini sul ruolo del medico stesso e sulla relazione che "deve" esserci tra quest'ultimo ed altri professionisti, come ad esempio gli infermieri.

L'impegno della compagine professionale tutta, su questa "questione", deve essere forte e corale. Va attivato e mantenuto il confronto, l'analisi e il dibattito per quanto attiene il costruito disciplinare, la sfera di decisionalità autonoma, l'evoluzione ormai fattuale delle competenze e dell'operatività infermieristica sia in campo clinico-assistenziale, sia in campo organizzativo-gestionale, sia in campo formativo.

È necessario un cambio di marcia: ci dicano in che cosa consiste l'atto medico, ci dicano sulla base di quali elementi giuridici, disciplinari, formativi, si sostengono alcune posizioni professionali che si riverberano nella stampa di settore e minano i rapporti e le relazioni professionali.

È finita la stagione dell'autoreferenzialità basata sulla mitologia della centralità e primazia della professione medica su tutte le altre professioni, ancorché riconosciute come indispensabili per la realizzazione dei processi assistenziali, curativi e diagnostico-terapeutici posti in essere per il raggiungimento di *outcome* ed *esiti* vantaggiosi per il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute della collettività.

È di palese evidenza che la riflessione su quest'annosa "questione" riverbera anche sul tasso di occupazione degli uni piuttosto che degli altri, sulla ridefinizione dei paradigmi relazionali tra le professioni e tra le professioni e i cittadini e sul ridisegno dello status sociale ed economico/contrattuale.

Ma è ormai un passaggio ineludibile nel quale bisogna entrare con equilibrio, capacità di ascolto e rigidità disciplinare documentale e giuridica. Sulla questione giuridica, del campo proprio di attività e sulla conseguente e diretta responsabilità professionale, attiveremo un **tavolo** - inizialmente interno con il supporto di giuristi ed avvocati - di riflessione e confronto, le cui elaborazioni saranno la base documentale per riflettere insieme agli "altri" con serenità di giudizio e con la mente rivolta anche al futuro





PRIMO EVENTO

SPECIALE GIORNATA DELL'INFERMIERE 2013
EDUCAZIONE SANITARIA NELLE SCUOLE PRIMARIE

10

Il 12 maggio 1820 nacque a Firenze, in una ricca famiglia inglese, Florence Nightingale, destinata a diventare nota come "la signora con la lanterna". Profondamente credente e ispirata da quella che lei considerava una chiamata divina, dedicò la sua vita alla cura degli ammalati e degli indigenti, in un'epoca in cui quella di infermiera era una professione poco stimata, tanto che nell'esercito le infermiere erano equiparate alle vivandiere. È considerata la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna: fu la prima ad applicare il metodo scientifico attraverso l'utilizzo della statistica e a lei si deve la successiva organizzazione degli ospedali da campo.

Sabato 11 maggio 2013 presso la Sala degli Stemmi, Palazzo Cernezzi (Comune di Como) alle ore 10.30, si è svolta la premiazione del bando di concorso **"Educazione sanitaria nelle scuole primarie e secondarie della provincia di Como"**, organizzato dal Collegio di Como in occasione della giornata internazionale dell'infermiere. Alla premiazione erano presenti il Presidente, **Dott. Stefano Citterio**, la responsabile della com-

missione immagine, **Paola Giussani**, la VicePresidente **Paola Pozzi**, la Segretaria, **Maria Luisa Bianchi**, la consigliera **Rosella Maffia**, la Dott.ssa **Donatella Pontiggia**, Coordinatrice del Corso di Laurea. È intervenuto anche il Dott. **Mario Lucini**, Sindaco di Como che si è fermato per un saluto ed un ringraziamento. Grazie a tutti gli infermieri che ogni giorno mettono se stessi... corpo e anima, per il nostro lavoro.

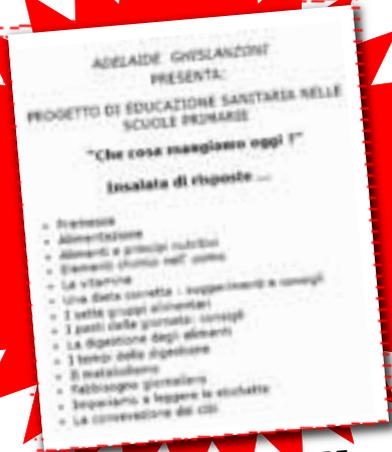
Vincitore del bando inf. **ROSSINI SIMONE**, con il progetto:
UN MAGICO VIAGGIO PER SIMONE:
Il bambino che mangiava solo pizza



**GLI ALTRI
PARTECIPANTI
AL BANDO
E LORO CONTRIBUTI**



CORTI ELEONORA Lavarsi le mani



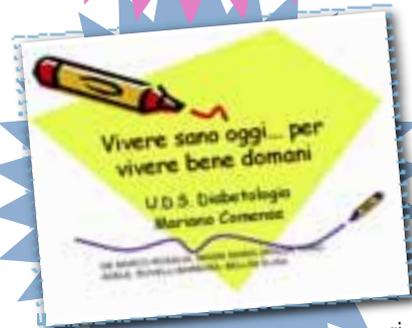
GHISLANZONI ADELAIDE
Che cosa mangiamo oggi? Insalata di risposte



TOPPI ROBERTA Brutus e le bolle di sapone
Mauri Ester



BARGNA ELISABETTA Una mano lava l'altra:
la salute passa anche dalle mani



DE MARCO ROSALIA Vivere sano oggi...
per vivere bene domani - Magni M. Grazia, Tono Adele,
Rovelli Barbara, Bellini Elisa



MARINONI MORENA Fammi crescere i denti
davanti. Intervento di educazione
sanitaria: igiene dentale



TURATI GIOVANNA
Diverso come me Sentire il mondo

ALCUNE ISTANTANEE DELLA GIORNATA



SECONDO EVENTO

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

A conclusione delle giornate di educazione sanitaria rivolte alla popolazione, ecco un breve resoconto.



GIORNATA INTERNAZIONALE dell'INFERMIERE

APPUNTAMENTI DI EDUCAZIONE SANITARIA PER LA POPOLAZIONE

Per info: tel. 031.300218
www.ipasvicomo.it

APERTA AL PUBBLICO

PRESSIONE ARTERIOSA

DIABETE

PRIMO SOCCORSO

MAGGIO dalle 9.00 alle 12.00

16 COMO presso Centro Cardinal Ferrari via C. Belfatti 8

23 CANTÙ presso Villa Calvi Sala Rose via Roma, 8

30 GRAVEDONA ED UNITI Sala Conferenze Ospedale Moriggiola Pedesina Via M. Pelasconi, 3

IPASVI

COMO 16 MAGGIO 2013

Ed eccoci alle faticose giornate di incontri di educazione sanitaria alla popolazione.

La prima, il 16 maggio a Como, presso il Centro Cardinal Ferrari. Il tempo inclemente non ci ha certo aiutato, la pioggia, il freddo e l'umidità hanno fatto sì che le persone disertassero Como, e, nonostante i nostri studenti avessero tentato di attirare con volantini la poca gente in giro per la città, solo alcuni hanno frequentato l'incontro. Nonostante la tecnologia ha tentato di boicottarci, siamo riuscite lo stesso a raggiungere gli obiettivi. Grazie Rosalia, Enkela, Maria, Angela, Barbara, Paola, Andrea, Alice.

13

ALCUNE IMMAGINI DELLA GIORNATA



ALCUNE IMMAGINI DELLA GIORNATA

14

**CANTÙ 23 MAGGIO 2013**

Continuano gli incontri di educazione sanitaria rivolti alla popolazione. Dopo l'appuntamento a Como di giovedì 16 maggio, è toccato a Cantù ospitarci nella bella cornice di Villa Calvi. Bella mattinata riscaldata da un po' di sole ma soprattutto dall'accoglienza del Comune di Cantù rappresentato dalla consigliera sig. Antonella Albarti. Cittadini curiosi si sono intrattenuti con numerose domande sui tre argomenti proposti: pressione arteriosa, diabete e d incidenti domestici.



*Grazie a Paola,
Marina, Maskim,
Ketty, Eleonora
e Hillary.*



ALCUNE IMMAGINI DELLA GIORNATA

GRAVEDONA 30 MAGGIO 2013

Ed eccoci all'ultimo incontro con la popolazione: giovedì 30 maggio 2013, Sala Convegni dell'Ospedale Moriggia Pelascini di Gravedona: Grazie Luisa, Katia, Rosella, Daniela, Barbara, Paola.



Prosegue il dibattito sullo sviluppo delle competenze professionali

a cura della Redazione

Pubblichiamo la nota trasmessa dalla Federazione al Presidente dell'Osservatorio Nazionale per le professioni Sanitarie, Prof Luigi Frati. La nota affronta il delicato tema delle attività riservate che con la revisione degli ordinamenti didattici dei corsi Universitari sta emergendo con forza. In talune circostanze si tratta di valutare se una determinata attività inserita nel percorso didattico o ritenuta uno

sviluppo di competenze proprie della professione di riferimento confligge con le competenze proprie di un'altra professione. Nell'allegato la Federazione ha analizzato le principali criticità emerse tra le competenze Infermieristiche e quelle di altre professioni (Ostetrica, Tecnico di Radiologia Medica - TSRM, Tecnici perfusionisti - TFCePC, Dietisti) esprimendo il proprio parere.

15

Protocollo P-29341III.07

Data 14 giugno 2013

**Oggetto: Proposta Master
delle professioni sanitarie
Federazione Nazionale
Collegi IPASVI**

*Prof. Luigi Frati
Presidente Osservatorio MIUR
luigi.frati@uniroma1.it,
alessandro.procaccini@uniroma1.it
e. p.c. ALLA SEGRETERIA TECNICA
dell' Osservatorio nazionale
per le professioni sanitarie*

*presso il Ministero
dell' Istruzione, Università
e della Ricerca
Dott.ssa Vanda Lanzafame
vanda.lanzafame@miur.it
stefania.cepparuolo@miur.it
Loro sedi*

Facendo seguito alla precedente nota dell' 11/6/2013 prot. P-28741III.07 si trasmette in allegato il documento con le osservazioni della scrivente Federazione.

In premessa, si ritiene necessario sottolineare che l'approfondimento di attribuzioni correlate alle specificità disciplinari delineate nelle norme costituenti un profilo professionale - così come determinate con decreto del Ministro della Salute (ex Sanità) - attraverso l'istituzione di Master, non può rappresentare un mezzo surrettizio per definire competenze e attribuzioni non riconducibili allo specifico profilo professionale (Legge 26 febbraio 1999 n. 42 e Legge 10 agosto 2000 n. 251).

Per quanto attiene alla professione infermieristica, si sottolinea che il DM 739/94 all' art. comma 5 dispone che: "5. La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
- b) pediatria: infermiere pediatrico;
- c) salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatrico;
- d) geriatria: infermiere geriatrico;
- e) area critica: l'infermiere di area critica.

6. In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del Ministero della sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica. 7. Il percorso formativo viene definito con decreto del Ministero della sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto."

Risulta pertanto chiaramente appalesata la volontà di assicurare ai cittadini un'assistenza infermieristica di tipo specialistico incardinata su una strutturata e qualificata competenza di tipo generalistico acquisita attraverso la laurea di primo livello.



Ostetrica/o	Chirurgia ostetrico-ginecologica	Acquisire le competenze specialistiche necessarie nei percorsi chirurgici connessi alle emergenze, a tecniche innovative, mini invasive, in regime di day surgery o ricovero ordinario	Competenze chirurgiche di tipo generalista sovrapponibile alle funzioni proprie dell'infermiere
Ostetrica/o	Area neonatale	Acquisire le competenze necessarie alla prevenzione, alla cura ed alla presa in carico del neonato sano o con patologie o fragilità a livello ospedaliero territoriale	Competenze specialistiche pediatriche sovrapponibili alla funzione propria dell'infermiere pediatrico. Non rientrano nel profilo di competenza la presa in carico del neonato con patologie o fragilità a livello ospedaliero territoriale
Ostetrica/o	Assistenza ginecologica	Acquisire le competenze specialistiche nell'ambito della gestione dei percorsi assistenziali a bassa, media e alta complessità, relativi ai problemi riproduttivi della donna, in ospedale e nel territorio	Il titolo del master presentato può confondere e quindi essere sovrapponibile alle competenze dell'infermiere e non risulta coerente con le finalità dichiarate
TSRM	Scienza e tecnologia dei radiofarmaci	Acquisire le competenze necessarie alla pianificazione, gestione e valutazione della preparazione e della somministrazione del radiofarmaco , con particolare attenzione agli aspetti dosimetrici e radioprotezionistici	Le competenze pianificazione, gestione e valutazione della preparazione e della somministrazione del radiofarmaco risultano competenze proprie del profilo dell'infermiere e quindi sovrapponibile

Nel profilo il TFCePC provvede alla conduzione ed alla manutenzione delle apparecchiature relative alle tecniche di circolazione extracorporea ed alle tecniche di emodinamica...

...Le mansioni del TFCePC sono esclusivamente di natura tecnica...

...Pianifica gestisce e valuta quanto necessario al buon funzionamento delle apparecchiature di cui è responsabile

Pertanto risultano essere sovrapponibili i seguenti master presentati soprattutto nelle parti evidenziate in quanto prevedono l'assistenza diretta al paziente:

Telecardiologia	Acquisire capacità e competenze nel controllo domiciliare e non, dei pazienti, in trattamento riabilitativo, portatori di device (P.M.-Defib.-VAD ecc.) nonché dei traccianti ECG e delle immagini ecocardiografiche e vascolari trasmissibili in remoto
Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione cardiaca	Fornire un approfondimento teorico-pratico in tutte le metodiche diagnostiche e terapeutiche che si applicano in un laboratorio di elettrofisiologia ed elettrostimolazione, cioè studi elettrofisiologici ed ablazioni mediante l'utilizzo, di apparecchiature indispensabili per le procedure (Fisiopoligrafo, sistema di mappaggio elettroanatomico CARTO e NAVX) e nelle procedure di impianto e follow up di stimolatori cardiaci permanenti e di defibrillatori automatici (ICD) e pacemaker
Management dei supporti meccanici cardiocircolatori	Fornire agli operatori sanitari: conoscenza dei meccanismi fisiopatologici dell'insufficienza cardiorespiratoria, dei criteri di inclusione al trattamento del paziente con supporti meccanici-sviluppare specifiche competenze sui devices e materiali ad essi correlati capacità di realizzare e gestire protocolli per il management delle assistenze -capacità di raccogliere e valutare risultati e dati delle applicazioni dei supporti a breve e medio termine



Metodologia di diagnostica cardiologica ed interventistica associata ad imaging radiologico	Acquisire nozioni teorico pratiche avanzate tali da poter esercitare competenza specifica nella cardiologia interventistica (coronarografie, angioplastica, stent, Endoprotesi e valvole percutanee), nella diagnostica strumentale come ECG da Sforzo, Holter, Test respiratori e nel monitoraggio emodinamico nei pazienti sottoposti a imaging cardiovascolare
Metodologia di diagnostica cardiologica applicata alla medicina sportiva	Acquisire nozioni teorico pratiche per poter esercitare competenza specifica, negli ambulatori di medicina sportiva, relativi alla diagnostica strumentale (ECG, ECG da Sforzo Holter, ed ecocardiografici nonché Test respiratori)
Trapianti, preservazione d'organo ed emodialisi	Acquisire conoscenze, competenze ed abilità tecniche necessarie per pianificare, gestire e valutare il processo legato alla donazione e trapianto di organi e tessuti ed al trattamento conservativo degli organi nel prelievo multi organo e sulle emergenti strategie innovative in ambito alla terapia cellulare fornire le basi teoriche e pratiche delle tecniche emodialitiche in ambito ospedaliero ed extraospedaliero al fine di acquisire conoscenze specifiche degli strumenti tecnici per la gestione assistenziale autonoma dell'attività clinica emodialitica

Dietisti	Gestione del supporto nutrizionale per os e artificiale in età pediatrica	Acquisire competenze specialistiche nella conduzione del percorso di assistenza nutrizionale nei pazienti sottoposti a supporto nutrizionale per os, enterale e parenterale in pazienti pediatrici istituzionalizzati e a domicilio	Non risulta chiaro cosa si intende per percorso assistenziale e questo se non specificato adeguatamente crea inevitabilmente una sovrapposizione con le funzioni dell'infermiere
	Gestione del supporto nutrizionale e parenterale	La gestione del supporto nutrizionale enterale e parenterale Acquisire competenze specialistiche nella conduzione del percorso di assistenza nutrizionale nei pazienti sottoposti a Nutrizione enterale e parenterale in pazienti adulti istituzionalizzati e a domicilio	Non risulta chiaro cosa si intende per percorso assistenziale e questo se non specificato adeguatamente crea inevitabilmente una sovrapposizione con le funzioni dell'infermiere

notizie in pillole a cura di S. Citterio

AVVISO AGLI ISCRITTI

in merito all'attivazione della PEC che, come già ricordato è un obbligo previsto dalla legge 2/2009, il Ministero dello Sviluppo Economico (MISE), con decreto 19 marzo 2013 (GU n. 83 del 09/04/2013) ha istituito l'indice nazionale degli indirizzi di posta elettronica certificata delle imprese e dei professionisti (INI-PEC). Tale elenco pubblico nazionale, sarà fruibile in modalità web e reso disponibile, mediante il portale telematico (www.inipecc.gov.it) senza bisogno di autenticazione.

Gli Ordini e Collegi, in questa fase hanno l'obbligo di comunicare ad InfoCamere, tutti gli indirizzi PEC dei propri iscritti, nonché mantenerne aggiornato detto elenco.

Tale elenco includerà tutte le PEC attivate dal Collegio, o comunicate direttamente dall'iscritto se attivate con altre modalità; verranno inoltre comunicati gli indirizzi PEC degli iscritti attivi di ENPAPI.

Gli iscritti che non hanno ancora provveduto all'attivazione della PEC, sono invitati a farlo al più presto, inviando in segreteria il modulo di adesione unitamente alla fotocopia di un documento di identità. Link dal sito istituzione www.ipasvicomo.it "attiva la tua PEC".



Ordini professionali. Questi incompiuti

dalla Redazione

18

Come succede all'inizio di ogni legislatura sono stati presentati diversi Disegni di Legge che riguardano l'attuazione della delega (oramai largamente scaduta) prevista nella legge 43/2006 relativa alla trasformazione dei Collegi esistenti in Ordini professionali e alla istituzione di nuovi Ordini professionali per le altre professioni.

Al momento sono tre i Disegni di Legge che sono stati presentati al Senato, in ordine cronologico più recente:

- 12 giugno 2013, atto n. S 818 http://www.senato.it/leg/17/BGT/Schede_v3/Ddliter/41308.htm
«Riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie di medico-chirurgo, di odontoiatra, di farmacista e delle professioni sanitarie di cui alla legge 30 agosto 2000, n. 251».
a firma di Annalisa Silvestro, Amedeo Bianco, Emilia Grazia De Biasi, Nerina Dirindin, Manuela Granaiola, Donatella Mattesini, Giuseppina Maturani e Venera Padua (PD).
- 29 maggio 2013, atto n. S 725 http://www.senato.it/leg/17/BGT/Schede_v3/Ddliter/41094.htm
«Riordino della disciplina degli Ordini e dei Collegi delle professioni sanitarie».
a firma di Luigi D'Ambrosio Lettieri (PdL), Laura Bianconi (GAL) e Luciano Romano (SCpl)
- 15 marzo 2013, atto n. S 154 http://www.senato.it/leg/17/BGT/Schede_v3/Ddliter/39456.htm
«Istituzione degli ordini e albi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione». a firma di Laura Bianconi (GAL).

Per i primi due DDL 818 e 725 si prevede la trasformazione delle tre Federazioni esistenti in altrettanti tre Ordini degli Infermieri, delle Ostetriche e dei Tecnici di Radiologia con l'aggiunta a quest'ultimo delle professioni della Riabilitazione, Tecniche e della Prevenzione, così come era stato definito stato definito per il DDL 2935.

Mentre il DDL 154, che riguarda solo i Collegi delle professioni sanitarie, prevede l'articolazione su cinque Ordini, di cui tre con la trasformazione dei Collegi esistenti in altrettanti tre Ordini degli Infermieri, delle Ostetriche e dei Tecnici di Radiologia, un quarto per le professioni della Riabilitazione e il quinto per le professioni Tecniche e della Prevenzione.

Il testo è quasi lo stesso del DDL 1.142 di Rossana Boldi (LNP), che rimase bloccato nella scorsa Legislatura.

Pubblichiamo la sintesi dei tre DDL tratta dal sito *Quotidiano sanità*:

SINTESI DEL DDL SILVESTRO, BIANCO

La proposta di legge dei due senatori Pd, rispettivamente presidenti delle Federazioni nazionali degli Collegi degli infermieri e degli Ordini dei medici, ha il suo punto di forza nella istituzione di un unico grande Ordine delle professioni sanitarie. Ovvero l'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Una proposta normativa, si legge nella relazione al ddl, "semplificata che non prevede l'istituzione di ulteriori ordini professionali bensì l'attivazione di albi per le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione che ne siano sprovviste e la loro confluenza nell'ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica".

"È altresì dovuta - si legge ancora nella relazione - la modifica della denominazione da collegio ad ordine per le professioni già vigilate dal Ministero della Salute in considerazione della loro evoluzione formativa ed professionale".

In particolare, si sostituiscono i primi tre Capi del decreto legislativo n. 233 del 1946, prevedendo che gli ordini, in ragione dei nuovi assetti territoriali così come recentemente delineati, sono costituiti in ogni città metropolitana o ambito territoriale definito con specifico e successivo decreto del Ministro della salute.



Si dispone altresì che i collegi e le federazioni delle professioni sanitarie sono trasformati da collegi e Federazioni nazionali degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici d'infanzia (IPASVI) in ordini degli infermieri e infermieri pediatrici e Federazione nazionale degli ordini degli infermieri e infermieri pediatrici. Si dispone la trasformazione dei collegi delle ostetriche/i in ordini professionali delle ostetriche e dei collegi dei tecnici sanitari di radiologia medica in ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Conseguentemente, la professione di assistente sanitario, prima inserita nel Collegio degli infermieri, confluisce nell'ordine di cui al comma 2, lettera c), ai sensi dell'articolo 4 della legge 1 febbraio 2006, n. 43.

Gli Ordini e le relative Federazioni sono enti pubblici non economici, sono organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici connessi all'esercizio professionale, dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare, ai quali, tuttavia, non si estendono le norme di contenimento della spesa pubblica e la sottoposizione alla vigilanza

del Ministero della salute in quanto finanziati attraverso le quote versate dai propri iscritti. 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.

Tra i compiti assegnati ai predetti enti figurano la tenuta e la pubblicità degli albi delle rispettive professioni; la verifica del possesso dei titoli abilitanti all'esercizio professionale; la valutazione delle attività di formazione continua; il rafforzamento e la novellazione dei codici deontologici; l'istituzione di specifici organi disciplinari e la definizione di idonee procedure a garanzia dell'autonomia e terzietà del giudizio disciplinare, separando la funzione istrutto-

ria da quella giudicante in particolare attraverso la costituzione di appositi Uffici Istruttori di Albo; la definizione delle modalità di partecipazione degli ordini e dei relativi compiti, nelle procedure relative all'esame di abilitazione all'esercizio professionale; la promozione, l'organizzazione e la valutazione dei processi di accreditamento, di aggiornamento e della formazione per lo sviluppo continuo di tutti i professionisti iscritti, ai fini della certificazione del mantenimento dei requisiti professionali, includendo anche la formazione e i crediti formativi acquisiti anche all'estero.

Il disegno di legge interviene sugli organi, disciplinandone la composizione e le relative funzioni anche con la previsione dell'istituzione di un Coordinamento degli Ordini presenti in una Regione. La norma, inoltre, dopo aver novellato il decreto legislativo n. 233 del 1946, detta disposizioni

transitorie per gli ordini e i relativi organi in carica all'entrata in vigore della presente legge, stabilendo la loro permanenza in carica fino alla scadenza del proprio mandato e rinviando per le modalità del successivo rinnovo, alle disposizioni come

modificate dal presente articolo, nonché ai regolamenti attuativi da adottarsi con decreto del Ministro della salute, ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge n. 400 del 1988.

Si dispone, altresì, che i Consigli nazionali delle Federazioni nazionali provvedano ad approvare i relativi Regolamenti per definire la loro organizzazione e funzionamento interno. La norma interviene abrogando le disposizioni del decreto legislativo n. 233 del 1946, incompatibili con le modifiche apportate, con decorrenza dalla data di entrata in vigore dei predetti regolamenti attuativi.

SINTESI DDL D'AMBROSIO LETTERI

Il Ddl del senatore del Pdl (che è anche vice presidente della Fofi), composto di un unico articolo, diviso in tre parti, ha come base di partenza il testo predisposto dal ministro Balduzzi che però non conclude il suo iter parlamentare.



Al primo comma riformula i primi tre capi del D.Lgs. C.P.S. 233/1946, mentre i successivi contengono ulteriori misure di ammodernamento della suddetta disciplina. Prevedendo che gli Ordini, in ragione dei nuovi assetti territoriali, siano costituiti in ogni provincia o città metropolitana ovvero, che il Ministero della salute, su proposta delle Federazioni nazionali d'intesa con gli Ordini interessati, possa disporre che un ordine abbia per circoscrizione due o più province.

Gli ordini sono enti pubblici non economici, organi sussidiari dello Stato per tutelare gli interessi pubblici connessi all'esercizio professionale. Hanno autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare. Sono sottoposti a vigilanza della Salute. Hanno lo scopo di promuovere e assicurare l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità della professione, 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.

Sono tenuti alla pubblicità degli albi e alla verifica del possesso dei titoli abilitanti, la valutazione delle attività di formazione continua, il rafforzamento dei codici deontologici, la trasparenza della comunicazione, la definizione delle modalità di partecipazione degli Ordini e dei relativi compiti nelle procedure relative all'esame di abilitazione all'esercizio professionale; la promozione, l'organizzazione e la valutazione dei processi di aggiornamento e della formazione per lo sviluppo continuo di tutti i professionisti iscritti, ai fini della certificazione del mantenimento dei requisiti professionali, includendo anche crediti formativi acquisiti anche all'estero.

Per quanto attiene l'ambito disciplinare è prevista l'istituzione di specifici organi disciplinari e sono definite idonee procedure che separino la funzione istruttoria da quella giudicante: in particolare, è stabilita la costituzione di appositi uffici istruttori di albo a cui partecipa - oltre agli iscritti a tal fine sorteggiati - anche un rappresentante estraneo alle professioni medesime, nominato dal Ministro della salute. Il disegno di legge interviene, altresì, sugli organi, disciplinandone la composizione e le relative funzioni anche con la previsione dell'istituzione di Federazioni di livello regionale.

Ci sono poi una serie di disposizioni transitorie per gli Ordini e i relativi organi in carica all'entrata in

vigore. Viene stabilita la loro permanenza in carica fino alla scadenza del mandato. Per quanto riguarda le modalità del successivo rinnovo si rimanda alle disposizioni e ai regolamenti attuativi da adottarsi con decreto del Ministro della salute. Si prevede anche che i Consigli nazionali delle Federazioni nazionali provvedano ad approvare i relativi statuti per definirne l'organizzazione e il funzionamento. Sono abrogate le disposizioni del decreto legislativo n. 233 del 1946 incompatibili con le modifiche apportate, con decorrenza dalla data di entrata in vigore dei regolamenti attuativi e statuti.

L'articolo 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, nonché la costituzione degli Albi per quelle professioni sanitarie che ne sono sprovviste. Quindi i collegi e le Federazioni nazionali degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici d'infanzia (IPASVI) saranno trasformati in Ordini delle professioni infermieristiche e Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche.

In particolare:

- l'albo delle vigilatrici d'infanzia diventa un albo degli infermieri pediatrici;
- i collegi delle ostetriche/i diventano Ordini professionali delle ostetriche;
- i collegi dei tecnici sanitari di radiologia medica diventano Ordini delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione e assorbono tutte le professioni sanitarie;
- l'assistente sanitario confluisce anch'esso nel nuovo Ordine delle professioni sanitarie.

Infine, si prevede che anche a tali professioni sanitarie si applichino le disposizioni del D.Lgs.C.P.S. 233/1946, come modificato dal presente articolo.

SINTESI DDL BIANCONI

Il disegno di legge della senatrice Bianconi si compone di 19 articoli. L'articolo 1 dispone l'istituzione degli ordini professionali delle professioni infermieristiche, delle ostetriche, delle professioni sanitarie della riabilitazione, dei tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni tecniche sanitarie e della prevenzione. Il successivo articolo 2 prevede la costituzione della Consulta regionale degli ordini provinciali (composta da rappresentanti dei soprac-



citati ordini professionali) in ciascun capoluogo di regione.

L'articolo 3 definisce gli albi istituiti presso gli ordini di cui all'articolo 1.

L'articolo 4, comma 1 prevede che gli ordini siano istituiti, di norma, in ogni provincia. Il comma 2 definisce gli organi degli ordini. All'articolo 5 c'è l'istituzione, per ciascun albo, presso l'ordine del capoluogo di regione, di una commissione competente a giudicare sui procedimenti disciplinari nei confronti degli iscritti.

L'articolo 6 stabilisce che gli ordini sono riuniti in federazioni nazionali con sede in Roma, di cui il comma 2 individua gli organi. L'articolo 7 individua i principi cui gli statuti degli ordini e delle federazioni devono attenersi.

L'articolo 8 definisce i requisiti per l'iscrizione agli albi. Gli ulteriori titoli considerati idonei ai fini dell'iscrizione agli albi sono individuati dall'articolo 9, che stabilisce anche i casi in cui è prevista la cancellazione dagli albi.

Alla Salute, nell'articolo 10 viene attribuito il compito di provvedere alla riorganizzazione a livello territoriale degli ordini. È prevista la costituzione all'articolo 11 di un ordine autonomo specifico per una delle professioni sanitarie.

L'articolo 12 richiama, attraverso il rinvio alla legislazione vigente, le attività e funzioni corrispondenti a ciascun profilo professionale.

L'articolo 13 prevede un'integrazione nella composizione della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

L'articolo 14 prevede, in chiave transitoria, la nomina con decreto del Ministro della salute di una commissione di amministrazione temporanea degli ordini delle professioni sanitarie.

All'adozione delle norme attuative della presente legge si provvederà, ai sensi dell'articolo 15, con un regolamento governativo, da adottarsi entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge.

L'articolo 16 conferma, per gli appartenenti agli ordini delle professioni sanitarie, gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalla normativa vigente.

L'articolo 17 e l'articolo 18 dettano alcune disposizioni tecniche sulla disciplina residuale in materia di professioni sanitarie e sulla copertura finanziaria del provvedimento, mentre l'articolo 19 consente il riscatto degli anni di studio per le professioni sanitarie 

(Fonte, *Quotidiano Sanità, Mail di Mastrillo, www.ipasvi.it*)

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI DAL 18/12/2012 AL 21 MARZO 2013

INFERMIERI NUOVE ISCRIZIONI

BAGGETTA	MARIA	GIANCANI	BARBARA	PERRON	ALESSANDRA
BARUFFATO	LUCA	HLATKI	ALEN	POZZI	EDOARDO
BORTOLAMI	GIULIA	LABRUYERE	STEPHANIE	RIVARA	MATTEO
COCCHI	LORENZO	MONTELEONE	GAIA	TESTORI	CHIARA
DE AGOSTINI	FRANCESCA	PACILIO	SARA	VIDI	STEFANO
GAYAP	JOANA MARIE	PEDRAZZANI	CARLA AMBROGINA		
GHEORGHIU	IONUT-MANUEL	PEIA	MONA-MARIA		

INFERMIERI - ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO

ABABEI MANUELA	CRISTINA	LONLA KENGNE	OLIVIER CLOVIS	RIZZO	GIUSEPPINA
BUSTAMANTE	FLORES CESAR AUGUSTO	OPREA	LACRAMIOARA	SPAGNULO	EMANUELA
				TICLLA BORDA	HAYDEE IRENE

CANCELLAZIONI

INFERMIERI - CESSATA ATTIVITÀ LAVORATIVA

PJEVIC	MIRA
--------	------

INFERMIERI - TRASFERIMENTO AD ALTRI COLLEGI

CABO FERRUSES	CRISTINA	TABABARY ARREDONDO	ANGELICA MARIA
PEGORARO	GRAZIELLA	VELIZ BALLESTEROS	ELENA



Sanità: ecco le priorità del Ministero

di Beatrice Lorenzin - Ministro della salute

22

Il Ministro della Salute On. Beatrice Lorenzin ha presentato lo scorso 4 giugno alle Commissioni Affari Sociali della Camera dei Deputati e Igiene e Sanità del Senato le linee programmatiche del Ministero della Salute. Presentiamo uno stralcio del suo intervento.

Il Servizio sanitario nazionale, ispirato ai principi di universalità, uguaglianza e globalità, è ancora oggi considerato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, uno dei primi in Europa, se non al mondo, sulla base di tre indicatori fondamentali:

- 1) il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione;
- 2) la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini;
- 3) l'assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione.

Oggi il SSN si confronta con altre grandi sfide assistenziali, quali i problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani, le disponibilità di terapie/diagnosi ad alto costo.

L'impegno comune deve essere quello di riformare il sistema, affinché sia in grado di mantenere i risultati che ci vengono riconosciuti.

Non vi è dubbio che il principio di universalità, inteso come il diritto a un accesso generalizzato ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini, senza distinzione, ha subito nel tempo dei correttivi.

Si è di fatto passati da un concetto di universalità "forte" e incondizionata, rispondente al modello del "tutto a tutti", a un concetto di universalità "mitigata", finalizzata a garantire prestazioni necessarie e appropriate a chi ne abbia effettivamente bisogno.

La riforma del Titolo V della Costituzione, i cambiamenti sociali e demografici, l'evoluzione scientifica e tecnologica della scienza medica, l'invecchiamento della popolazione (con aumento delle patologie croniche), l'evidente necessità di un contenimento della spesa sanitaria rendono non più pro-



crastinabile ripensare al modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario nazionale.

NEL MERITO DELLE PRIORITÀ

Tra le priorità che il Dicastero intende sviluppare vi è la valorizzazione delle policies relative alla prevenzione, in tutte le sue forme e nei diversi ambiti ove essa può essere attuata.

Le ragioni di tale scelta consistono nella convinzione che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituisca una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale.

Per questo sarà predisposto il **nuovo Piano Nazionale Prevenzione (PNP)**

PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Riorganizzazione della rete assistenziale

Passo ora a illustrare un altro obiettivo di rilevanza strategica, e cioè la riorganizzazione dell'assistenza territoriale per rafforzare i legami tra ospedale e territorio. Non vi è dubbio, infatti, che su questo tema, su cui hanno posto particolare attenzione i miei predecessori, Fazio, Balduzzi si gioca la stessa sostenibilità del nostro Servizio sanitario nazionale.

Su questo fronte occorre collaborare con le regioni per accelerare il percorso di attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) deputate ad erogare l'assistenza primaria in un'ottica di complementarità con le strutture ospedaliere e di accrescimento della capacità di presa in carico del cittadino assistito dal SSN.

Nella medesima ottica, occorre continuare e completare il potenziamento del ruolo delle farmacie convenzionate nell'erogazione dei servizi sanitari sul territorio. La Farmacia dei servizi, tenuto conto della presenza capillare delle farmacie sull'intero territorio nazionale, può garantire, con ridotti oneri



per il SSN, prima assistenza e un'efficace missione di orientamento del cittadino verso gli altri presidi sanitari. Tale nuovo ruolo delle farmacie potrà comportare effetti virtuosi per la finanza pubblica, limitando l'accesso alle strutture ospedaliere e ai pronto soccorso in relazione alle effettive necessità dell'assistenza sanitaria, anche preventiva, con esclusione dei casi di domanda di servizi suscettibile di adeguata soddisfazione da parte delle farmacie. Aggiungo che, come è ben noto a questa Commissione, è all'esame della Conferenza Stato-Regioni lo schema di regolamento sulla "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" previsto dal decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge n. 135 del 2012, che contiene, tra le altre, l'indicazione utile ad avviare la revisione del modello organizzativo e strutturale del Servizio Sanitario Nazionale in grado di recuperare risorse anche per investire nell'assistenza territoriale.

Livelli essenziali di assistenza

È noto che i LEA si identificano nelle prestazioni e nei servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in regime di compartecipazione, utilizzando le risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. I LEA rispondono all'esigenza di garantire quel nucleo irrinunciabile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana; ciò comporta che gli stessi, benché non abbiano la pretesa di essere esaustivi rispetto ai bisogni assistenziali riconducibili al singolo e alla collettività, debbono prevedere comunque una soglia minima di interventi, al fine di non vulnerare la sfera giuridica soggettiva che l'art. 32 della Costituzione ha voluto tutelare e garantire in modo assolutamente pieno ed esclusivo.

Vi comunico che la proposta di provvedimento di aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, in attuazione dell'art. 5, commi 1 e 2, della legge n. 189 del 2012, è stata predisposta e trasmessa al Ministero dell'economia e delle finanze per acquisire il previsto concerto tecnico.

Dopo la formulazione di una specifica valutazione economica da parte del Ministero dell'economia e finanze, lo schema di decreto è stato trasmesso il

12 marzo 2013 alla Conferenza Stato Regioni per l'avvio dell'istruttoria ai fini dell'intesa.

Il Nuovo Patto per la salute

Un breve cenno merita il Patto per la Salute, che come è noto, è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. Va a questo punto ricordato che le disposizioni di cui al decreto-legge 2012, n. 95 stabiliscono che, in mancanza della definizione in sede Stato-Regioni entro il 15 novembre 2012 del Nuovo Patto per la salute 2013-2015, sarebbero divenute operative le misure fissate dal medesimo decreto in campo sanitario, misure che, diversamente, con il Patto avrebbero potuto essere rimodulate, fermo restando l'importo complessivo degli obiettivi finanziari annuali.

Il nuovo patto non è stato ancora perfezionato, ma tale obiettivo riveste significativa rilevanza, visto che lo stesso presenta finalità sia di carattere programmatico che di definizione di convergenze tra Stato e Regioni nel governo del sistema sanitario nazionale.

Colgo l'occasione per rappresentare la mia volontà di istituire in tempi brevi un tavolo di concertazione con i rappresentanti delle Regioni per addivenire rapidamente a soluzioni condivise, necessarie per il perfezionamento del nuovo Patto.

Ritengo infatti che la stipula del nuovo Patto possa rappresentare il vero punto di partenza per mettere insieme le esigenze dei cittadini e quelle imposte dal mutato quadro delle esigenze avvertite dal livello governativo, centrale e regionale.

Fondo sanitario nazionale

A causa delle manovre correttive di finanza pubblica dal 2010 (D.L. 78/2010, D.L. 98/2011, D.L. 95/2012, L. di stabilità 2013), il livello di finanziamento del FSN è stato ridotto in misura veramente straordinaria, fino a determinare nel 2013, per la prima volta, un decremento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato pari a -0,88% rispetto all'anno precedente.



Ministero della Sanità



Confermo che ulteriori riduzioni di risorse non appaiono compatibili con la sostenibilità del sistema sanitario, già messo a dura prova dai recenti provvedimenti legislativi.

Anche le Regioni "virtuose" potrebbero avere serie problemi se non si corregge l'impostazione del recupero di risorse, senza entrare nei livelli di complessità che caratterizzano il settore.

Come ha sottolineato il Presidente del Consiglio, occorre abbandonare la logica dei tagli lineari auspicando un ripensamento della spending review sulla base dei costi e dei fabbisogni standard, così come peraltro suggerito anche dal "comitato dei saggi" istituito presso la Presidenza della Repubblica.

È necessario individuare, assieme alle Regioni, una mappatura ulteriore degli sprechi, specialmente in alcuni contesti del nostro Paese, dove ai costi elevatissimi delle prestazioni sanitarie non corrispondono solitamente adeguati livelli di qualità dei servizi resi ai cittadini. Così come è necessario rendere possibile che le regioni in piano di rientro possano documentare oltre che un miglioramento dei conti, anche una concreta riqualificazione dei servizi a favore dei cittadini.

INIZIATIVE IN MATERIA DI PERSONALE DEL SSN "RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE, ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE E PRECARIATO"

Altro tema sul quale mi impegnerò nei prossimi mesi è quello della responsabilità professionale; ho consapevolezza che su questo specifico tema questa Commissione già nella passata legislatura, ha dedicato adeguati approfondimenti. Inoltre, ho ben chiaro che le pur importanti novità introdotte a livello normativo dal decreto-legge n.158, convertito dalla legge n. 189 del 2012 non risolvono completamente il problema. Tuttavia, attuarle rapidamente con l'approvazione del regolamento sulla copertura assicurativa, significa dare risposte concrete e preparare la strada per possibili futuri ulteriori interventi.

Per quanto riguarda l'attività libero professionale intramuraria, comunico che le Regioni nel mese di febbraio 2013 hanno sollevato la necessità di attuare gradualmente, nell'arco di sei mesi, il pro-

getto sperimentale di messa in rete delle strutture presso le quali si svolge l'attività libero-professionale. Per tale esigenza ho avviato l'azione di monitoraggio, convocando già per la prossima settimana l'Osservatorio a tal fine costituito.

Passo ora ad affrontare un tema che mi sta particolarmente a cuore, perché riguarda i giovani medici. Mi riferisco al precariato, al blocco del turn-over e alla formazione specialistica e in medicina generale.

Per quanto attiene al precariato gli ultimi dati disponibili offrono un quadro non incoraggiante. Intendo pertanto, affiancare l'attività degli altri Ministri di settore (lavoro, economia, funzione pubblica) per individuare le soluzioni idonee a superare il problema. Ritengo che il precariato - fenomeno già di per se negativo in tutti i settori - per il SSN assume ulteriori connotazioni negative, in considerazione che le risorse umane dedicate all'assistenza sanitaria, devono riporre fiducia nella struttura sanitaria e sentirsi parte integrante della medesima; la stessa struttura deve poter contare, senza soluzione di continuità, nelle medesime risorse umane, garantendo loro il giusto spazio anche in termini di formazione professionale.

Quanto al blocco del turn over nelle Regioni in piano di rientro, la questione assume profili più complessi. La normativa, tuttavia, prevede la possibilità di derogare al blocco nei casi di effettiva necessità e a determinate condizioni. Il Ministero della salute giocherà fino in fondo il suo ruolo di Ministero affiancante per supportare un percorso virtuoso di politiche delle assunzioni.

Passo all'attività di formazione, che è propedeutica all'assunzione: i giovani medici devono essere formati. Il possesso del titolo di specializzazione o dell'attestato di formazione in medicina generale è un requisito indispensabile per l'ingresso nel Sistema sanitario nazionale. Quest'anno, come saprete, il numero di contratti di formazione specialistica finanziati direttamente dallo Stato è sceso da 5.000 a 4.500 per il primo anno di corso. Per quanto attiene alla formazione in medicina generale, comunico che in Conferenza Stato-Regioni discuteremo presto dell'adozione di obiettivi formativi definiti a livello nazionale 

Tratto da: <http://www.salute.gov.it>
consultato il 18 giugno 2013





È evidente che...

La riduzione dei tempi di attesa dei codici minori attraverso il fast track in pronto soccorso

A cura di Veronica Lambertini¹

...negli ultimi anni la progressiva richiesta di cure della popolazione ha costretto i governi ad adottare politiche sanitarie incentrate sull'abbattimento dei costi e gli *Emergency Departments* a sperimentare strategie organizzative per la gestione dei casi assistenziali non urgenti che costituiscono la principale componente responsabile del fenomeno "overcrowding" (O'Driscoll, 2004). Quella del sovraffollamento è una tematica discussa fin dagli anni 50 ed ancor oggi vissuta dai professionisti delle corsie d'emergenza che sempre più frequentemente si trovano a dover affrontare l'inquietudine dell'utenza scaturita dalle lunghe liste d'attesa. Il fenomeno non risparmia le piccole realtà ospedaliere, come il Pronto Soccorso di Menaggio, dove lo scontento scaturisce in episodi di impazienza verbale da parte dei soggetti con assegnati codici colore minori al Triage.

Nell'esperienza di tirocinio vissuta presso la struttura sopra citata, ho notato con amarezza che l'inquietudine era per lo più rivolta al gruppo infermieristico che oltretutto rappresentava per le stesse persone l'unico riferimento professionale a cui appellarsi in caso di bisogno. La scarsa qualità assistenziale percepita dall'utenza unita alla consapevolezza del valore dell'infermiere, quale "professionista della salute" (Cantarelli, 2006), mi ha spinto a sfogliare la letteratura al fine di ritrovare

alternative alla problematica dell'overcrowding e soluzioni di riscatto per la popolazione infermieristica che ancora oggi vive uno status professionale medio-basso (Sironi, 2010). Gli infermieri sono un gruppo in rapido movimento che attraverso la crescita professionale e il progressivo grado di



espertice conseguito dimostra di erogare assistenza ad un livello avanzato, conquistando competenze che prima non gli appartenevano in ambiti sempre più specialistici che richiedono acuzie nel processo decisionale. L'evoluzione di ruolo ha favorito lo sviluppo di concetti divenuti patrimonio dell'assistenza infermieristica avanzata. L'estensione ha caratterizzato l'istituzione del titolo di Nurse practitioner, l'infermiere che eroga assistenza infermieristica ad un livello avanzato (Schober, Affara, 2008). Il Nurse Practitioner è il protagonista schierato sul fronte dell'innovazione ed avanzamento professionale che mediante la formazione di infermiere esperto è capace di affrontare autonomamente anche la più drastica situazione tempo-dipendente: in uno studio di Heat et al. (2003) gestisce la terapia trombolitica dei pazienti con sovrasslivellamento del tratto ST ottenendo risultati statisticamente significativi in termini di benefici legati alla tempestività delle cure. Il Pronto Soccorso sembra il contesto che meglio si presta all'evoluzione del ruolo professionale in cui prolifera l'autonomia dell'agire infermieristico. La conquista di responsabilità



deve però attrezzare l'infermiere di un maggiore "fare coscienzioso" che abbia ben chiaro il vero movente di tutto il processo di assistenza: la persona, le sue aspettative e percezioni che determinano la natura del rapporto infermiere-paziente. Durante l'esperienza in Pronto Soccorso ho sentito l'esigenza di riflettere quindi su quale ruolo oggi l'infermiere può assumere nel rapporto con l'assistito: ho visto infatti raramente la persona accettare un intervento di educazione sanitaria dall'infermiere senza chiedere riscontro al personale medico o l'infermiere assicurare l'interazione nella comunicazione nella gestione

dell'ansia per le lunghe attese senza che ci sia un assalto verbale all'intero gruppo infermieristico. Nonostante l'evoluzione di ruolo il gruppo infermieristico fatica ad affermarsi in una realtà sanitaria e sociale affezionata alla tradizione e dove la scarsità di risorse sanitarie ostacolano il desiderio di avanzamento professionale. Diverse sono le possibilità di riscatto per l'infermiere ed una soluzione al sovraffollamento offre una migliore qualità assistenziale percepita da persone, famiglie, comunità ed un canale diretto per la divulgazione delle conoscenze, abilità e competenze tipicamente infermieristiche. L'articolo ha lo scopo di valutare i benefici del Fast Track, un percorso differenziato per la gestione dei codici minori gestito, in alcune realtà sanitarie, da un team unicamente infermieristico (*Hart et al., 2009; Combs et al., 2006; Nash et al., 2007; Considine et al., 2008; Dinah et al., 2003*) e di valutarne il contributo nella pratica infermieristica. Trovo infatti corretto in questa corsa all'evoluzione professionale acquisire competenze che un tempo non ci appartenevano ma ritengo indispensabile approfondire conoscenze, competenze e abilità che sono alle radici della nostra professione, al fine di maturare un'assistenza soprattutto in termini di qualità. Obiettivo quindi non secondario è trovare una risposta valida all'evoluzione del ruolo infermieristico che in questi anni ha portato a parlare di "espansione".

METODI E STRUMENTI

Al fine di indagare sulla tematica in maniera esaustiva si è intrapresa una ricerca generale considerando differenti fonti: materiale elettronico, reperito dapprima tramite la consultazione di indici web generici quali *Google, Yahoo!Search, Scirus* e successivamente di *Medline*, la banca dati informatizzata della National Library of Medicine degli Stati Uniti d'America. La strategia di ricerca adottata ha compreso sia la ricerca in parola libera che in *Mesh (Medical Subject Heading)* e ha considerato le seguenti parole chiave: *fast track, overcrowding,*



triage, crowding, waiting time, nurse, emergency department combinate tra loro mediante gli operatori booleani "AND" e "OR". L'attinenza all'argomento ha spinto alla consultazione di siti autorevoli quali Commissione Sanità del Senato, Ministero della Salute ed alla partecipazione ad un Corso di Triage in qualità di auditrice per

comprendere al meglio strategie organizzative nell'ambito dell'urgenza ancora non note. Proseguendo la ricerca si è analizzato materiale bibliografico pubblicato in periodici e riviste professionali (*Assistenza Infermieristica e Ricerca, BMC Emergency Medicine, Accident and Emergency Nursing, Professioni Infermieristiche, Journal of Emergency Nursing*) in parte fruibili dalla Biblioteca dell'Ospedale Sant'Anna di Como ed in parte recuperato attraverso il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL). Importante la consultazione di libri di testo, tra questi si segnala "Assistenza infermieristica avanzata" di Madrean Schober e Fadwa Affara (2008) per una panoramica generale sui più recenti sviluppi della professione. L'intento, ora è di riportare due tra gli studi più rappresentativi recuperati che scruta il fenomeno Fast Track con "lo stesso paio di occhiali ma con lenti diverse": il primo si focalizza sulla tempestività delle cure, il secondo indaga la visibilità della professione infermieristica in questo nuovo contesto assistenziale.

Fattori sociali, politici e finanziari costringono la popolazione a richiedere assistenza negli ED con estrema facilità (O'Driscoll, 2004). Sono state adottate delle strategie di gestione dei pazienti con patologie minori per accelerarne l'iter assistenziale ed arginare il problema delle lunghe attese,



senza penalizzare la qualità dell'assistenza (Bambi *et al.*, 2008). Il Fast Track è un'area del Pronto Soccorso dedicata ai soggetti a cui è stato assegnato codice minore. La persona, dopo essere valutata dall'infermiere triagista, segue un percorso differenziato, gestito da un *team* sanitario specializzato (Combs *et al.*, 2006).

Devkaran *et al.* (2009) conducono uno studio quasi sperimentale con approccio quantitativo nel dipartimento di emergenza-urgenza del Sheikh Khalifa Medical City Hospital, che presta assistenza agli abitanti di Abu Dhabi (capitale degli Emirati Arabi) e delle aree limitrofe. Nell'area triage si registrano 70.000 accessi annui e il sistema di classificazione in uso nella struttura è il Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) che attribuisce ai soggetti con patologie minori CTAS 4-5. Lo scopo primario dello studio è stabilire se il Fast Track costituisce una risposta efficace al sovraffollamento e garantisce qualità nelle cure erogate ai pazienti classificati CTAS 4-5. Gli autori individuano un secondo obiettivo: stabilire se la FTA ha impatto negativo sui pazienti urgenti, di categoria CTAS 2-3. Il servizio è operativo da febbraio 2005 e offre all'utenza un'assistenza continua. Nella FTA si eseguono esami ematochimici, test di gravidanza, glicemie, test sull'urina e radiografie del torace; lo *staff* è composto da due infermieri e due medici. Prima di avviare lo studio il disegno è stato approvato dalla Institutional Review Board Ethics. Gli autori forniscono alcune definizioni operative: *waiting time* (WT), intervallo trascorso tra la registrazione della persona nell'area triage e la visita, espresso in minuti; *length of stay* (LOS), tempo passato tra la registrazione e la dimissione, espresso in minuti; *left without being seen* (LWBS), il numero di pazienti che hanno abbandonato l'ED prima della visita, espresso in percentuale sugli accessi mensili; *monthly mortality rate*, il numero di pazienti che al mese muoiono nell'ED, scritto in percentuale mensile. I primi due (WT e LOS) sono utilizzati dai ricercatori per valutare l'efficacia della FTU, gli ultimi (LWBS e *monthly mortality rate*) sono gli indicatori della qualità assistenziale erogata nell'area.

La strategia di campionamento è affinata da criteri di inclusione ed esclusione. Sono inclusi nel campione tutti i pazienti che si sono presentati presso l'ED in gennaio 2005 (gruppo pre-FTA) e gennaio 2006 (gruppo post-FTA), appartenenti alla categoria CTAS 4-5 e CTAS 2-3. Sono esclusi dal campio-

namento le emergenze (CTAS 1) e i soggetti non identificati. Il gruppo pre-FTA è risultato composto da 4.779 pazienti e il gruppo post-FTA da 5.706. Lo studio è stato condotto scegliendo un campionamento non probabilistico (*non-randomized sampling*). I dati sono stati estratti dall'archivio elettronico dell'ospedale sia per il gruppo pre-FTA che il gruppo post-FTA. La validità dei dati raccolti è garantita mediante un verifica sulla completezza e verificando la correlazione con i diversi campi in cui sono inseriti. I dati considerati per lo studio sono i seguenti: data di arrivo nell'ED, orario di registrazione, WT, LOS, LWBS, mortalità e CTAS, analizzati poi con MedCalc di Windows, Versione 9.20. I ricercatori hanno suddiviso i risultati in due gruppi: efficacia (WT e LOS) e qualità (LWBS e tasso di mortalità). I risultati mostrano che il 60% dei pazienti visitati a gennaio 2005 e gennaio 2006 presenta categoria CTAS 4-5. Lo studio ha riportato che i WT sono diminuiti di 23 minuti per i soggetti classificati CTAS 4 e di 28 minuti per i CTAS 5 e i LOS rispettivamente di 28 e 32 minuti. Quanto emerso ha rilevanza statistica ma anche clinica poiché suggerisce un miglioramento dei WT del 50% e del 30-40% dei LOS. La FTA inoltre incide positivamente sugli *outcomes* dei pazienti urgenti (CTAS 2-3) riducendo il WT e il LOS dei CATS 2 di pochi minuti che risultano significativi in termini di morbilità e mortalità. I LWBS sono ridotti dell'85% per l'avvio della nuova area ed in relazione alla diminuzione dei LOS e WT. I risultati non hanno riportato variazioni del tasso di mortalità e ciò testimonia che la qualità assistenziale del personale sanitario non ha subito influenze negative per l'apertura della FTA. I ricercatori hanno cercato di mantenere un controllo stretto sulle variabili considerate nello studio per tutte le fasi del processo ed identificano tale intento come la difficoltà principale incontrata durante la ricerca. Difatti il campione utilizzato è numeroso e questo limita il controllo nelle fasi dello studio. Infine gli infermieri che avevano raccolto i dati nel periodo precedente non potevano immaginare il loro riutilizzo per la successiva ricerca e questo ha scongiurato il fenomeno "*Hawthorne Effect*", plausivamente presente nella raccolta dati post-FTA.

Tra gli articoli che indagano sulla visibilità della professione infermieristica nel contesto della Fast Track, Currie e Crouch (2008) affermano che la crescita demografica e le politiche sanitarie degli ultimi anni hanno favorito un'evoluzione dei ruoli professionali



degli ED e gli infermieri, giovati da un'espansione del proprio ruolo, soddisfano le richieste dell'utenza con crescente autonomia e soprattutto garantendo qualità delle cure. Gli autori, mediante un approccio qualitativo, esplorano le percezioni di un gruppo di professionisti (dieci tra medici, assistenti, infermieri) rispetto al loro attuale ruolo nei reparti d'urgenza allo scopo di indagare aspettative future. Le interviste suscitano concetti e risposte simili e questa caratteristica incrementa il livello di veridicità e qualità delle esperienze riportate. La crescente competenza del gruppo infermieristico non è soltanto percepita dagli stessi professionisti infermieri, ma è riconosciuta come dato oggettivo da gran parte dei partecipanti allo studio (Currie, Crouch, 2008).

Negli Stati Uniti d'America (USA) l'incremento delle richieste assistenziali ha favorito l'evoluzione del ruolo infermieristico negli ED. Nonostante la riconosciuta competenza e professionalità del *Nurse Practitioner*, un'indagine del 2006 riporta che solo il 4.2% dei pazienti visitati negli ED degli USA sono stati assistiti dal gruppo infermieristico (Pitts, Niska, Xu, Burt).

Hart e Mirabella (2009) conducono una *survey*, intesa come disegno di studio descrittivo, coinvolgendo tre ED del sud-est degli Stati Uniti che differiscono per localizzazione e per accessi annui variabili da 37.000 a 65.000. La ricerca ha lo scopo di rilevare su un campione rappresentativo l'atteggiamento della popolazione rispetto la gestione dei *Nurse Practitioners* della Fast Track Area (FTA). Lo studio è stato approvato dal comitato etico di ogni struttura e da quello dell'università locale. Gli infermieri assegnati alla FTA hanno distribuito ai pazienti un questionario con allegato un modulo informativo che spiega l'intento della *survey*, definisce il *Nurse Practitioner* e sottolinea la volontarietà di partecipazione all'indagine. La restituzione e completezza dei questionari testimoniano il consenso a partecipare alla *survey*. Lo strumento d'indagine è stato dapprima distribuito a quattro *Nurse Practitioners* per ricevere un riscontro positivo e testarne la validità. I soggetti sono stati selezionati mediante un campionamento di convenienza. Età superiore a 18 anni, lingua parlata inglese, capacità di esprimere le proprie opinioni rispetto il trattamento ricevuto rappresentano i criteri di inclusione dello studio. Il questionario contiene domande a risposta multipla, alcune di carattere demografico ed altre riguardanti il *Nurse Practitioner*. Sono stati spediti 200 quesio-

nari alle strutture ospedaliere scelte, nel corso della ricerca 300 (50%) di questi sono stati distribuiti e restituiti solo 190 (64%). Gli autori e i *Nurse Practitioners* identificano due fattori che hanno influenzato negativamente l'adesione dei partecipanti: l'incremento di accessi negli ED durante il periodo dello studio e la conseguente impazienza dei soggetti di ricevere cure. È possibile suddividere in tre gruppi le diagnosi d'ingresso riportate in 131 questionari: patologie muscolo-scheletriche (n = 37; 28%), morsi e lesioni (n = 37; 28%) e malessere generale (n = 18; 14%). La maggioranza delle persone (n = 123; 65%) è disponibile a ricevere assistenza dai *Nurse Practitioners* nella FTA; 32 (17%) affermano di non essere convinti a riguardo, 33 (17%) partecipanti non sono disposti al trattamento da parte del gruppo professionale e 5 non hanno dato risposta. I soggetti che non hanno aderito al trattamento dei *Nurse Practitioners* hanno motivato la scelta scegliendo l'opzione "se avessi avuto un problema diverso da quello di oggi avrei aderito all'iniziativa" (n = 23; 70%). Dall'indagine è emerso che il 65% delle persone è favorevole alla figura infermieristica nella Fast Track Area ed addirittura 108 pazienti (56%) ha già acconsentito a ricevere cure esclusivamente infermieristiche e di questi, 100 (93%) segnalano soddisfazione rispetto l'assistenza ricevuta. Dai risultati si evince che la disponibilità ad essere trattati dal gruppo infermieristico è strettamente correlata al fatto di aver ricevuto in passato cure dagli stessi *Nurse Practitioners* ma risultato fondamentale dello studio è che la soddisfazione rispetto alla qualità delle cure ricevute, espressa dal 56% del campione, testimonia un approfondimento di attività tipicamente infermieristiche anche in un ambito così specialistico che riconferma la persona come valore primo della professione.

CONCLUSIONI

È interessante notare come gli studi proposti provengano da contesti differenti e questo testimonia che i problemi affrontati quotidianamente dagli infermieri sono ben rappresentati in letteratura medica ed infermieristica internazionale permettendo di identificare linee comuni per affrontare la problematica esposta. L'adozione di una Fast Track Area identifica una risosta efficace al sovraffollamento poiché la sua istituzione registra un miglioramento dei *waiting times* dei pazienti non urgenti ed i suoi benefici influenzano positivamente



anche gli *outcomes* dei soggetti con patologie la cui prognosi è strettamente connessa al door to needle times (si definisce "door time" il momento in cui la persona è accettata al Triage e "needle time" l'attimo in cui inizia la terapia trombolitica). Devkaran *et al.* (2009) considerano un campionamento molto numeroso e ciò garantisce validità e veridicità ai dati raccolti, potenza statistica e possibilità di generalizzazione dei risultati.

Hart e Mirabella (2009) dimostrano come il Fast Track garantisca qualità delle cure. Il Fast Track incalza un esempio di espansione infermieristica in un contesto assistenziale critico che mediante l'acquisizione di un ruolo rende l'infermiere consapevole dei benefici che offre alla sanità in termini di salute (Devkaran *et al.*, 2009) ma soprattutto produce gradimento del servizio erogato (Hart e Mirabella, 2009).

Il Fast Track può quindi rappresentare il pretesto per maturare caratteristiche professionali che valorizzano il rapporto infermiere-paziente nonché il canale di divulgazione a persone, famiglie, comunità di abilità squisitamente professionali che conferiscono all'assistenza marchio di qualità.

Nonostante l'evoluzione di ruolo solo pochi paesi riconoscono attualmente le potenzialità del gruppo professionale che in Italia fatica ad affermarsi in una realtà sanitaria e sociale affezionato ad una visione medicocentrica. Tradizione, autorità, consuetudine rappresentano i primi ostacoli al desiderio di avanzamento professionale e costituiscono importanti piaghe che definiscono il concetto di "erosione".

Obiettivo primario è l'acquisizione, prima da parte dello stesso gruppo infermieristico, delle responsabilità professionali: l'espansione ha il presupposto fondamentale di presa di coscienza di ciò che all'infermiere compete e che non svolge per le più svariate ragioni.

Le grandi conquiste non devono poi forviare gli infermieri circa la necessità di intraprendere ricerche, la nostra professione è novizia ed un approfondimento del corpo di teorie peculiari alle scienze infermieristiche costituisce il punto di partenza per la condivisione di lavori collegiali volti allo scopo comune di tutti i professionisti della salute: assistere le persone nel miglior modo possibile, erogando quindi assistenza di qualità 

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Cantarelli M. (2003) Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche, 2° edizione. Milano: Masson.
- Combs S., Chapman R., Bushby A. (2006) Fast Track: One hospital's journey. *Accident and Emergency Nursing*, 14 (4): 197-203.
- Considine J., Kropman M., Kelly E., Winter C. (2008) Effect of Emergency Department Fast Track on Emergency Department length of stay: a case-control study. *Emergency Medicine Journal*, 25 (12): 815-819.
- Currie J., Crouch R. (2008) How far is too far? Exploring the perceptions of the professions on their current and future roles in emergency care. *Emergency Medicine Journal*, 25 (6): 335-339.
- Derlet RW, Richards JR. (2000) Crowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of Emergency Medicine*, 35 (1): 63-68.
- Devkaran S., Parsons H., Van Dyke M., Drennan J., Rajah J. (2009) The impact of Fast Track area on quality and effectiveness outcomes: A Middle Eastern emergency department perspective. *BMC Emergency Medicine*, 9 (11): 1-9.
- Hart L., Mirabella J. (2009) A Patient Survey on emergency department use of Nurse Practitioners. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 31 (3): 228-235.
- Heath SM., Bain RJL., Andrews A., Chida S., Kitchen SL., Walters MI. (2003) Nurse initiated thrombolysis in the accident and Emergency Department: safe, accurate, and faster than Fast Track. *Emergency Medicine Journal*, 20 (5): 418-420.
- Moser MS., Abu-Laban RB., Beek CA. (2004) Attitude of emergency department patients with minor problems to being treated by a nurse practitioner. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 6 (4): 246-252.
- Nash K., Zachariah B., Nitschmann J., Psencik B. (2007) Evaluation of the Fast Track Unit of University Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 33 (1): 14-20.
- Schober M., Affara F. (2008) Assistenza infermieristica avanzata. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Sironi C. (2010) Introduzione alla ricerca infermieristica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

Estratto dall'elaborato finale per il conseguimento del Diploma di Laurea in Infermieristica-Università degli studi dell'Insubria di Varese-sede di Como-a.a.2011/2012





Dalla parte del bambino

30

dolore, dall'evidenza alla deontologia, una scelta ...dalla parte del bambino

Infermiere Giovanna Colombo, Silvia Bressan, Elisa Valli - U.O. Terapia Intensiva Neonatale Azienda Ospedaliera S. Anna Como

Stare dalla parte dei bambini significa anche... proteggerli dal dolore. La riflessione che vogliamo condividere rispetto al trattamento del dolore con tutti i colleghi che assistono, neonati e lattanti, sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale e domiciliare ci porta inevitabilmente ad alcune considerazioni. L'IASP (*International Association for the Study of Pain* - 1986) ha definito **il dolore come "un'esperienza spiacevole sensoriale ed emozionale che si associa ad un danno reale o potenziale dei tessuti o ad un'esperienza che viene descritta come tale"**. Purtroppo ad oggi, la prevenzione del dolore è spesso scarsamente considerata dai professionisti durante la pratica clinica sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero nonostante le ricerche sulla percezione del dolore nel neonato negli ultimi anni abbiano dimostrato che è presente fin dalla vita intrauterina. Fino agli anni Ottanta si riteneva infatti che il neonato, soprattutto quello pretermine, non provasse dolore. Dagli studi condotti risulta ormai evidente che nel feto a partire dal secondo trimestre della gravidanza (20 settimana circa), sono sviluppate tutte le vie nervose nocicettive che gli permettono di provare dolore^{1, 2}. Si consideri poi che a causa della scarsa maturità del sistema inibitore, lo stimolo doloroso è provato con maggiore intensità nel pretermine rispetto al neonato a termine e nel neonato a termine rispetto all'adulto. Inoltre sono ormai ampiamente disponibili prove di efficacia rispetto alle metodiche per il trattamento del dolore nel neonato e lattante. Le ripercussioni negative dello stimolo doloroso portano ad una chiusura dei sensi verso l'ambiente, quando il neonato dovrebbe avviare una progressiva apertura verso ciò che lo circonda al fine di pro-

muovere un regolare sviluppo psicomotorio e relazionale.

Il risultato di una inefficace gestione del dolore da procedura, soprattutto se ripetuto, provoca un aumento dell'oppositività del neonato, un pessimo ricordo dell'esperienza e causa un aumento della sensibilità agli stimoli dolorosi, provocando anche un dolore anticipatorio^{3, 4}. L'effetto negativo è anche riscontrabile con un aumento degli ormoni dello stress e aumentata instabilità dei parametri vitali. Il dolore da procedura è generalmente un'esperienza di breve durata; nonostante ciò, se effettuata senza un controllo adeguato, e se ripetuta spesso, può produrre effetti negativi a lungo termine. Esperienze traumatiche e dolorose ripetute possono lasciare un segno indelebile nel cervello del neonato. Da quanto affermato si evince l'importanza di attuare un trattamento farmacologico e/o non farmacologico ogni qualvolta sia necessario eseguire procedure invasive (interventi), e procedure cosiddette minori, come le **vaccinazioni, i prelievi ematici**, ma ugualmente dolorose attuate in ambito ospedaliero, ambulatoriale e o domiciliare. Mentre il trattamento farmacologico non è attuabile in autonomia dall'infermiere, richiede prescrizione ed è da riservare all'esecuzione di procedure invasive, quello non farmacologico è indicato nelle procedure dolorose minori ed è attuabile in piena autonomia dagli infermieri. Partendo dalla definizione di uomo-persona che la disciplina infermieristica ha fatto propria, e che considera l'uomo come una persona unica con caratteristiche proprie⁵ si deduce che i bambini, i neonati, sono soggetti con caratteristiche fisiche e psicologiche particolari, che ne definiscono anche i diritti specifici che devono essere



rispettati, come sancito nella "Carta dei Diritti dell'infanzia"⁽⁶⁾ e nella Convenzione ONU (**Organizzazione Nazioni Unite**), documento di portata internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza⁽⁷⁾. Neonati e lattanti devono inoltre essere preservati dal dolore perchè devono essere rispettati e per le conseguenze che l'esposizione al dolore può provocare. Già nel 1953-1954 erano stati promulgati due documenti che prendevano in considerazione i diritti del malato e che evidenziano il **diritto alla protezione e diritto alla differenza** nel trattamento rispetto alla tipologia di persona per esempio legata all'età, con chiaro riferimento all'età pediatrica^(8,9). Nel 2005, Cittadinattiva ha promosso "la carta dei diritti sul dolore inutile": questo documento contiene un richiamo specifico (articolo n° 7) al trattamento del dolore dei bambini e di **coloro che non hanno voce**⁽¹⁰⁾. Il **Gruppo di Studio di Analgesia e Sedazione del Neonato** che opera nell'abito della

Società Italiana di Neonatologia ha elaborato nel 2008 delle linee guida⁽¹¹⁾ per la prevenzione ed il trattamento del dolore nel neonato con l'obiettivo di diffondere e condividere le raccomandazioni con chi è quotidianamente impegnato nella cura del neonato, consapevoli che una



adeguata gestione del dolore deve essere parte integrante delle cure offerte al neonato, come espressione di una buona pratica clinica. Queste linee guida mettono a disposizione un'attenta revisione della bibliografia e chiare raccomandazioni da attuare per contenere il dolore in generale, con precisi riferimenti al trattamento del dolore da procedura. All'interno del documento è dedicato spazio preciso alle metodiche non farmacologiche da attuare preventivamente per ridurre il **dolore da iniezione intramuscolare** (Fig. 1 e tab. 1) e da **venipuntura** (anche effettuata per eseguire un prelievo) (Fig. 2 e tab. 2) riferibili al neonato e lattante. Oltre all'attenzione agli aspetti che fanno riferimento alla natura tecnica dell'assistenza, si sottolinea l'importanza degli interventi riferi-

Figura 1

INIEZIONI INTRAMUSCOLO

Ove è possibile, prediligere la via endovenosa per la somministrazione di farmaci nel neonato. Per l'immunoprofilassi neonatale e la somministrazione di Vitamina K, è indicato contenere il neonato ed utilizzare gli interventi ambientali e non farmacologici precedentemente indicati per la puntura da tallone. Raccomandazione A (PNLG) Good Practice Points (SIGN)

Tabella 1. Analgesia e sedazione in corso di puntura da tallone

- ▶ Posizione adeguata e contenuta in telini caldi;
- ▶ Ambiente tranquillo;
- ▶ Perfusioni del tallone adeguata;
- ▶ Possibilmente lontano dai pasti e da altre procedure dolorose invasive;
- ▶ Considerare l'uso della venipuntura in alternativa;
- ▶ Succhiotto con saccarosio al 12%, 0.2-0.3 ml PO nel pretermine e 1-2 ml nel neonato a termine o latte materno, 2 minuti prima della procedura;
- ▶ Mettere in atto manovre atte a distrarre il neonato e a fornire stimoli che competano con l'arrivo del dolore alla corteccia cerebrale (saturazione sensoriale);
- ▶ Considerare la possibilità di coinvolgere la madre nelle operazioni, eventualmente anche tramite il contatto pelle-pelle, l'allattamento durante il prelievo o la somministrazione di sostanza dolce;
- ▶ Usare una lancetta a molla automatica (tipo Tenderfoot) e non quelle manuali;
- ▶ Non spremere il tallone;
- ▶ Accompagnare il neonato nel ritorno allo stato basale di benessere, con adeguato contenimento e tecniche consolatorie;
- ▶ Non programmare possibilmente altre manovre invasive per almeno le due ore successive la manovra.

Tabella 2. Analgesia e sedazione in corso di venipuntura e posizionamento di catetere venoso percutaneo

- ▶ Posizione adeguata e contenuta in telini riscaldati;
- ▶ Ambiente tranquillo;
- ▶ Possibilmente lontano dai pasti e da altre procedure dolorose invasive;
- ▶ EMLA 0.5-1 gr con bendaggio occlusivo per 30-60 minuti;
- ▶ Succhiotto con saccarosio al 12%, 0.2-0.3 ml PO nel pretermine e 1-2 ml nel neonato a termine o latte materno, 2 minuti prima della procedura;
- ▶ Considerare bolo di Fentanile 1-2 mcg/kg ev lento se neonato intubato;
- ▶ Usare agocannule di piccolo calibro, G24 o G26, ove possibile;
- ▶ A fine procedura continuare con manovre di contenimento e con il monitoraggio dei parametri fisiologici, fino al ritorno allo stato basale;
- ▶ Non programmare altre manovre invasive per almeno le due ore successive la manovra.



Figura 2

VENIPUNCTURA E POSIZIONAMENTO DI CATERETE CENTRALE PERCUTANEO

Mettere in atto tutti gli interventi ambientali (punto 8) e gli interventi non farmacologici precedentemente indicati per la puntura da tallone. **Raccomandazione A (PNLG e SIGN)**
Preferire agoannule di piccolo calibro G 24-26, ove possibile.

Interventi farmacologici locali

Se è possibile programmare la procedura e non siamo in presenza di un'urgenza, applicare crema EMLA 0.5-1 gr (1/5 di tubetto) per 30-60 minuti prima del prelievo con un bendaggio occlusivo non aderente alla cute per non provocare dolore al momento di rimuoverlo e segnare l'ora di applicazione sul bendaggio occlusivo. (29-32) **Raccomandazione B (PNLG) Raccomandazione A (SIGN)**

Nel periodo di applicazione controllare ogni 15' la presenza di reazioni locali (iperemia, arrossamento, aree di vasocostrizione cutanea), che possono verificarsi a causa dell'applicazione dell'anestetico locale. (33)

Si ricorda che in Italia l'uso dell'EMLA è ammesso nel neonato maggiore di 37 settimane, ma nel pretermine, nonostante esistano studi pubblicati da tempo che ne attestano la sicurezza in relazione soprattutto al possibile aumento della meta-emoglobinemia, il suo uso è al momento "off-label". Tuttavia in base alla nostra esperienza e ai dati della letteratura, ci sentiamo di consigliarla su cute integra, dopo la prima settimana di vita anche nel prematuro, controllando attentamente ogni 15 minuti durante il tempo di contatto, la comparsa di reazioni locali e semmai riducendo il tempo di applicazione. Si ricorda che la profondità dell'anestesia dipende dalla durata del contatto. **Raccomandazione C (PNLG) Raccomandazione D (SIGN).**

L'uso di altri anestetici sembra efficace, ma mancano sicuri dati sul neonato e la disponibilità dei preparati commerciali in Italia (Ametocaina al 4%, Ela-max -4% lidocaina liposomiale, patch di tetracaina). (34-35)

Interventi farmacologici sistemici

In alcune situazioni particolari qualora le tecniche non farmacologiche risultino inefficaci può essere indicato nel neonato ventilato l'utilizzo di una analgesia sistemica a base di oppioidi in bolo (fentanil 1-2 mcg/Kg). (36) **Raccomandazione C (PNLG) Raccomandazione B (SIGN)**

abili alla sfera relazionale dell'assistenza con la messa in atto della cura dell'ambiente e dell'attuazione della saturazione sensoriale, senza omettere quella educativa in riferimento all'informazione e coinvolgimento dei genitori nelle procedure. È necessario perciò creare le condizioni ambientali favorevoli come la riduzione degli stimoli rumorosi e luminosi eccessivi definiti come stimoli sensoriali sgradevoli e implementare invece quelli positivi. La saturazione sensoriale,^(12, 13) tecnica spesso a "costo zero" è attuabile in totale autonomia dall'infermiere; è una tecnica non farmacologica utilizzata per la prevenzione del dolore dei neonati. Consiste nell'attirare l'attenzione del bambino con stimoli positivi che vadano a saturare i cinque sensi in modo da distrarre il pic-

colo e favorirne così il passaggio sulle vie di conduzione a livello della corteccia cerebrale. In questo modo lo stimolo nocicettivo trovando la via afferente già occupata arriverà in modo molto più attutito. Questa metodica di distrazione fa riferimento alla teoria del cancello secondo cui l'invio dello stimolo piacevole entra in competizione con quello doloroso, bloccandone l'invio. Questa metodica consiste in:

- **Stimolazione visiva:** ambiente piacevole, contatto visivo, meglio se con la mamma, ridurre luci negli occhi al neonato. 
- **Stimolazione tattile:** contenere in modo dolce il neonato, effettuare massaggi su schiena e capo, gentle handling da parte dell'infermiere. 
- **Stimolazione uditiva:** parlare al piccolo con tono rassicurante; permettere alla mamma di parlare al neonato; evitare parole inutili e confusione. 
- **Stimolazione olfattiva:** meglio l'odore della mamma, eliminare disinfettanti alcolici, oltretutto non indicati nel neonato. 
- **Stimolazione gustativa: favorire la suzione al seno o in alternativa offrire succhiotto con latte materno o saccarosio o glucosio al 12% 1-2 ml 2 minuti prima della procedura** ^(11, 12, 13) 

Anche il Ministero della Salute ha promulgato, nel 2010,⁽¹⁴⁾ un documento che dà chiare indicazioni in merito al trattamento di qualsiasi tipologia di dolore e che sottolinea l'importanza del trattamento non farmacologico. La letteratura internazionale è unanime circa l'efficacia delle tecniche sopra descritte. Attuare un'analgesia efficace e sicura è tutt'oggi una delle principali sfide dell'assistenza infermieristica in ambito neonatale. Al fine di aiutare i professionisti nella prevenzione, misurazione e controllo del dolore esistono diverse scale sviluppate con apposite item in relazione all'età evolutiva del bambino e che prendono in considerazione parametri fisiologici, comportamentali e contestuali. La misurazione del dolore è divenuta, dal 2010, obbligatoria per legge⁽¹⁵⁾. Gli indicatori più tipici per misurare il dolore nel neo-



nato e nel lattante sono ben visibili e documentate nelle immagini successive.



La motivazione che deve sostenere gli infermieri al trattamento del dolore nel bambino piccolo, trova indicazione, oltre che nella bibliografia di riferimento, nella normativa e nella deontologia professionale, di cui il Codice Deontologico degli Infermieri^(16, 17) ne è l'espressione principale e che richiama al rispetto dei principi etici della professione anche in relazione alla tematica del dolore.

In particolare:

CAPO I°

- **articolo 3**, esprime l'impegno a prendersi cura, ad accudire, concetto che dovrebbe permeare

ogni azione di ciascun professionista dell'ambito pediatrico.

- **articolo 5**, sottolinea il rispetto dei diritti della persona come condizione essenziale per l'esercizio della professione. L'infermiere deve farsi garante dei diritti del bambino.

CAPO II°

- **articolo 7**, afferma il rispetto dei principi etici come conditio sine qua non per l'esercizio professionale, che le azioni devono essere orientate al bene dell'assistito, e alla salvaguardia della dignità, si fa garante dell'equità dell'assistenza nella cura del dolore e sofferenza, nel non abbandono degli assistiti.
- **articolo 9**, espressione del principio di **beneficienza e non maleficienza** assume significato non solo di astenersi da pratiche che possano nuocere al bene della persona, il bambino, ma attivarsi per erogare prestazioni che ne perseguano il bene inteso come benessere, limitazione del dolore a garanzia di un normale sviluppo neuro comportamentale. L'articolo invita ad un atteggiamento di prudenza "Primum non nocere" sottinteso negli articoli 11-12-13-14-15.

CAPO III°

- **articolo 11**, sottolinea l'impegno a garantire prestazioni fondate su conoscenze validate, ricavate da prove scientifiche affidabili: il trattamento del dolore nel neonato ne è un valido esempio nonché un impegno per ciascuno di noi.

CAPO IV°

- **articolo 20**, dà importanza all'ascolto verbale e non verbale, e il linguaggio del neonato è prevalentemente non verbale.
- **articolo 21**, considera il coinvolgimento delle persone significative, per il neonato, i genitori.
- **articolo 22**, afferma l'impegno a conoscere il processo diagnostico-terapeutico, nel caso della limitazione del dolore per poter pianificare l'assistenza.
- **articolo 27**, garantisce la continuità assistenziale attivando rete di rapporti interprofessionali anche a tutela del contenimento del dolore, per esempio tra ospedale e territorio e curando la gestione degli strumenti informativi garantendo attraverso una corretta compilazione la documentazione anche del dolore.
- **articolo 30**, espressione di tutela al neonato rifiutando la **contenzione** come metodica di contenimento del dolore.



- **articolo 34, esprime impegno a prevenire e contrastare dolore e alleviare la sofferenza**, sia con le metodiche farmacologiche ma anche con quelle **non farmacologiche in autonomia** e include un implicito dovere di formazione.

Il **codice deontologico** è un corpus **di regole di autodisciplina** che la professione infermieristica si è data soprattutto in ambiti non o parzialmente regolamentati dalla legislazione ma, in quanto delimitante il campo proprio di attività e responsabilità,

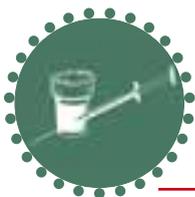
assume a pieno titolo una valenza giuridica in quanto esprime per ogni infermiere l'attinenza ad un **"dover essere"** vincolante nell'esercizio professionale. Le norme di un Codice Deontologico esprimono dei doveri cui il **professionista non può sottrarsi**. E, considerando la tematica del contenimento del dolore in un ambito così delicato come quello dell'assistenza ai neonati, oltre ad affermare che è un dovere al quale nessuno di noi può permettersi di sottrarsi, rappresenta un percorso di cura così come affermato da Corli S. Zanetti E. *"Al dolore non si può rispondere con il silenzio"*⁽¹⁸⁾

BIBLIOGRAFIA

1. Anand KJS, Hickey PR. New Engl J Med 1987; 317(21):1321-6.
2. Fitzgerald M. In Anand KJS, Stevens BJ, McGrath PJ Editors Pain in neonates. 2nd Revised and Enlarged Edition. Amsterdam. Elsevier; 2000: p 9-21.
3. Fitzgerald M. Painful Beginnings - Pain 2004; 110: 508-9.
4. Schechter L, Berde CB, Yaster M. Pain in Infants, Children and Adolescents, 2nd edition. Philadelphia, PA 2002: 693-706.
5. Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano: Masson.
6. OMS UNICEF Carta dei diritti dell'infanzia http://www.vocidibimbi.it/Mondobimbo/Diritti/carta_dei_diritti.htm consultato in data 30/5/2013.
7. UNICEF Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Convention on the Rights of the Child), approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989. <http://www.unicef.it/doc/599/convenzione-diritti-infanzia-adolescenza.htm> consultato in data 30/5/2013.
8. Cittadinanzattiva <http://www.cittadinanzattiva.it/corporate/salute/1953-carta-dei-diritti-del-malato.html> consultato in data 30/5/2013
9. Cittadinanzattiva http://www.cittadinanzattiva.it/files/corporate/europa/carta/carta_europeairitti_malato.pdf consultato in data 30/5/2013.
10. Cittadinanzattiva <http://www.cittadinanzattiva.it/corporate/salute/1954-carta-dei-diritti-sul-dolore-inutile.html> consultato in data 30/5/2013.
11. Società Italiana di Neonatologia <http://www.neonatologia.it/upload/321.pdf> consultato in data 20/5/2013.
12. Bellieni CV, Cordelli DM, Marchi S, et al Sensorial Saturation for Neonatal Analgesia. Clin J Pain. 2007; 23 (3):219-221.
13. Axeli A, Salantera S, Kirjavainen J, Lehtonen L. Oral glucose and prenatal holding preferable to opioid in pain management in pre-term infants. Clin J Pain 2009 Feb; 25 (2): 138-45.
14. Ministero della Salute IL DOLORE NEL BAMBINO Strumenti pratici di valutazione e terapia. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1256_allegato.pdf consultato in data 30/5/2013.
15. Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010.
16. Il Codice deontologico dell'Infermiere Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi IPASVI riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009.
17. Federazione Nazionale Collegi IPASVI Silvestro A. (2009) Commentario al Codice deontologico degli infermieri. Milano McGraw-Hill
18. Calamandrei C., D'Addio L. (1999). Commentario al nuovo codice deontologico. Milano: McGraw-Hill.

LA SEGRETERIA DEL COLLEGIO RESTERÀ CHIUSA
PER LA PAUSA ESTIVA DAL 5 AL 25 AGOSTO 2013.
LA SETTIMANA DAL 26 AL 30 AGOSTO
APERTURA SOLO POMERIDIANA
DALLE ORE 14.00 ALLE ORE 16.30.





Infermieristica e cure complementari

L'auto guarigione

35

A cura di *Valentina Iacchia**

Perché parlare di "Autoguarigione"? forse proprio perché, dopo aver trattato di tanti rimedi complementari naturali è bene soffermarci su quel principio più potente di tutti gli altri che può accompagnare noi stessi e i nostri utenti verso la via della salute. Diversi modelli concettuali infermieristici condividono questa visione, prima fra tutte Dorothea Orem che ci parla di self-care, indicando così che nella persona malata sia necessario far emergere tutte le risorse interiori atte a ripristinare lo stato di benessere. Perché dunque questa saggezza

antica è andata via via scomparendo?

C. G. Jung diceva che «la malattia è lo sforzo che fa la Natura per guarire». Spesso invece la consideriamo solo come una disgrazia, una calamità, oppure il frutto del caso, e ci accaniamo con medicine, manipolazioni, o interventi chirurgici. Bisognerebbe invece ribaltare completamente questa visione, riconoscendo nella malattia **«una reazione biologica di sopravvivenza di fronte a un evento emotivamente difficilmente gestibile»**. Si tratta, allora, non di combattere la malattia, ma di accompagnarla, di imparare a leggerla ed attivare dentro di noi la forza dell'auto guarigione. **L'effetto placebo** costituisce una prova fondamentale del potere di auto guarigione del sistema corpo-mente. Siamo programmati per autoripararci ma la medicina ufficiale evita di approfondire e tratta frettolosamente l'argomento giudicando trascurabile qualsiasi ulteriore indizio o dato statistico che confermi il fatto. Questo per effetto del pensiero dogmatico che domina la ricerca ma soprattutto per considerazioni economiche. Se il corpo venisse incoraggiato all'auto guarigione, proprietà che possiede al cento per cento, cosa ne sarebbe della maggior parte delle case

farmaceutiche? Va fatto notare che alcuni studi (Brown 1999, Kirsch 2002) condotti con antidepressivi placebo, hanno dimostrato che solo una esigua percentuale di quelli diffusi agisce efficacemente e che il loro successo è quasi sempre da attribuire alla mente (credenze) di chi li assume e al marketing di chi li produce. Un elemento oggi assai diffuso, che scaturisce da credenze negative minacciando gravemente la salute fisica, è **la paura**. Vivere in un costante stato di paura costringe la nostra biologia ad una continua "corsa ai ripari", come se ci dovessimo preparare ad un imminente pericolo esterno che pare non arrivare mai. I nostri meccanismi di difesa non sono concepiti per lavorare incessantemente e spesso ci troviamo in una condizione in cui la produzione di ormoni dello **stress** è insostenibile. Inoltre, provare paura porta ad inibire per fini protettivi (con l'attivazione dell'asse ipotalamico-ipofisario-surrendico o HPA) l'azione dell'ippocampo prefrontale e della corteccia che è il centro delle funzioni intellettive superiori. La scarsa attività, è ormai noto, porta all'atrofia. I casi di nocebo, inducono a pensare che medici, genitori e insegnanti, nel rispetto di quanto è stato loro insegnato, possono far perdere ogni speranza di fronte ad una malattia (come a qualsiasi altro ostacolo) riprogrammandoci a credere di essere impotenti. Le convinzioni, positive o negative che siano, influenzano ogni aspetto della vita.



"Le tue convinzioni diventano i tuoi pensieri.
I tuoi pensieri diventano le tue parole.
Le tue parole diventano le tue azioni.
Le tue azioni diventano le tue abitudini.
Le tue abitudini diventano i tuoi valori.
I tuoi valori diventano il tuo destino."
(Mahatma Gandhi)



“L'essenziale è invisibile agli occhi”, dice il **Piccolo Principe**, (Antoine de Saint-Exupéry). Presupposto della medicina naturale e postulato di molte medicine tradizionali, come quella cinese, è il concetto di **energie sottili**. Oltre a un corpo fisico, che ha un'estensione e una realtà materiale, siamo infatti dotati di un **corpo sottile** che prende nomi e assume caratteristiche diverse a seconda della tradizione di riferimento. Per esempio, alla base della terapia della polarità (yin e yang) sta l'assunto secondo cui esistono canali che scorrono attorno e all'interno del nostro organismo, da immaginare come flussi di energia che passano per dei centri fondamentali (chakra). Accettare l'esistenza di ciò che non riusciamo a vedere è il primo passo per entrare nel mondo delle energie sottili.

In questa realtà i sintomi hanno la funzione di messaggeri di uno stato di disagio, quindi, nella maggior parte dei casi, portano già in sé la cura. Il processo di **auto guarigione energetica** parte infatti dall'interpretazione del sintomo, fase essenziale per acquisire la consapevolezza necessaria ad affrontare lo squilibrio energetico. Infatti iniziare un processo di autoguarigione significa **ascoltarsi**: non trascurare i sintomi di un malessere e individuare valori che facciano da bussola nel percorso dell'esistenza (la medicina Germanica del Dott.Hamer). Avvicinarsi all'autoguarigione, quindi, significa scegliere la salute. Per questo quindi noi sappiamo quanto è importante l'approccio umano del medico, dell'infermiere, del terapeuta in genere che esso stesso diventa, verso il suo paziente, un fattore indispensabile nel processo di autoguarigione. Tutto ciò lo si ottiene rinforzando ed attivando tutte le risorse residue della persona ed evitando al massimo quei processi di dipendenza che si possono sviluppare tra chi cura e chi è curato.

Qualche consiglio su **come incrementare la sensibilità verso le proprie energie sottili** e come prendersi cura del nostro equilibrio energetico:

- **Comunicare**

È essenziale tenere la mente aperta e regalare degli stimoli, restare in ascolto, non chiudere i canali del dialogo, sia verbale che fisico. Stiamo parlando, ovviamente, di una comunicazione che arrechi beneficio agli interlocutori coinvolti, che favorisca la loro crescita, incrementi la dose di ironia, specialmente se stiamo

passando un momento particolarmente pesante.

- **Curare l'alimentazione**

La dieta svolge un ruolo fondamentale nel mantenimento dell'equilibrio energetico. Ogni alimento esercita uno specifico effetto sul metabolismo e ce ne sono alcuni, come quelli a base di zuccheri o di caffeina che scatenano direttamente, o per effetto a catena, determinate reazioni nell'organismo.

- **Fare attività fisica**

L'attività fisica aiuta lo scorrimento dell'energia all'interno dei canali (meridiani/nadi), ci dona una sensazione di benessere, di tonicità e di centratura. Alcuni esercizi sviluppano queste capacità più di altri (yoga, 5 tibetani, camminate nella natura, ecc).

- **Prevenire l'esaurimento**

Sul podio dei disturbi del nostro tempo, oltre allo stress e agli attacchi di panico, un posto d'onore è occupato dall'esaurimento. Una persona che sta vivendo uno stato di esaurimento è preda di un vero e proprio impoverimento energetico. È molto importante capire quando questo sta accadendo e fermarsi, rispettare le fasi di recupero del corpo.

Quando lo si vuole, si deve imparare a dire di no agli inviti, gli impegni. Il riposo ci spetta di diritto, non va considerato né una perdita di tempo né una forma di pigrizia. Insomma, “Ho bisogno di tempo per me” è una frase bellissima e va usata ogni volta che il corpo ce lo chiede.

- **Meditare**

Ovvero dare spazio alla parte spirituale che è in noi. Lasciare andare le credenze negative e con esse anche le paure limitanti è il passo basilare per ritrovare se stessi e giungere ad una vita più libera e appagante, da vivere con consapevolezza e in piena salute. Per questo anche l'anima e lo spirito giocano un ruolo fondamentale nella guarigione. Anch'essi devono essere curati. Spesso il dolore dell'anima è persino più intenso del dolore fisico.

Da sempre gli antichi conoscevano i punti della terra dove scorrono le correnti di energia ed è proprio in questi luoghi che sono fiorite le più antiche civiltà. Ma anche la nostra penisola Italiana è ricca di energie terapeutiche, luoghi densi di mistero, pietre che guariscono o rendono fertili, acque che



calmano il dolore... di seguito ho il piacere di indicarvi alcuni tra i tanti luoghi che possono essere visitati:

- La Thuile (Aosta), il luogo: "il cerchio di Annibale" (centro di culto legato alle tribù Celtiche);
- Alessandria (Piemonte), il luogo: "La pietra guaritrice" c/o la chiesa di S.Varena (per chi è affetto da mal di schiena o di reni, secondo la tradizione è necessario poggiare la parte dolente sulla pietra);
- Biella (Piemonte) il luogo. "La pietra della Vita" c/o il Santuario della Madonna di Oropa (facilita la fertilità);
- Briaglia - CN - (Piemonte), il luogo: "La necropoli di Briaglia" (presenza di insolite anomalie magnetiche);
- Livorno - VC - (Piemonte), il luogo "il Menhir" e i Cavalieri Templari c/o la chiesa di S.Maria Isana (vi è un Megalito, appoggiando la schiena ad esso, si trae a quanto si dice del sollievo);
- Pianezza - TO - (Piemonte), il luogo "La roccia benefica" c/o il centro del paese (sono oltre 2000 mt cubi di massa,intorno è sorto tutto il paese; la roccia racchiude in sé proprietà benefiche e terapeutiche);
- Chiavari - GE - (Liguria), il luogo: "l'antica dimora filosofale" c/o la casa medioevale di Via Rivarola (probabile sede degli antichi Alchimisti);
- Angera - VA - (Lombardia), il luogo: "La porta delle fate" c/o la Tana del Lupo (la leggenda racconta che la grotta è popolata da una stirpe di fate buone e bellissime a guardia di un portale che si apre ogni 100 anni per dare passaggio ad un mondo parallelo, ma nessuno sa la data dell'apertura del portale);
- Capo di Ponte - BS - (Lombardia), il luogo: "le misteriose incisioni rupestri" c/o Parco Nazionale (incisioni riguardanti scene di vita neolitica ma anche esseri dalle strane forme con caschi e antenne e strani veicoli);
- Duino Aurisina - TS - (Friuli Venezia Giulia), il luogo: "le acque rigeneratrici" c/o le fonti del Timavo (vi sono sei polle ribollenti di acqua.



Queste acque bevute da chi è affetto da disturbi alla vescica, ne alleviano i dolori);

- Verghereto - FO- (Emilia Romagna), il luogo: "Cura naturale per l'ernia" c/o Eremo di S. Alberico (l'altare della chiesa è costruito con una pietra terapeutica che si dice abbia il potere di guarire l'ernia inguinale di chi vi si poggia, soprattutto i bambini pare che guariscano completamente da questo problema);
- Camerino - MC - (Marche), il luogo: "la pietra che guarisce" c/o la chiesa di S.Veneziano Martire (nella chiesa vi è una pietra che pare capace di guarire qualsiasi cefalea ed emicrania sia a giovani che anziani);
- Orvieto - TR - (Umbria), il luogo: "I sotterranei misteriosi della Rupe" c/o le grotte artificiali della Rupe (è una rete sotterranea che si estende in profondità nelle viscere della terra, scavate dagli Etruschi. Esplorare queste grotte significa, in modo simbolico, entrare in contatto con l'anima antica degli Etruschi e la nostra...)
- Fara S. Martino - CH - (Abruzzo), il luogo: "la grotta che guarisce" c/o Grotta di S.Martino (chi entra nella grotta viene lenito dai dolori, ai bambini venivano per fino fatti inghiottire piccolissimi sassi tratti dalle sponde del fiume Verde che scorre vicino, un corso d'acqua ritenuto prodigioso);
- Barano d'Ischia - NA - (Campagna), il luogo: "le acque della bellezza e del benessere" c/o Sorgenti di Nitrodi (le acque ricche di Carbonato-solfato-clorato sodico le rende efficaci per lenire le forme reumatiche e articolari e curerebbero l'impotenza maschile);
- Crotone (Calabria), il luogo: "Il santuario della fecondità" c/o Capo Colonna (meta di pellegrinaggio per donne che vogliono aumentare la loro fecondità);
- Cabras (Sardegna), il luogo: "il santuario del bene" c/o Ipogeo S.Salvatore (si venerava una Divinità legata al culto delle acque, sulle pareti si ritrova spesso una parola in lingua punica quali RUFU', ovvero GUARISCI);
- Tutte le stazioni termali presenti in Italia:



Sirmione (vie aeree), Chianciano (depurazione fegato), Boario (problemi cardiovascolari, ginecologici, dermatologici), Saturnia (fango balneoterapie) ecc...

Naturalmente questi sono solo piccoli esempi, in Italia e all'estero vi sono alcuni luoghi così densi di

mistero da lasciarci se non altro allibiti. Vi auguro quindi di fare qualcuno di questi viaggi seguendo sentieri tracciati prima di noi dagli antichi, visti nell'ottica di "un viaggio alla riscoperta delle origini" e alla riscoperta della nostra capacità di auto guarigione 

BIBLIOGRAFIA

- Decodifica Biologica delle Malattie Manuale pratico delle corrispondenze fra gli organi e le emozioni AUTORE: Christian Flèche
- Ho un Corpo per Guarirmi Decifrare biologicamente le malattie AUTORE: Christian Flèche
- Ogni sintomo è un messaggio AUTORE: Claudia Rainville
- Ayurveda e auto guarigione AUTORE: Ari Sarma
- Ascolta e guarisci il tuo corpo AUTORE: Laura Bertali
- Guarisci Te stesso AUTORE: Edward Bach
- L'autoguarigione (Riza scienze) AUTORE: Fox Gariani
- Italia: mistero cosmico AUTORE: P. Kolosimo

*ostetrica libero professionista

notizie in pillole a cura di S. Citterio

NUOVA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE SUL TRIAGE

Lo scorso febbraio è stata pubblicata la raccomandazione n. 15 del Ministero della Salute inerente "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso" che prende in esame i rischi connessi alle attività di TRIAGE con la finalità di ridurre gli effetti negativi possibili.

Le azioni che le organizzazioni sanitarie devono prendere in considerazione per prevenire o mitigare i danni dovuti alla **errata attribuzione di codice triage** in ambito extraospedaliero e ospedaliero riguardano:

1. la **predisposizione** e l'adozione di **protocolli e/o procedure** per la corretta attività di triage e, quindi, per l'identificazione certa del paziente/utente e per l'idonea attribuzione del codice di priorità per i pazienti/utenti che richiedono un intervento del 118 o accedono ai Pronto soccorso;
2. la **formazione** specifica e l'**addestramento** del personale infermieristico addetto all'attività di triage mirata alla valutazione diversificata del paziente adulto e del paziente in età pediatrica, sia in ambito intraospedaliero che extraospedaliero;
3. l'**adozione**, relativamente al triage di tipo intraospedaliero, di adeguate **soluzioni organizzative, strutturali e logistiche** dell'area di triage e delle sale di attesa, diversificate tra adulto e bambino se la numerosità degli accessi lo giustifica.

GOVERNO APPLICHI COSTI STANDARD IN SANITÀ

Il Presidente della Regione Lombardia, Roberto Maroni ha rivolto un appello, affinché il Governo applichi i costi standard in sanità. "Abbiamo fatto un calcolo, dal quale emerge che, se tutte le Regioni italiane applicassero il rapporto costi/prestazioni che c'è in Lombardia, risparmieremmo 30 miliardi di euro, 1/3 degli interessi del debito pubblico. Perché noi riusciamo a farlo e gli altri no? Esiste una norma, quella sul Federalismo fiscale, che comprende anche i costi standard: è una legge che deve essere applicata rapidamente. Per la Lombardia e per chiunque lavori bene, dando servizi d'eccellenza ai cittadini senza spendere più del dovuto, sarebbe un vantaggio e un beneficio enorme".

Fonte: Regione Lombardia

ASSICURAZIONE

Di seguito pubblichiamo ulteriori aggiornamenti forniti da Willis in merito al rinnovo della copertura RC Professionale.

Il processo di rinnovo è stato ultimato negli ultimi giorni di Aprile, abbiamo quindi predisposto gli avvisi di scadenza e incaricato Poste Italiane della loro diffusione. Dati i tempi tecnici necessari al completamento dell'operazione, prevediamo che il recapito materiale dell'avviso avrà luogo intorno al giorno 15/5. Posto che i termini per il pagamento del premio di rinnovo, senza interruzione delle garanzie assicurative, sono fissati al 10/6 esortiamo tutti gli iscritti ad attendere il ricevimento dell'avviso per poter meglio seguire le indicazioni in esso contenute. Dal giorno 15/5 sarà poi attivato un servizio aggiuntivo speciale presso il nostro Call Center per poter fornire telefonicamente le indicazioni del caso ai singoli infermieri assicurati che non avessero ricevuto l'avviso di scadenza sopra citato. Chi invece intendesse aderire ex novo può farlo già da ora accedendo al nostro sito <https://clientportal.willis.it/IPASVI/> (anche accessibile da <http://www.ipasvi.it>) dove potrà registrarsi e procedere all'acquisto, la copertura in questo caso decorrerà dalle ore 24 del giorno di pagamento. In merito segnaliamo che da quest'anno sarà prevista la sola modalità on-line che semplifica e rende più immediate le operazioni.





Le infezioni ospedaliere: la prevenzione come dovere dell'organizzazione sanitaria

CASSAZIONE PENALE, SEZIONE IV, SENTENZA DELL' 08/06/2012 N. 22347/12

A cura di Stefano Citterio e Rita Redaelli

IL FATTO

Due Medici e un Coordinatore Infermieristico, nella rispettiva qualità di Dirigente Medico della Direzione sanitaria e coordinatore della Commissione preposta al controllo delle infezioni ospedaliere (CIO), di Dirigente responsabile della U.O. di Patologia neonatale, e di Infermiere Coordinatore Infermieristico della predetta U.O., sono stati chiamati a rispondere del reato di omicidio colposo, per la morte di tre neonati i quali, degenti presso la Terapia intensiva Neonatale della predetta U.O., contraevano

una infezione ospedaliere, rispettivamente da *Pseudomonas aeruginosa*, da germe sconosciuto e da *Staphylococcus aureus*, a causa della quale decevano per sepsi neonatale ad esordio tardivo.

Ai predetti sanitari venivano contestati, agli esiti di accertamenti specialistici, vari profili di colpa omissiva e commissiva individuati nella omissione di procedure per la promozione volte alla informazione del personale infermieristico, per la programmazione ed applicazione dei protocolli operativi e delle misure precauzionali per la prevenzione delle infezioni ospedaliere nonché nella effettuazione incompleta e non sistematica delle dovute indagini colturali microbiologiche di routine, con la conseguente omissione dei dovuti controlli per il contenimento della contaminazione ambientale e l'attivazione di una specifica indagine epidemiologica, che portava alla morte dei neonati. Il giudicante, all'esito di una perizia collegiale, riteneva che gli elementi non consentivano di comprovare la responsabilità degli imputati in ordine al

decesso dei neonati, mancando la prova, in termini di ragionevole certezza, del nesso causale tra la condotta contestata ed i decessi dei neonati.

Da ciò la decisione di pronunciare *sentenza di non luogo a procedere con la formula perché il fatto non sussiste*.

Avverso tale decisione ricorre il PM il quale contesta la logicità della decisione nella misura in cui aveva recepito, per escludere il nesso causale, una ricostruzione dei fatti non condivisibile laddove aveva fatalisticamente dato per ineluttabile la trasmissione di agenti patogeni ed il conseguente decesso di tutti i prematuri, trascurando il profilo del manchevole ossequio alle prescrizioni sull'igiene, accertato in sede peritale, così rendendo la sentenza viziata da grave carenza motivazionale. Il ricorrente rilevava altresì che, contrariamente a quanto sostenuto in sentenza, la fonte dei germi non era ignota dal momento che i periti avevano precisato che la sepsi era di origine nosocomiale. Ricorrono altresì le parti civili, le quali articolano due motivi strettamente connessi. Dopo aver evidenziato il tormentato iter del procedimento caratterizzato da due consulenze del PM e da una superperizia disposta in sede di incidente probatorio si lamenta il travisamento degli esiti della perizia disposta dal giudice in sede di incidente probatorio che aveva concluso nel senso che la sepsi aveva avuto un ruolo causale nel decesso dei neonati sottolineando altresì che non necessariamente i neonati sarebbero comunque morti a causa della loro condizione di prematuri, così concludendo nel senso della sussistenza di un nesso causale tra la carenza di profilassi e la morte dei neonati.



Considerato in diritto la cassazione ha affermato che (...) I motivi non possono, però, trovare accoglimento (...) rigettando i ricorsi presentati.

COMMENTO

Dopo due articoli di "Diritto e Rovescio" in cui vi abbiamo riportato delle Sentenze di condanna per omicidio colposo a carico di colleghi, abbiamo pensato di illustrarvi una sentenza di assoluzione. Indipendentemente dall'esito del processo questa sentenza appare rilevante per diversi motivi:

- propone un caso di infezioni Ospedaliere che, ancora oggi, restano uno dei principali "pericoli" dell'ambiente Ospedaliero e che interessano sostanzialmente tutti gli operatori sanitari;
- pone il tema della responsabilità "organizzativa" in quanto i chiamati in giudizio ricoprono, a diverso livello, ruoli di responsabilità e coordinamento (il direttore sanitario, il direttore della UO e il Caposala);
- pone fondamentali questioni in materia di *causalità omissiva*, soprattutto in riferimento ad alcuni ragionamenti effettuati per sostenere l'assoluzione.

Le infezioni ospedaliere rappresentano un importante problema clinico che coinvolge a vario titolo infermieri, coordinatori, medici, operatori assistenziali oltre che amministratori e Dirigenti delle aziende ospedaliere, ma soprattutto che porta la persona assistita a subire un danno anche grave, fino alla morte. Il termine infezione ospedaliera o nosocomiale comprende infezioni insorte nel corso di un ricovero ospedaliero, non manifeste clinicamente, né in incubazione al momento dell'accettazione e che si rendono evidenti dopo 48 ore o più dal ricovero e le infezioni successive alla dimissione, ma causalmente riferibili, per tempo di incubazione, agente eziologico e modalità di trasmissione al ricovero stesso. I dati emergenti dalla letteratura scientifica dimostrano che è possibile, attraverso l'adozione di scrupolose misure precauzionali, attuare una mirata e incisiva prevenzione delle infezioni ospedaliere. I numeri sono impressionanti: in Italia abbiamo un'incidenza del 5/8% pari a 450.000-700.000 pazienti che ogni anno contraggono una infezione. Il 30% dei decessi per infezione sono attribuibili ad infezione nosocomiale. Ciò fa comprendere la dimensione del fenomeno e come ciascun operatore sanitario debba sentirsi direttamente coinvolto nelle attività di prevenzione, prima fra tutte il lavaggio delle mani.

Che il lavaggio delle mani rivesta un'elementare ed efficace misura preventiva è un dato ormai proprio della cultura generale di ogni professionista sanitario eppure le campagne informative e di sensibilizzazione continuano a far parte dello scenario sanitario con poster affissi sopra i lavandini, cartelloni appesi nei reparti di degenza, quasi come un monito, un richiamo continuo a fare un qualcosa di già noto, ma evidentemente non ancora radicato nella prassi assistenziale quotidiana.

Dalla prima metà del 1800 il tema del lavaggio delle mani ha iniziato a prendere spazio nell'ottica preventiva della trasmissione delle infezioni in ambito ospedaliero. Ricordate il Dott. Semmelweis? Fu un medico ungherese, rinchiuso in un manicomio per aver osato affermare che la disinfezione delle mani con cloruro di calcio riduceva drasticamente la morte delle puerpere, contagiate da infezioni mortali dai medici che, passando direttamente dalla sala autoptica al reparto di degenza, visitavano le donne senza prima essersi lavati le mani e senza indossare dei guanti. La stessa Florence Nightingale, pochi anni dopo, scrisse: "... la più grande umiliazione per un ospedale è essere all'origine di una malattia infettiva o vedere l'infezione propagarsi". Ai giorni nostri, nonostante l'evidence based practice, la ricerca, l'evoluzione culturale e formativa, l'OMS si è sentita in dovere di promulgare un progetto dal titolo "Cure più pulite sono cure più sicure" diretto dal Dott. Didier Pittet che rimarca che l'adesione a quanto enunciato nell'elaborato non è una scelta ma un diritto di base del paziente alla qualità dell'assistenza perché "le mani pulite preven- gono sofferenze e salvano vite".

Ovviamente lavarsi le mani non è sufficiente ad arginere il fenomeno delle Infezioni Ospedaliere per la cui prevenzione sono necessari svariati interventi che riguardano, ad esempio, il rispetto di criteri strutturali nella costruzione e nella ristrutturazione delle strutture ospedaliere, le corrette procedure di disinfezione e sterilizzazione dei materiali riutilizzabili, la corretta gestione delle terapie antibiotiche, ecc... Tutti questi interventi dovrebbero essere coordinati e orientati dal Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO).

Al CIO, coordinato dal Direttore Sanitario o suo delegato, compete il monitoraggio continuo del fenomeno, la formazione ed informazione del personale ospedaliero oltre che la pianificazione ed il controllo degli interventi di prevenzione e di sorveglianza delle infezioni ospedaliere, avvalendosi di un Gruppo Operativo per la loro attuazione.



Nonostante la presenza e l'attivismo dei CIO presenti in tutte le strutture sanitarie, la strada da percorrere verso il contenimento e la prevenzione delle infezioni ospedaliere è ancora molto lunga. Alla luce di quanto esposto non appare strano che siano stati chiamati in giudizio proprio il Coordinatore della Commissione preposta al controllo delle infezioni ospedaliere, il Dirigente medico dell'U.O. e il Coordinatore infermieristico. La ricostruzione del rapporto eziologico per gli illeciti di natura omissiva in tema di infezioni ospedaliere è inficiata da innegabili difficoltà nell'individuazione del comportamento colposo, in quanto risulta assai complesso provare con assoluta certezza che il contagio sia avvenuto per la colposa inosservanza dei doveri di vigilanza e controllo, ad esclusione di rari casi dovuti ad evidente negligenza, imprudenza o imperizia. Analizziamo come la sentenza giustifica l'assoluzione.

"Tale conclusione veniva argomentata partendo dalle seguenti premesse di fatto; i piccoli, nati prematuri, erano deceduti a seguito di sepsi ad esordio tardivo, ossia di un'infezione manifestatasi dopo le prime 72 ore di vita, causata dai germi patogeni sopra indicati e da altro non individuato; doveva escludersi che i bambini fossero stati infettati dalla madre; i germi erano stati acquisiti in ambiente ospedaliero, sebbene non fosse stato possibile accertare con precisione l'origine specifica, ossia il luogo preciso della loro provenienza; le misure adottate per prevenire le infezioni erano risultate parziali e non del tutto adeguate con particolare riferimento al monitoraggio della effettiva esecuzione di quanto contenuto nelle raccomandazioni scritte e nei protocolli."

La sentenza afferma quindi la certezza dell'origine nosocomiale delle infezioni contratte dai neonati e la parzialità e non adeguatezza delle misure adottate per prevenirle.

"Ciò premesso, il giudice affermava che anche in caso di corretta applicazione delle procedure e delle misure volte a prevenire le infezioni non sarebbe stato possibile, allo stato attuale della scienza e della prassi medica, assicurare condizioni di perfetta sterilizzazione degli ambienti di ricovero dei neonati. Anche se fosse stata evitata l'infezione, sarebbe rimasta una percentuale di probabilità, stimata approssimativamente nel 7%, di decesso dei neonati per complicanze correlate al loro stato di prematurità. Tenuto conto della impossibilità, della quale avevano dato atto anche i periti, di assicurare ambienti ospedalieri privi di germi patogeni, della considera-

zione che i germi individuati sono ubiquitari nonché della debolezza degli organismi dei neonati prematuri, suscettibili di varie complicazioni, la sentenza affermava l'insussistenza di una prova certa che l'evento medio causativo della morte (la sepsi) fosse attribuibile alla condotta degli imputati, in quanto da un lato, era rimasta ignota la fonte specifica dei germi patogeni e dall'altro, anche in caso di adozione di tutte le misure necessarie a ridurre il rischio di infezioni, sarebbe rimasto un rischio non trascurabile di contrarre comunque l'infezione, essendo così impossibile stabilire una correlazione tra l'omissione contestata ed i decessi.

La cassazione ha affermato la correttezza di tale ragionamento che ha escluso il nesso causale tra le condotte, principalmente omissive, contestate agli imputati ed i decessi dei neonati, considerando che i periti consultati hanno affermato che anche adottando correttamente tutte le misure preventive sarebbe rimasto un rischio non trascurabile di contrarre le sepsi stimabile in una percentuale variabile tra il 10% ed il 32%.

La cassazione afferma che l'ubiquità dei germi responsabili delle sepsi, l'impossibilità a garantire ambienti privi di patogeni, la debolezza degli ospiti, determinano *"in modo convincente l'impossibilità di formulare un giudizio di ragionevole certezza circa l'esistenza del nesso causale fondato sulle pretese omissioni delle precauzioni universali atte a prevenire il diffondersi dei germi patogeni, riconducibili in ipotesi agli imputati."*

La cassazione ha però valutato come *"meno convincente"* la motivazione nella parte in cui, facendo riferimento allo stato di prematurità dei neonati, ha affermato, a supporto delle argomentazioni sulla esclusione del nesso causale, che anche ove fosse stata evitata l'infezione, sarebbe rimasta una percentuale di probabilità, stimata approssimativamente nel 7% di decesso dei neonati per complicanze correlate al loro stato di prematurità. Nessun percorso argomentativo in questo senso è rinvenibile nella sentenza impugnata, che, anzi, riportando quel dato statistico che, letto al contrario, fa riferimento ad una possibilità di sopravvivenza dei neonati prematuri, pari al 93% sembrerebbe confortare l'impostazione accusatoria. Nonostante questo, secondo la cassazione, la sentenza regge al vaglio di legittimità, *"giacché rimane integro l'apprezzamento complessivo sulla impossibilità di formulare con ragionevole certezza un giudizio circa l'esistenza del nesso causale in considera-*



zione della ubiquità dei germi patogeni e sull'accertata impossibilità di ridurre il rischio di infezioni, anche nel caso della adozione di tutte le necessarie misure preventive." Pertanto il "ragionevole dubbio" comporta, come in questo caso, l'assoluzione dei professionisti imputati. Si tratta eventualmente di stabilire se questo dubbio è ragionevole oppure no.

Il Magistrato Paolo Piras, nel commentare in modo particolarmente critico le conclusioni e il percorso logico di questa sentenza scrive: *"quando si discute o si scrive di causalità spesso si richiamano esempi banali tratti dalla vita quotidiana, che aiutano a capire meglio. Ebbene, in tempi non più recenti le bambine venivano mandate con i panieri a comprare le uova e ogni tanto qualche uovo si rompeva nel tragitto verso casa. Se l'uovo rotto era solo uno ci si poteva giustificare dicendo che poteva succedere, ma ciò non quando le uova rotte erano più e nello stesso panierino. Qualche disattenzione doveva pur essere accaduta durante il tragitto e per muovere il rimprovero non importava sapere esattamente quale disattenzione era avvenuta. Una era sicuramente avvenuta. Certo, è un esempio banale, ma che avverte che anche il senso comune può esprimere contrarietà alla soluzione accolta dalla sentenza. Va in conclusione negato il rilievo assolutorio assegnato alla mancata individuazione di come sia esattamente avvenuto il contagio mortale. La smisurata conoscenza eziologica, richiesta dalla sentenza in commento, non è necessaria, una volta che si stabilisce che l'evento è comunque da ricollegare ad una mancanza di cautela."*

Risulta evidente, pur nella semplicità del ragionamento, che questa interpretazione rischia di non lasciare possibilità assolutorie a nessun operatore in caso di infezioni ospedaliere, specie in caso di cluster epidemico o, genericamente, più casi ripetuti anche in un arco temporale più lungo. Va aggiunto, però, che gli imputati ricoprivano ruoli organizzativi, con diversi profili di responsabilità.

Nel caso del Coordinatore Infermieristico la responsabilità poteva consistere nel doversi accertare che tutti gli operatori conoscessero e fossero nelle condizioni di applicare i protocolli e le procedure per prevenire le Infezioni Ospedaliere (es. la raccolta delle firme di presa visione dei protocolli, la presenza dei presidi necessari, ecc.). Ancora, il Coordinatore Infermieristi-

co aveva la responsabilità di accertarsi dell'effettiva applicazione delle suddette procedure e/o protocolli mediante la realizzazione di un "circolo virtuoso" di monitoraggio e verifica delle diverse attività (es. verificare/predisporre una specifica istruzione per controllare/verificare la corretta sostituzione dei circuiti venosi). Si tratta delle tradizionali categorie della colpa in eligendo (errore nella scelta) e *in vigilando* (obbligo di sorveglianza).

Purtroppo non vi è traccia di approfondimenti specifici nella sentenza. L'auspicio è che siano stati affrontati nel corso delle udienze del processo.

Per concludere, più che in altre situazioni, il tema della responsabilità professionale in caso di infezioni ospedaliere chiama in gioco l'accezione positiva della responsabilità professionale come guida al proprio comportamento. Il termine responsabilità contiene un duplice significato, una accezione negativa e una positiva. Quella negativa riguarda il dover rispondere ad una autorità superiore delle proprie azioni riprovevoli, mentre quella positiva si riferisce all'impegno a mantenere un comportamento congruo e corretto (Rodriguez). Ciascun professionista può (anche inconsapevolmente) riferirsi nel proprio agire professionale all'una o all'altra accezione. Nel primo caso il comportamento prevalente sarà orientato a prevenire sanzioni, centrato sulle proprie attività (e non sui bisogni della persona) e, facilmente, potrebbe generare comportamenti di natura difensivistica (sia omissivi che non). Nel secondo caso, avendo come guida l'accezione positiva della responsabilità, il professionista manterrà un comportamento orientato alla tutela dell'assistito, a garantire la centralità del paziente nelle proprie azioni e mettendo in atto tutto ciò che è in suo potere per migliorare lo stato di salute del paziente. Ancora, l'adesione ad un concetto negativo di responsabilità determina che i principi guida del proprio agire derivino dalle sentenze della magistratura con una esasperazione di determinati formalismi. Al contrario, l'accezione positiva della responsabilità determina l'adesione e la ricerca delle linee guida e dei protocolli scientificamente più aggiornati con la conseguente valorizzazione degli aspetti sostanziali delle proprie competenze.

Le infezioni Ospedaliere mettono in gioco in modo evidente la scelta che il professionista opera quotidianamente sul campo 

¹ Presidente Ipasvi Como

² Infermiera Legale e Forense, Consigliere Ipasvi COMO





News from the web App (smartphone)

A cura di Inf. AFD Paola Martella Pozzi*

Continuiamo con la segnalazione delle App disponibili in rete dando la precedenza a quelle in versioni per più dispositivi mobili, a quelle gratuite o meno costose che hanno il migliore gradimento.

Siti di riferimento

Mobimed

Emergency Room - Smartphone e tablet

iPad Italia

iPhoneitalia

App Doctor

Ärzte Zeitung

Ministero della Salute



ADR FIMMG AIFA - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale. È lo strumento ideato da FIMMG, in collaborazione con AIFA, per la segnalazione delle reazioni avverse ai farmaci e ai prodotti a base di piante officinali e integratori alimentari, oltre che per la segnalazione dei difetti di fabbricazione. L'App, inoltre, permette anche a domicilio del paziente, di accedere alla consultazione delle liste AIFA di trasparenza e rimborsabilità dei farmaci.



Adrenalina Pura. Il Quiz Game musicale del Ministero della Salute che permette in modo divertente di calcolare il proprio tasso alcolemico, ascoltare i migliori brani del momento e cimentarsi in un game con tante sorprese. L'applicazione è stata concepita per invitare in modo particolare le/i giovani tra i 14 e i 25 anni a evitare l'abuso di alcol. L'app, disponibile gratuitamente su iTunes, è composta da tre sezioni. Nella prima è possibile calcolare indicativamente il tasso alcolemico incrociando i propri dati su sesso e corporatura con le dosi di alcolici assunte. Nella seconda, invece, le/i ragazzi possono giocare a un quiz con domande sulla musica e sul consumo di alcol: rispondendo esattamente viene via via sbloccata la terza sezione che contiene una playlist musicale di 20 canzoni.



Bike. Con questa app italiana si possono monitorare gli allenamenti ciclistici. Bike rende sempre disponibile tutta la storia delle uscite in bicicletta. Inserendo i dati personali (peso, altezza, età e sesso) si ottiene il calcolo dell'indice di massa corporea e il calcolo delle calorie consumate ad ogni uscita.



BMJ-Best Practice. Fornisce veloci risposte a quesiti sulla diagnosi, il trattamento, la prognosi e la prevenzione. Classifica i risultati a seconda della categoria o della frequenza (comune / raro). Dà un secondo parere senza che sia necessario consultare molteplici risorse. Per ogni argomento sono disponibili informazioni approfondite riguardanti eziologia, diagnosi differenziale, esami da eseguire, linee guida.



BMJ-Differential Diagnosis. Permette di esaminare diagnosi differenziali potenziali per un'ampia serie di segni, sintomi, risultati di laboratorio e test. Si possono fare ricerche partendo dai sintomi o



dalle patologie e accedere a informazioni dettagliate che aiutano a formulare la diagnosi finale. Sono evidenziate le situazioni più pericolose. Le informazioni provengono dagli strumenti Best Practice e Clinical Evidence.



BMJ-Doctor's Toolbag. La app del BMJ presenta le regole predittive cliniche più utili per la pratica clinica. Alcune aiutano nella diagnosi, altre nello screening e nella valutazione dei fattori di rischio. Nella app sono integrate le evidenze più recenti provenienti da Best Practice e Clinical Evidence (BMJ Evidence Centre).

44



CoachMyRide. Offre 12 tipi di allenamento ciclistico (per es., forza, velocità delle gambe, resistenza), ognuno con livelli di intensità diversi. Un calcolatore per la frequenza cardiaca aiuta a capire quando fare una pausa e se ci sono miglioramenti rispetto alle prestazioni precedenti.



Edicola Salute. Offre le pubblicazioni del Ministero della Salute divise in tre categorie: "Quaderni della Salute", "Relazione sullo stato sanitario del paese" e "Opuscoli".



Endomondo Sports Tracker. Registra la traccia di qualsiasi sport all'aria aperta con durata, distanza percorsa, velocità e calorie consumate. Mostra la storia degli allenamenti e analizza i tempi per ciascun chilometro percorso. Permette di seguire la frequenza cardiaca.



FarmaciaFree descrive più di 9000 formulazioni di circa 3000 farmaci, con 5400 monografie. Nella maggior parte dei casi la monografia è nel formato RCP (Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto). Il repertorio completo, con più di 18mila farmaci, è incluso nell'applicazione FarmaciaPlus (versione a pagamento).



Google Traduttore. Traduce vocaboli e frasi tra più di 60 lingue, comprese italiano e tedesco. Per la maggior parte delle lingue è possibile pronunciare le frasi e ascoltare la relativa traduzione.



HEXAL Englischwörterbuch Medizin. Il dizionario Tedesco-Inglese / Inglese-Tedesco con più di 30.000 vocaboli medici per lingua (60.000 in totale).



Instant Heart Rate. Si trova nei market di diversi sistemi operativi. Si basa sull'osservazione che la cute delle dita cambia leggermente colore ad ogni pulsazione. Basta mettere il polpastrello del dito indice sulla lente della macchina fotografica del telefonino e, con l'aiuto del flash che si accenderà, l'applicazione calcolerà la frequenza cardiaca. Il software probabilmente non permette di apprezzare altre caratteristiche evidenti con la palpazione del polso, ma il calcolo della frequenza è quasi istantaneo.



Radiology 2.0: One Night in the ED. Una galleria di 65 casi di radiologia, raccolti da Daniel Cornfeld, docente alla Yale University School of Medicine. Ogni caso è preceduto da una breve presentazione che consente di formulare un'ipotesi diagnostica; segue una discussione, illustrata in ogni fase da una immagine alla quale sono state aggiunte delle annotazioni per evidenziare i punti importanti. Si può scegliere se visualizzare le radiografie contrassegnate da un numero o dal nome della patologia che illustrano, con o senza annotazioni.



Runkeeper. Registra, archivia e analizza graficamente tutti i dati dell'allenamento: velocità, chilometri percorsi, calorie consumate.



Runtastic Altimeter. Trasforma il dispositivo mobile in un altimetro con l'aggiunta di importanti funzioni come la bussola, le informazioni del tempo, la rivelazione della posizione e informazioni su albe e tramonti.





Runtastic Roadbike. È un ciclocomputer completo. L'integrazione di battito cardiaco, cadenza e sensore di velocità permette registrazioni molto precise e una perfetta analisi delle tue attività sportive.



Sobotta. Storico atlante e punto di riferimento per lo studio delle discipline anatomiche, organizzato per distretti corporei, contiene 786 tavole con oltre 2.000 disegni, una ricca iconografia di tecniche di imaging (radiografie, risonanza magnetica, tomografie), immagini endoscopiche e fotografie intraoperatorie. Possono essere scaricati gratuitamente: Introduzione, il capitolo Anatomia Generale, l'indice analitico con funzionalità di ricerca delle singole voci. L'applicazione permette di: selezionare la tavola desiderata attraverso le miniature di ciascun capitolo; evidenziare il testo all'interno di ogni tavola; utilizzare la funzione "zoom" per ingrandire tutti i dettagli delle singole tavole; creare bookmark e catalogare le tavole preferite; aggiungere le proprie note alle tavole; condividere gli argomenti con le persone del proprio network; testare online la propria preparazione; aggiungere le proprie note alle singole tavole e accedere a una raccolta on-line di quiz di autovalutazione basati sulle tavole dell'Atlante. È acquistabile sia per singolo capitolo sia in versione completa.



WikiPharm. È un prontuario farmaceutico, una guida completa a tutti i farmaci e parafarmaci distribuiti in Italia, a uso umano e veterinario. Consente di cercare tutte le informazioni su ogni farmaco: principio attivo, farmaco equivalente corrispondente, prezzo, differenza di prezzo con l'equivalente, monografia ufficiale, casa farmaceutica, tipo di ricetta necessaria, interazioni con altri farmaci. È anche un portale di notizie sulla salute.



Zanichelli. Dizionario Enciclopedico di Scienze mediche e Biologiche. Italiano-Inglese / Inglese-Italiano. Contiene oltre 50.000 voci relative a più di 70 settori specialistici appartenenti alle discipline di base della medicina e della biologia, compresi alcuni termini utilizzati in medicina molecolare e nel campo delle biotecnologie.

Farmacia di Turno. Con un solo click trovi la farmacia di turno più vicina

Misura Calorie è un'app utilissima per tenere sotto controllo il vostro consumo di calorie nel tempo. Semplice da utilizzare con una grafica accattivante con pochi tap memorizzerete nel vostro diario giornaliero quello che avete consumato.

notizie in pillole a cura di S. Citterio

ESAME AMMISSIONE PROFESSIONI SANITARIE

Il recente decreto Decreto Ministeriale 12 giugno 2013 n. 449, recante "Modalità e contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea ad accesso programmato a livello nazionale a.a. 2013/2014.", ha determinato e aggiornato le modalità di effettuazione delle prove di ammissione identificando il seguente calendario:

Medicina Veterinaria - 3 settembre 2013

Corsi di laurea delle professioni sanitarie - 4 settembre 2013

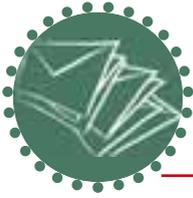
Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria in lingua italiana - 9 settembre 2013

Corsi di laurea e di laurea magistrale a ciclo unico, direttamente finalizzati alla formazione di architetto - 10 settembre 2013

L'articolo 10, relativo ai criteri per l'attribuzione dei 10 punti del bonus maturità, avendo indicato che per i corsi delle professioni sanitarie permane la possibilità per gli Atenei di definire autonomamente i criteri non ha risolto le perplessità e i dubbi relativi. Questo rischia di determinare confusione e iniquità sia fra i vari corsi della stessa Università che fra un Ateneo e l'altro, oltre che a creare difficoltà oggettive nel reperire i dati delle singole commissioni di esame di diploma di ciascun istituto. Ma, soprattutto, non ha introdotto anche per le Professioni Sanitarie il questionario unico nazionale che è vigente per tutti gli altri corsi a numero programmato come Medicina, Odontoiatria e Veterinaria.

(Fonte: MAIL di MASTRILLO e DM citato)





Posta e risposta

46

A cura del presidente DOT, Stefano Citterio

D: Gentile Presidente Sig. Stefano Citterio, ci rivolgiamo a lei per un parere legale e professionale. L'ASL da cui dipendiamo recentemente ci ha comunicato per iscritto una nuova procedura relativa alla somministrazione delle vaccinazioni dell'infanzia e dell'adulto. Tale nuova procedura prevede che:

- l'infermiera professionale raccoglie l'anamnesi prevaccinale;
 - raccoglie il modulo del consenso informato al vaccino;
 - raccoglie il modulo di consenso al trattamento dati;
- decide in piena autonomia se somministrare o no il vaccino;
 - somministra il vaccino apponendo la propria firma sulla cartella vaccinale.

Durante l'espletamento delle attività sopra elencate il medico non è presente all'interno dell'ambulatorio con l'infermiera. Infatti è consentito al medico, durante la seduta vaccinale, svolgere altre attività pur all'interno della medesima struttura. Ci chiediamo se tali attività rientrano nelle competenze del nostro profilo professionale dal momento che, oltre a ciò che attualmente già avviene, cioè la sola somministrazione del vaccino, si aggiunge la responsabilità dell'anamnesi pre vaccinale in completa autonomia e sottoscrizione della cartella.

Restiamo in attesa di un suo riscontro e le porgiamo cordiali saluti.

R: Gent.me Colleghe, ho letto con attenzione i vostri quesiti e ritengo che ciò che vi viene chiesto sia coerente con le responsabilità che oggi la normativa attribuisce all'infermiere. Ciò si deduce anche dal fatto che vi viene chiesto di agire nel rispetto di una procedura aziendale che quindi deve essere formalizzata e opportunamente diffusa/condivisa con tutti gli operatori. Quindi ASL diverse potrebbero indivi-

duare delle modalità operative differenti in relazione alla propria organizzazione o in riferimento a proprie valutazioni. La vostra modalità operativa risulta coerente con quanto è indicato dal piano vaccini della Regione Lombardia (DGR 1587/2005). In questo senso la procedura Aziendale può ritenersi una possibile applicazione concreta della suddetta DGR. Inoltre è opportuno, come suggerisce la stessa delibera, prevedere "...momenti strutturati periodici di confronto e discussione tra gli operatori, necessari per individuare, e recuperare, carenze conoscitive e organizzative". In questo senso sottolineo solamente gli aspetti relativi alle modalità operative per intervenire in caso di urgenza (modalità di chiamata/rintracciabilità del medico, disponibilità di presidi e farmaci per il carrello delle urgenze, modalità di gestione di tali carrelli per mantenerne l'efficienza, ecc. ecc.). La stessa delibera citata riferisce alcuni requisiti essenziali in tal senso.

Suggerisco (se non lo avete già fatto) di specificare in una procedura interna al vostro servizio relativa a come gestire l'urgenza/emergenza.

Diventa quindi pacifico che la compilazione della cartella vaccinale costituisce la documentazione di quanto effettuato come professionisti.

Disponibile per ulteriori chiarimenti vi invio i più cordiali saluti.

Stefano Citterio,
Presidente IPASVI Como

D: Dist. Presidente dott. Stefano Citterio, sono un collega che lavoro come Responsabile dei Servizi Sanitari, mi permetto di disturbarla per porgerle un quesito per me importante.

Lavoro in una struttura che sicuramente Lei già conosce in cui l'attività caratteristica è chirurgica-riabilitativa, in essa vi sono reparti ad alta intensità di cura con tipologie di pazienti anche comatosi, ovviamente si richiedono per questi pazienti da parte del personale sanitario interventi tecnici di alta professionalità come può essere l'esecuzione del-



l'ega da parte dell'infermiere. In realtà la questione di interesse non riguarda gli infermieri ma il personale oss il quale ha reticenza ad espletare la bronco aspirazione solo da cannula tracheale (in quanto non contempliamo da parte di quest'ultimi l'accesso per via nasofaringea). Abbiamo attivato dei corsi di formazione interna (senza ecm) sulla bronco aspirazione rivolti ad infermieri e oss, abbiamo formalizzato una istruzione operativa (in cui però non si specifica la responsabilità dell'oss), vi è poi ovviamente anche la formazione sul campo. Sulla base del profilo dell'OSS con la deliberazione n° VII/005101 seduta del 18 luglio 2007 (inserto speciale di Agorà - ottobre 2008 nr. 40), ho adottato nell'ambito dell'assistenza diretta la linea di attribuire da parte degli infermieri questa attività di "bronco aspirazione" al personale oss considerando i criteri valutativi contenuti nella suddetta delibera quali:

- la complessità del problema di salute del paziente;
- i potenziali risultati negativi nell'espletare l'attività sul paziente (rischio per l'assistito);
- discrezionalità decisoria (attività da attribuire a bassa discrezionalità decisoria e ad alta riproducibilità tecnica);
- la competenza dell'oss, conoscenze acquisite e capacità individuali;
- istruzioni impartite in modo chiaro e preciso (esempio nelle consegne);
- possibilità di supervisione e valutazione, nonché di intervento diretto infermieristico quando necessario.

Pensa che sia una prassi legittima con un percorso così strutturato? dovrò formalizzare una nuova IO inserendo la figura dell'oss? Grazie per le preziose indicazioni che mi potrà dare mi scuso per essere stato prolisso e colgo l'occasione per salutarla cordialmente.

R: Egregio collega,

il Piano Formativo dell'OSS a cui si riferisce non prevede alcuna formazione, né teorica, né pratica, rispetto alla broncoaspirazione da cannula tracheale. Tantomeno prevede l'introduzione di canule e/o sonde di alcun tipo da parte dell'Operatore Socio Sanitario. Secondo la letteratura scientifica, la pratica della broncoaspirazione, anche da cannula tracheale, è potenzialmente rischiosa per la persona assistita e prevede conoscenze e capacità per prevenire o limitare i danni di eventuali eventi avversi. Per questi motivi, può essere affidata solo all'infermiere.

Cordiali saluti.

Il Presidente

Dott. Stefano Citterio

D: Buonasera Stefano, sono a sottoporli in maniera più estesa quanto oggi ti esponevo per telefono. Vado per punti così cerco di essere chiara. Lavoro come "Responsabile delle Attività Riabilitative" presso delle comunità Psichiatriche ad alta media o bassa intensità assistenziale dove operano psichiatri Educatori, Infermieri, ASA, OSS.

Nel contesto di una riunione plenaria la Psichiatra Responsabile Clinica ha dato indicazioni le seguenti indicazioni agli infermieri:

1) la necessità che in assenza del medico in Struttura (e cioè durante i pomeriggi infrasettimanali e durante il Sabato e la Domenica) l'Infermiere scriva sulla cartella clinica:

- Episodi/stati di malessere sistemico (ipotensione, febbre, vomito, ecc.) accusati dal paziente;
- Episodi/stati di malessere mentale che si discostano da quanto vissuto e manifestato dal paziente solitamente;
- Terapie A.B. effettuate e precedentemente prescritte in cartella dalla Psichiatra;
- Professionisti eventualmente chiamati (Psichiatra reperibile, Guardia medica, 118 ecc.);
- Comportamenti assistenziali messi in atto per rispondere ai bisogni/problemi presentati dall'Ospite.

2) La necessità che l'Infermiere - il quale segue il Medico di Base che viene in Struttura a visitare i nostri Ospiti ogni venerdì mattina - scriva sulle cartelle cliniche la terapia eventualmente modificata dal Medico di base; questo in quanto il MMG stampa un report su come trova il paziente e su ciò che sta decidendo per lui, ma questo report talvolta non è molto chiaro. Durante il venerdì è comunque presente in Struttura per quattro ore una Psichiatra. A questo proposito, nel primo pomeriggio di oggi, dopo nuovi accordi fra dr.ssa e Medico di Base, questi ultimi hanno concordato sul fatto che l'Infermiere scriva in cartella clinica la terapia eventualmente modificata dal MMG e poi quest'ultimo apponga la propria firma.

3) Gli Infermieri fanno firmare in cartella clinica anche il Familiare del Paziente che esce dalla Struttura per una notte, al fine di passare a casa con i propri cari mezza/una giornata.

Ho fatto presente alle Psichiatre - fondamentalmente per motivi organizzativi - che gli Infermieri scrivono già tutto ciò che inerisce al proprio lavoro "Modello di Consegna Generale e Infermieristica" che ti allego. Questa scheda è nominale, è numerata, è contenuta in un faldone che raccoglie tutte le informazioni della giornata



sul paziente e può essere consultata da tutti coloro che hanno bisogno di sapere ciò che dal punto di vista infermieristico/assistenziale/educativo è accaduto/stato fatto al paziente. La parte sin. della scheda è di dominio di ASA ed Educatori. La parte dx, invece, è di esclusiva competenza infermieristica.

I motivi organizzativi di cui sopra riguardano il fatto che ogni operatore in Comunità deve già documentare molto.

Nella fattispecie, gli Infermieri che sono i responsabili della salute psicofisica dei Pazienti allorché lo Psichiatra non è presente, se c'è qualche episodio clinico particolare, devono:

- Muoversi con attenzione e sapienza per far star bene il Paziente;
- Decidere chi chiamare (Psichiatra, Guardia medica, 118);
- Coinvolgere o no gli altri Operatori nella situazione che si sta affrontando;
- Scrivere sul modello infermieristico quanto hanno osservato/fatto;
- Dare consegna agli altri Infermieri al cambio-turno, agli altri Operatori, per cosa è opportuno che si continui a fare o no (questo anche su indicazioni della Psichiatra o della Guardia Medica);
- Spuntare la terapia effettuata (ti allego il modello in A3 che usiamo per la terapia);
- Aggiornare il modulo di Psiche (dove rendicontiamo quotidianamente ogni azione che effettuiamo sul Paziente);
- Scrivere poi sulla cartella clinica;
- Avisare la Psichiatra durante e al termine di ciò che è accaduto;

Per questi e altri motivi (sostanzialmente attinenti al fatto che, come tu ben sai, nel mondo della Sanità c'è tantissima carta da compilare e da "stoccare") chiedevo che fossero le Psichiatre stesse ad aggiornare le cartelle cliniche per evitare ripetizioni e doppioni documentativi.

Le Psichiatre hanno detto che, sul piano legale, la cartella clinica è di fatto l'unico documento probante di ciò che viene rilevato/non rilevato, fatto/non fatto per il Paziente. La scheda infermieristica a loro avviso è un "di più". Inoltre loro hanno espresso il desiderio e la necessità che tutto ciò che avviene in loro assenza sia descritto in cartella clinica in modo tempestivo, affinché non ci sia discontinuità e si possa agevolmente ricostruire la storia del Paziente.

Io ho espresso il mio disaccordo su entrambe queste posizioni per questi motivi:

- il Fascicolo socio-sanitario è composto da tutta

la documentazione inerente l'Ospite. Ogni figura professionale ha un proprio documento su cui scrivere. Per quel che ne so, l'ASL non chiede che la Psichiatra sia presente oltre le 6 ore che mediamente fa al giorno sulle Comunità e non chiede che sia presente il Sabato e la Domenica dove esiste solo la reperibilità psichiatrica. Credo non possa quindi pretendere che la Psichiatra scriva in cartella clinica se non è fisicamente in Struttura. Ma non mi risulta nemmeno che l'ASL o una legge dello Stato Italiano obblighi l'Infermiere a scrivere in cartella clinica quando il Medico è assente. Però magari io non sono sufficientemente informata.

- L'Infermiere ha invece il dovere di rendere disponibile ciò che ha documentato sul proprio strumento di lavoro e sa che la documentazione da lui compilata entrerà a tutti gli effetti a far parte del Fascicolo Socio-Sanitario a disposizione dell'ASL, dei vertici Aziendali, del Giudice e di chiunque abbia titolo per farne richiesta. Se la documentazione clinica infermieristica non dovesse avere alcun valore mi chiedo come mai il Giudice in alcuni casi visti in Ospedale e in una RSA della zona in cui ho fatto consulenza - ha sequestrato non solo la cartella medica, ma anche la consegna infermieristica e persino quella degli ASA. Le dottoresse mi hanno detto che in tutte le Comunità in cui loro hanno lavorato, gli Infermieri hanno sempre scritto sulla cartella clinica.

Infine ho chiesto alle Psichiatre che la trascrizione della terapia internistica in cartella clinica venga fatta dalla Psichiatra presente il venerdì mattina. Non credo sia il caso di far entrare nel merito di una procedura squisitamente medica (cioè la prescrizione terapeutica) un Infermiere, soprattutto se un medico in Comunità è presente.

Stante così le cose non oso chiedere ciò che vedo fare dai Medici in ospedale: essi scrivono direttamente sul foglio di terapia quanto hanno già deciso nella loro cartella clinica...e così non ci sono errori di trascrizione.

Per cortesia avrei bisogno un tuo parere sulla questione legale che le Psichiatre hanno sollevato e che impatta sul profilo operativo degli Infermieri.

Ringrazio e saluto cordialmente.

R: Per rispondere al tuo dettagliato ed articolato quesito è utile premettere cosa si intende per Cartella Clinica. In diversi documenti (cito solo il Manuale sulla Cartella Clinica di Regione Lombardia del 2007) è ormai assodato che per



Cartella Clinica si intende il «**fascicolo che, per ogni episodio di ricovero, consta di una pluralità di documenti recanti informazioni relative alla persona assistita e alle attività clinico assistenziali poste in essere da personale a ciò abilitato**». Questa definizione è alla base anche del recente "Manuale della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" emanato nel febbraio 2013 dalla Regione Lombardia e di cui mi pregio aver contribuito alla stesura.

Da questa premessa consegue che quanto richiesto (direi correttamente) nel punto 1, ovvero la necessità di documentare quanto avvenuto in assenza del personale Medico Specialista, è già assolto dalla formale compilazione della documentazione in essere. Di conseguenza la trascrizione di quanto già documentato sul modulo n. 42 "consegna infermieristica", risulterebbe una trascrizione foriera di possibili errori ed incongruenze che potrebbero generare ulteriori criticità. È importante che le annotazioni degli infermieri siano datate, firmate e trascritte in ordine cronologico (con l'indicazione anche dell'ora).

Rispetto ai diversi aspetti della Terapia (sollevati in più punti) è opportuno ricordare che l'infermiere ha la responsabilità di "garantire le prescrizioni diagnostiche terapeutiche" mentre la responsabilità della prescrizione è del Medico. Pre-scrivere significa appunto "scrivere prima" evitando trascrizioni o copie fonte di possibili errori.

a) Non capisco il ruolo dei MMG nella vostra struttura. Il pz. è sotto la responsabilità dello psichiatra? Il MMG agisce come consulente o come Medico di Guardia?

Le terapie del consulente dovrebbero essere confermate e prescritte dal medico responsabile del pz. Mentre, se il MMG agisce come possibile prescrittore o come Medico di Guardia deve utilizzare gli stessi strumenti di prescrizione che utilizza il medico responsabile.

Le eventuali consulenze devono trovare già la loro registrazione in Cartella Clinica (in appositi spazi, moduli o direttamente nel foglio di diario in base, ad esempio, alla struttura della documentazione) e di conseguenza non è opportuno trascriverle.

b) La raccomandazione Ministeriale n. 7 fornisce precise indicazioni sulle modalità di gestione della terapia suggerendo l'adozione della "scheda unica di terapia" che consente di tracciare le diverse fasi del processo di gestione dei farmaci. Per queste ragioni ritengo "poco sicuro" trascrivere le terapie. Non sarebbe più utile e funzionale che il Medico prescrittore (specialista o MMG) scri-

va direttamente sul foglio di terapia? e apponga la propria firma/signa? L'infermiere deve invece annotare l'avvenuta somministrazione siglando a sua volta.

In questo senso la scheda di terapia che avete è piuttosto lacunosa. Comprendo che non si tratta di una struttura Ospedaliera ma alcuni principi valgono ovunque e il loro rispetto, pur nella difficoltà organizzativa per realizzarli, rappresenta la garanzia migliore per le persone assistite e per gli operatori. Anche in caso di possibili contenziosi.

c) Per le terapie al Bisogno è opportuno un chiarimento. In questo caso parliamo di "prescrizioni condizionate", ovvero di una prescrizione che si deve realizzare se avviene un determinato evento. Per questo, il medico che prescrive al bisogno deve indicare in modo chiaro quale è l'evento che deve determinare la somministrazione (es. temperatura superiore a 38°C) evitando annotazioni generiche o interpretabili. È anche opportuno indicare la dose massima (es. non più di 3 supposte nelle 24 ore) e l'intervallo di tempo tra una somministrazione e l'altra (es. ad intervalli non inferiori alle 4 ore). Le somministrazioni al bisogno prescritte correttamente possono essere anche annotate nel foglio di terapia, anche se va registrata (da parte degli infermieri) la valutazione che ha condotto alla somministrazione della terapia al bisogno. Tale valutazione può essere indicata nella consegna infermieristica.

Sul punto 3) non ho sufficienti elementi per esprimermi.

Condivido le tue osservazioni conclusive e ribadisco la definizione iniziale di Cartella Clinica (che vale anche per il fascicolo socio-sanitario) da cui discende il valore legale dei documenti compilati dai diversi professionisti coinvolti nel processo di cura e assistenza alla persona.

Il problema quindi si sposta da un piano giuridico-legale ad un piano strettamente organizzativo, dove sono possibili più scelte relative alla gestione/strutturazione della documentazione socio-sanitaria.

Perché non valutate l'adozione di un "foglio di diario" unico e integrato? E di un foglio unico di terapia? Spero di essere stato sufficientemente esauriente e di aiuto ad individuare le scelte più utili per la vostra organizzazione.

Resto a disposizione per eventuali ulteriori quesiti.

Cordiali saluti.
Stefano Citterio
Presidente IPASVI Como



L'alimentazione della persona in trattamento dialitico

Cinzia Lurati - infermiera presso U.O. Dialisi Az. Ospedaliera S. Anna - Como

Rossana Grilli - caposala presso U.O. Dialisi Az. Ospedaliera S. Anna - Como

Si ringrazia per la collaborazione la Sig.ra Rossana Brunelli - dietista presso Az. Ospedaliera S. Anna - Como

50

All'inizio del trattamento dialitico è importante introdurre un programma dietetico adeguato; nel caso dell'emodialisi si tratta di terapia sostitutiva ovvero povera di liquidi e ricca di proteine.

Il nostro obiettivo sarà quello di rendere la persona in trattamento dialitico autonoma nel gestire la propria alimentazione al fine di migliorare il proprio benessere.

In dialisi il paziente deve comprendere tre principi fondamentali:

- non deve ridurre l'apporto calorico;
- non deve mangiare di meno;
- deve solo ricordare alcune indicazioni particolari quali:
 1. pesarsi ogni mattina con gli stessi vestiti per tener sotto controllo il peso;
 2. misurare la razione di liquidi con un contenitore graduato;
 3. ridurre la quantità di sale nelle pietanze e limitare gli alimenti ricchi di sale;
 4. limitare gli alimenti ricchi di potassio.

LIQUIDI E BILANCIO IDRICO IN DIALISI

Nei pazienti dializzati si riscontra maggiormente un eccesso di assunzione di liquidi con importanti incrementi ponderali che possono comportare affaticamento cardiaco, scompenso globale e insorgenza di EPA. Inoltre con l'eccessivo incremento di peso a volte si rende necessario impostare un' ultrafiltrazione più elevata, ma questo a volte comporta l'insorgere di sintomi quali crampi muscolari, ipotensione, vomito alimentare.

L'apporto liquido giornaliero permesso è intorno ai 500 ml più il corrispondente delle urine emesse quando la diuresi è ancora presente. L'aumento di peso non dovrebbe essere superiore al 3-4% del peso corporeo.

IL POTASSIO IN DIALISI

Nella maggioranza dei pazienti è indispensabile una dieta a basso contenuto di potassio in quanto l'iperpotassiemia costituisce un pericolo di vita. L'apporto consigliato è di 2000-2500 mg/die.

Consigli per il paziente:

- consigliare di tagliare le verdure a pezzetti e bollirle in abbondante liquido cambiando l'acqua a metà cottura; così si ottiene una perdita di potassio superiore al 30%;
- vietare la cottura al vapore, in pentola a pressione o microonde perchè questi metodi di cottura non permettono la perdita di sostanze.

LE PROTEINE IN DIALISI

In dialisi aumenta il fabbisogno proteico perchè molti amminoacidi vengono persi con il filtro di dialisi. L'assunzione nei pazienti dializzati dovrebbe essere pari a 1,2-1,5 gr per kg di peso corporeo. L'insufficiente apporto si manifesta con riduzione dell'appetito e della massa muscolare, astenia, ipotensione, aumento degli edemi.

Consigli per il paziente:

- assunzione almeno una volta/die di proteine animali (carne, pesce, uova, latticini) e di proteine vegetali (pane e pasta);
- assunzione di almeno 1 o 2 volte la settimana di piatto unico a base di pasta/pane e legumi (naturalmente vanno lessati prima del consumo);
- non usare alimenti integrali perchè contengono fosforo e potassio.

APPORTO ENERGETICO IN DIALISI

È importante il mantenimento di un adeguato apporto energetico; il fabbisogno non deve essere inferiore a 35-40 kcal/kg al giorno in modo par-



ticolare in alcuni momenti di stress quali infezioni, malattie ricorrenti o interventi chirurgici.

IL SODIO IN DIALISI

In alcune situazioni, soprattutto nei pazienti che non riescono a controllare lo stimolo della sete, si rende necessario introdurre una dieta iposodica. L'introito di sodio nei dializzati è di 1800-2500 mg/die equivalente a circa 4-6 grammi di sale da cucina.

Consigli per il paziente:

- aggiungere sale solo a fine cottura nell'acqua della pasta o del riso;
- usare erbe aromatiche per insaporire;
- tenere a disposizione per l'intera giornata la quantità di sale permessa.

CALCIO E FOSFORO IN DIALISI

Sono sostanze importanti nel metabolismo dell'osso ma anche delle pareti di arterie e muscoli. Quando si altera l'equilibrio calcio/fosforo insorgono sintomi quali prurito, dolori ossei, artrosi, osteodistrofia, fragilità ossea con rischio di fratture patologiche, calcificazioni vascolari e parenchimali (tunnel carpale).

Il calcio introdotto con la dieta spesso non è sufficiente a coprire il fabbisogno quindi si rende necessario una supplementazione (calcio carbonato).

L'introduzione di proteine comporta anche una maggiore introduzione di fosforo; quest'ultimo viene poco eliminato con il rene artificiale perciò anche in questo caso si rende necessario l'assunzione di chelanti del fosforo (prodotti che si legano al fosforo a livello intestinale e ne riducono l'assorbimento)

L'apporto di fosforo consigliato è di 1000-1400 mg/die.

Consigli per il paziente:

- i formaggi vanno consumati 1-2 volte la settimana preferibilmente freschi;
- consumare 3-4 uova alla settimana tenendo presente che il tuorlo è ricco di fosforo;
- consumare il pesce 2-4 volte alla settimana.

COME ORGANIZZARE I PASTI

Frazionare l'alimentazione in almeno 3 pasti principali (colazione pranzo e cena); possono essere aggiunti anche 1 o 2 spuntini a metà mattina/pomeriggio.

La COLAZIONE è un pasto indispensabile perché durante la notte di solito non si mangia e al mattino le riserve energetiche sono esaurite.

Il PRANZO dovrebbe essere il pasto principale della giornata. Non deve essere troppo abbondante, ma neanche troppo leggero.

La CENA invece non deve essere troppo abbondante.

Lo SPUNTINO deve essere un pasto leggero; si può consumare frutta o un piccolo pezzo di dolce secco o di pizza bianca o pane e olio ecc. Da ricordare che i pazienti che fanno dialisi la mattina non devono arrivare digiuni; i pazienti che fanno dialisi al pomeriggio o sera devono pranzare due ore prima della seduta con pasti non troppo abbondanti.

LE QUATTRO REGOLE D'ORO DELLA DIALISI

1. AIUTARE LA DIALISI: ovvero attenersi alla prescrizione dialitica sia per la modalità sia per il tempo;
2. SEGUIRE LA DIETA;
3. ASSUMERE I FARMACI con regolarità e secondo quanto prescritto dal medico;
4. FARE ATTIVITA' FISICA camminare, andare in bicicletta, nuotare

BIBLIOGRAFIA

INTERNET

dall'indirizzo www.emodialisi.altervista.org

MATERIALE INFORMATIVO

"mantiene l'organismo in equilibrio" Genzyme

"mangiare con gusto" Shire

TECNICHE NEFROLOGICHE E DIALITICHE 2009

di U. Buoncrisiani e N.Di Paolo



Eventi formativi iscrizioni on-line

DAL MESE DI OTTOBRE, SARÀ INTRODOTTA LA NUOVA PROCEDURA PER L'ISCRIZIONE AI CORSI FORMATIVI RESIDENZIALI ORGANIZZATI DAL COLLEGIO IPASVI DI COMO.

L'UNICA MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SARÀ LA REGISTRAZIONE ON LINE
(non sarà quindi più possibile procedere all'iscrizione telefonicamente oppure recandosi in segreteria)

52

Per tale nuova modalità è **INDISPENSABILE** possedere un indirizzo **PEC**, pertanto, chi non avesse già provveduto all'attivazione può farlo, richiedendola gratuitamente al Collegio, inviando il modulo di adesione (disponibile sul sito web) unitamente alla fotocopia della carta di identità.

I liberi professionisti, sono invece pregati di comunicare in segreteria la propria PEC che viene fornita gratuitamente da ENPAPI. Se sprovvisti di PEC ENPAPI, **anche i liberi professionisti**, possono richiederla gratuitamente al Collegio.

PRIMA FASE

Entro **settembre**, tutti i possessori di PEC, (**è fondamentale che l'indirizzo PEC, se non attivato con il Collegio, sia stato precedentemente comunicato in forma scritta in segreteria**) riceveranno via PEC un messaggio con il quale verrà comunicata la password (codice alfanumerico) personale per ogni iscritto, che unitamente al proprio indirizzo PEC e codice fiscale, consentirà l'utilizzo della nuova modalità di iscrizione ai corsi del Collegio IPASVI di Como.

SECONDA FASE

Iscrizione ai corsi

Dalla home page del Collegio www.ipasvicomo.it, ci sarà il link per accedere all'area dedicata ai corsi:



Presenterà la seguente schermata iniziale:



53

Dove saranno disponibili nel menù in alto tutte le informazioni necessarie per le varie fasi della registrazione ai corsi.

ISTRUZIONI COME ISCRIVERSI

Per iscriversi agli eventi formativi è necessario accedere all'elenco dei corsi dal tasto **ISCRIZIONI**.

1. Per ogni evento formativo troverai indicato:
 - Titolo*
 - file in pdf del programma dell'evento*
 - sede di svolgimento*
 - data evento*
 - data apertura iscrizioni*
 - crediti ECM*
 - costi*
 - figure professionali a cui è rivolto l'evento*
 - posti a disposizione*
2. Scelto il corso, tramite il tasto **iscrizione**, compariranno i tuoi dati anagrafici. Verificata la correttezza dei dati (in caso non risultassero corretti e/o aggiornati, bisognerà comunicare in segreteria la richiesta di variazione dati, via mail info@ipasvico.com, PEC como@ipasvi.legalmail.it o fax 031/262538), indicare con estensione corretta l'indirizzo PEC al quale verrà inviata la conferma dell'avvenuta iscrizione.
3. Ricevuta per posta PEC la conferma di iscrizione, (contenente il **codice di controllo** da utilizzare per tutte le procedure) seguire le istruzioni per il pagamento, scegliendo la modalità preferita.

4. Per il pagamento con carta di credito procedere seguendo le istruzioni; in questo caso, l'iscrizione è completa e verrà inviata mail di conferma. Per il pagamento con bollettino postale o bonifico bancario, ricordarsi di inserire, tramite il tasto **invia pagamento**, la data del versamento effettuato, entro 7 giorni dall'iscrizione per non incorrere nella cancellazione automatica del sistema.
5. In qualsiasi momento è possibile verificare la propria iscrizione (tasto **Verifica Iscrizione**) oppure cancellarsi (tasto **Cancella Iscrizione**) utilizzando il codice ricevuto con la conferma di iscrizione.
6. Nel caso non ci fossero più posti a disposizione, per chi lo desidera, si potrà procedere ad iscriversi nella lista d'attesa tramite il tasto **lista d'attesa**. L'interessato riceverà quindi una PEC di conferma dell'inserimento del proprio nominativo nella lista d'attesa del corso scelto. Nell'eventualità di rinuncia di un iscritto, il sistema provvederà automaticamente ad inviare al nominativo ripescato una mail con le istruzioni per procedere all'iscrizione.

Per eventuali segnalazioni cliccare il link segnalazioni problemi. Grazie

SI RICORDA CHE LA QUOTA DI ISCRIZIONE NON È RIMBORSABILE, SALVO CASI PARTICOLARI VALUTATI SINGOLARMENTE.



METODI DI PAGAMENTO

Questa opzione, indicherà le modalità di pagamento della quota di iscrizione. Le modalità consentite saranno: c/c postale, bonifico bancario e **la nuova modalità di pagamento con carta di credito**.

ISCRIZIONI

Con questo tasto si procederà direttamente all'iscrizione ad un evento formativo, seguendo le indicazioni sopra riportate. Alla data di apertura di un evento, cliccando sul tasto iscrivimi si procederà alla registrazione.

CANCELLA ISCRIZIONI

Questa opzione, consentirà di procedere alla cancellazione del proprio nominativo, ad un evento al quale ci si era iscritti, inserendo codice fiscale e codice di controllo.

VERIFICA ISCRIZIONI

Questa opzione consentirà, inserendo le proprie credenziali (codice fiscale e codice di controllo), di verificare lo stato della propria iscrizione ad un evento formativo.

INVIA PAGAMENTO

Questa opzione consentirà di inserire la data e modalità di pagamento, unitamente al codice di controllo assegnato all'atto dell'iscrizione. Una volta effettuato il pagamento, se si utilizza c/c postale o bonifico bancario, bisognerà inserire nell'apposito spazio la data di effettivo pagamento. In caso di utilizzo della carta di credito, il sistema procederà in automatico alla registrazione del pagamento nella fase dell'iscrizione.

RICHIEDI CREDENZIALI

Chi, per motivi diversi, non avesse ricevuto alcuna comunicazione o avesse erroneamente cancellato il messaggio con l'indicazione della password, potrà richiedere le proprie credenziali comunicando il proprio indirizzo PEC (è fondamentale che l'indirizzo PEC, se non attivato con il Collegio, sia stato precedentemente comunicato in forma scritta in segreteria).

SEGNALA PROBLEMI

Infine, accedendo a questo tasto, in caso di problemi tecnici o segnalazioni ritenute importanti per malfunzionamento del sistema, sarà possibile inviare una PEC di segnalazione.

Il sistema, come detto, sarà a regime dal prossimo mese di settembre, quindi la prima iscrizione con questa nuova modalità sarà per l'evento "La gestione del tempo quando non c'è tempo" che svolgeremo il giorno 16 novembre 2013. Data apertura evento 16 ottobre 2013 ore 08.30.

In ogni caso, il personale di segreteria, negli orari di apertura, sarà a disposizione per ulteriori informazioni o dubbi sulle modalità operative.

Per gli iscritti ad altri Collegi IPASVI, la registrazione ai corsi potrà avvenire solo se in possesso di PEC; l'accesso, dove previsto, sarà consentito accedendo nell'area dedicata. I colleghi dovranno per ogni corso compilare un form con i propri dati anagrafici. Per il resto le indicazioni operative saranno le stesse sopra descritte 

EVENTI FORMATIVI SECONDO SEMESTRE 2013

Di seguito indichiamo gli eventi formativi in programmazione per il secondo semestre.

Alcuni programmi sono già stati pubblicati sul n. 52 di Agorà. Sono comunque reperibili sul sito web del Collegio www.ipasvicomo.it.

EVENTO	SEDE	DATA	DATA APERTURA	CREDITI
La libera professione in ambito sanitario come risorsa per il cliente Starting Work	Como Centro Card. Ferrari	5/12/19 settembre	17 luglio 2013	12
La gestione delle maxi emergenze	Como Centro Card. Ferrari	25 settembre 2012	3 settembre 2013	In attesa
Appropriatezza delle cure	Como Centro Card. Ferrari	17 ottobre 2013	18 settembre 2013	15
La gestione del tempo quando non c'è tempo Format	Como Centro Card. Ferrari	16 novembre 2013	16 ottobre 2013 ore 8.30 iscrizioni on line	In attesa
Assistenza infermieristica al paziente in stato vegetativo: le esperienze delle strutture lungodengenziali del territorio	Como Card. Ferrari	20 novembre 2013	18 ottobre 2013 ore 8.30 iscrizioni on line	In attesa
Il consenso informato per l'infermiere: approccio tecnico-professionale e filosofico FBF	Como Centro Card. Ferrari	3 dicembre 2013	6 novembre 2013 ore 8.30 iscrizioni on line	8



Destinatari:

30 Infermieri,
Infermieri
Pediatrici/Vigilatrici
D'infanzia

Costo

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

Data apertura evento:

3 settembre 2013
e fino ad esaurimento
posti

Pre-accreditamento
ECM/CPD Azienda
Ospedaliera S,Anna
di Como. Ai fini
dell'attestazione dei
crediti formativi ECM
è necessaria la
presenza effettiva al
100% della durata
complessiva
dell'evento formativo
e l'esito positivo della
verifica di
apprendimento.

Crediti ecm richiesti

GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE

25 settembre 2013
Como Centro Cardinal Ferrari

Docenti

Dott.ssa Alessandra Castelli

*Dirigente Medico - Servizio di Anestesia e Rianimazione II - AAT 118 Como,
Azienda Ospedaliera Ospedale Sant'Anna Como*

Inf. Michele Clerici

referente L.A.S. Maxiemergenza AAT 118 Como - AREU Lombardia

Ing. Tiziana Arena

*Funzionario responsabile del Servizio Emergenze e Volontariato
Provincia di Como - Protezione Civile*

55

PROGRAMMA

8.30-9.00

- ▷ Presentazione del corso - Inf. M. Clerici

9.00-9.45

- ▷ Definizione di catastrofe e medicina delle catastrofi, aspetti legislativi, strutture di coordinamento - Dott.ssa A. Castelli

9.45-11.15

- ▷ Pc Provinciale, ruolo in maxiemergenza - Ing. T. Arena

11.15-11.30 - Pausa

11.30-12.30

- ▷ Triage, visione braccialetti, cartellini di triage, "simulazione", visione filmato - Inf. M. Clerici ATT Como dott.ssa A. Castelli

12.30-13.30 - Pausa pranzo

13.30-14.00

- ▷ Figure di riferimento, visione pettorine - Inf. M. Clerici

14.00-15.00

- ▷ Casi particolari: incidenti con sostanze pericolose - dott.ssa A. Castelli

15.00-15.15 - Pausa

15.15-15.45

- ▷ Catena del soccorso ed evacuazione - Inf. M. Clerici

15.45- 16.15

- ▷ Visione filmato incidente autostradale di Vicenza

16.15- 17.00

- ▷ Comunicazione con i media: caratteristiche, chi comunica - dott.ssa A. Castelli

17.00-17.45

- ▷ Valutazione finale: questionario di apprendimento e gradimento ECM e chiusura dei lavori

