ISSN 2281-9479

Dicembre 2013 - N. 54

Agorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



S. Alessandro a Lasnigo

La rivista è consultabile sul sito www.ipasvicomo.it

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

in questo numero

EDITORIALE
Intensità di cure e assistenza infermieristica: spunti di riflessione 2

ATTUALITÀ
I sindacati della dirigenza medica e sanitaria (non proprio tutti) si oppongono allo sviluppo delle competenze degli infermieri 5
Chi ha paura di un infermiere qualificato? 8
Master infermieri di sala operatoria all'Insubria. Intervista al prof. Carcano 9
Libera professione infermieristica: scenari, prospettive e riflessioni 11
L'assistenza libero professionale in sanità e settore sociosanitario: per gli infermieri una opportunità da costruire 13
La libera professione infermieristica prospettive, percorsi, metodi e strumenti 15
Infermieri pediatrici sulle ambulanze del 118 17
Orari di lavoro dei liberi professionisti in RSA 19
Basta la partita iva per essere liberi professionisti? 22
VI conferenza nazionale delle politiche della professione infermieristica 27
Perchè investire sullo sviluppo delle competenze in chiave manageriale 28
Assicurazione obbligatoria per tutti o solo per i liberi professionisti? 30

È EVIDENTE CHE...
gli interventi non farmacologici attraverso i quali l'infermiere previene l'insorgenza del delirium nella persona anziana ospedalizzata 31

DALLA PARTE DEL BAMBINO
17 novembre World Prematurity Day 36

DIRITTO E ROVESCIO
La Contenzione dei pazienti: doveri e responsabilità 38

NEWS FROM THE WEB 42

POSTA E RISPOSTA 43

INFERMIERI AL CINEMA 46

ARTICOLI ORIGINALI
Raccomandazioni sul corretto utilizzo dei social media da parte degli infermieri 49

DAL COLLEGIO
Commissione formazione 52
Determina della CNFC del 17 luglio 2013 52
Eventi formativi 57
Lettera di una neolaureata 58
Iscrizioni e cancellazioni 59

EDITORIALE

INTENSITÀ DI CURE E ASSISTENZA INFERMIERISTICA: SPUNTI DI RIFLESSIONE

a cura del dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

L'ospedale è l'organizzazione più complessa tra quelle moderne in continuo adattamento interno per rispondere ai cambiamenti nell'offerta e nella domanda di cure. Nel sistema italiano e sul fronte internazionale sta maturando una nuova visione dell'Ospedale basata sul modello per Intensità di cure (Federico Lega, SDA Bocconi, 2012).

In Italia diverse Regioni (Emilia Romagna, Toscana e Lombardia) stanno procedendo alla diffusione di tale modello secondo forme e modalità differenti.

Questa nuova visione, mette al centro il paziente, attorno al quale ruota l'intera struttura Ospedaliera.

Tale organizzazione supera il concetto tradizionale di Unità Operativa (connotata dalla specialità medica) per costruire Unità Organizzative multispecialistiche che rispondono alla necessità di integrazione multidisciplinare attorno al bisogno del paziente per superare la frammentazione degli attuali flussi diagnostico-terapeutici, per ottimizzare le tecnologie disponibili e favorire l'utilizzo flessibile dei posti letto in funzione della domanda e non più su schemi rigidi predefiniti.

Se ci pensiamo bene, il modello di intensità di cure, rimettendo al centro dell'ospedale il paziente, non fa altro che riprendere in chiave moderna l'originalità e il senso stesso delle strutture ospedaliere e assistenziali proponendo una forma organizzativa nuova che cerca di individuare una risposta credibile alle necessità determinate dai recenti quadri epidemiologici e demografici (aumento patologie croniche, incremento grandi anziani, comorbilità…).

La modifica dei bisogni sanitari determina una domanda di salute che chiede di uscire dalle risposte classiche e tradizionali e che deve fare i conti con la sostenibilità del sistema in termini non solo economici ma anche tenendo conto degli sviluppi delle

professioni sanitarie.
Il modello per intensità di cure attribuisce specifiche competenze agli infermieri. La regione Emilia Romagna esplicita che "al medico …. resta in capo la responsabilità di tutto il percorso diagnostico e terapeutico (mentre) … all'infermiere è affidata la gestione assistenziale per tutto il tempo del ricovero" specificando che "questa nuova organizzazione consente al medico di concentrarsi sulle proprie competenze distintive e di esercitarle nelle diverse piattaforme logistiche di ricovero, ovunque siano i pazienti di cui ha la responsabilità clinica o alla cui cura concorre; al tempo stesso consente all'infermiere di valorizzare appieno le proprie competenze professionali e il proprio ruolo".
Diventa essenziale nella innovazione organizzativa del modello per intensità di cure la "specializzazione e gestione delle competenze professionali", in particolare dal punto di vista infermieristico. La fig.1 sintetizza la complessità insita nel concetto stesso di "competenza", che origina ed è determinata da molteplici fattori. Ad un determinato livello di competenza sono legati i comportamenti, influenzati dal ruolo e dalla motivazione.
La "prestazione efficace", potremmo dire "competente" non è mai il frutto di un percorso meccanico e automatico ma deriva da un processo dinamico in continuo mutamento.
Nel Convegno "Lo sviluppo delle competenze infermieristiche: quali orientamenti, quali implicazioni?" organizzato dall'IPASVI di Como nel febbraio 2013, Mangiacavalli partendo da questo concetto di competenza e dalle nuove esigenze del SSN ha individuato alcune sfide/necessità che la professione infermieristica deve affrontare:

- *capacità di progettazione e governo organizzativo*
- *chiara definizione delle funzioni e delle responsabilità*
- *condivisione di profili di competenza e di responsabilità*
- *gestione delle risorse a tutto tondo*
- *implementazione di metodi e strumenti per governare la complessità ed il rischio clinico*

Mangiavalli ci ha rappresentato anche l'opportunità dello sviluppo di nuovi ruoli infermieristici, espressione delle aumentate competenze dei professionisti:

- *infermiere di famiglia/di comunità*

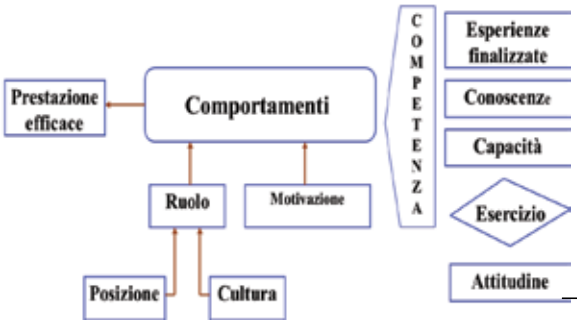


Figura 1. La competenza secondo Spencer/Spencer

- *infermiere di processo*
- *infermiere care/disease/case manager*
- *infermiere bed manager*
- *tutor clinico/assistenziale*

Alcuni di questi ruoli, faticosamente, sono già agiti dagli infermieri in forma più o meno strutturata, mentre in altre situazioni vi sono progetti e sperimentazioni in diverse realtà Sanitarie (anche della nostra provincia).

In linea generale potremmo dire che ciò che viene richiesto dal sistema è una INNOVAZIONE DELLE COMPETENZE e un DIVERSO UTILIZZO DELLE COMPETENZE già in essere.

"Per l'infermiere del futuro diventa essenziale accrescere le capacità di presa in carico dell'assistito

DEFINIZIONE DI INTENSITÀ DI CURA:
livello di cura richiesto dal caso conseguente ad una valutazione di instabilità clinica (associata a alterazioni dei parametri vitali) e di complessità assistenziale (medica ed infermieristica). L'assistenza per intensità di cura prevede tre livelli:

- un livello di intensità alta che comprende le degenze intensive e sub-intensive (ad esempio rianimazione, unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC), Stroke unit per ictus...);
- un livello di intensità media che comprende le degenze suddivise per aree funzionali (area medica, chirurgica, materno-infantile ...);
- un livello di intensità bassa dedicato ai pazienti post-acuti e (in base ai modelli) anche alla riabilitazione.

con l'utilizzo di metodi e strumenti scientifici e manageriali, aumentare la capacità di integrarsi e lavorare in equipe multi-professionali, migliorare la capacità di presidiare il percorso del paziente in termini di tempo, interventi, esiti, la capacità di cambiare, vincere la resilienza, riposizionarsi, rivedere formazione, competenze, abitudini, stabilità" (Mangiacavalli – 2013)

Tutto ciò diventa una precondizione e si amplifica dove viene introdotto il modello per intensità di cure.

Le diverse esperienze presenti sul territorio nazionale e internazionale suggeriscono che il modello di intensità di cure deve necessariamente essere adattato alla specificità dell'Ospedale nel quale si intende applicarlo. Anche il percorso per arrivare alla sua realizzazione risente del contesto e non si sviluppa in modo lineare o predefinito. Questi due fatti possono esitare in una valutazione di incompiutezza del modello nella propria organizzazione incrementano il senso di incertezza e di instabilità che qualsiasi cambiamento porta con sé.

Considerando che le struttura Sanitarie sono in continua evoluzione è interessante scoprire quale è il compito che spetta a ognuno di noi.

Mi viene da riassumerlo in questo modo: prendere sul serio la responsabilità di quello facciamo, nei diversi contesti e nei diversi livelli organizzativi. Sembra poco, ma è tutto. Perché passa tutto da lì. Anche la crescita e lo sviluppo dell'intera professione oppure il successo o l'insuccesso di un modello

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Atti del CONVEGNO NAZIONALE Modelli di assistenza ospedaliera per intensità di cura, Bologna 29-30 marzo 2012;
- Mangiacavalli B. "Lo Sviluppo delle competenze Infermieristiche: quali implicazioni organizzative?", atti Convegno IPASVI Como del 22 febbraio 2013.

www.ipasvicomo.it

Agorà
Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

Direttore Responsabile: Stefano Citterio
Comitato di Redazione: Citterio Stefano, Pozzi Paola Mariella, Ronchetti Oreste, Trombetta Monica
Segreteria di Redazione: Daniela Sereni, Daniela Zanini
Sede, Redazione, Amministrazione: Collegio IPASVI - Viale C. Battisti, 8 - 22100 Como
Proprietario: Collegio IPASVI - Como
Impaginazione e stampa: Elpo Edizioni - Como www.elpoedizioni.com
Foto di copertina Monica Riva
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 19 dicembre 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.

I sindacati della dirigenza medica e sanitaria (non proprio tutti) si oppongono allo sviluppo delle competenze degli infermieri

a cura del dott. Stefano Citterio Presidente del Collegio Ipasvi di Como

Lo scorso anno (cfr. Agorà n. 50, luglio 2012) era iniziato un dibattito circa la possibilità di prevedere (finalmente!) quanto previsto dall'art. 6 della legge 43/2006 relativamente alla formazione specialistica degli infermieri.
Con molta difficoltà e non senza polemiche il percorso iniziato aveva prodotto una bozza di proposta di sviluppo di competenze della professione infermieristica (quella del gennaio 2013 – cfr. Agorà n. 52) che pur con molti limiti aveva cercato di individuare una possibile strada da percorrere per introdurre le c.d. specializzazioni infermieristiche e uscire così dallo stallo quasi ventennale.
Lo scorso novembre, quasi a ciel sereno, la maggioranza dei sindacati della Dirigenza Medica e Sanitaria (con l'interessamento anche di alcune professioni che poco interagiscono con gli infermieri!!) trasmettono una lettera al Ministero della salute di completa obiezione alla proposta sulle competenze Infermieristiche.
Pur comprendendo la necessità di dialogo e massima condivisione non si capisce perché questi sindacati debbano esprimere un parere sulla proposta. Ciò significa che ad ogni modifica o proposta che riguarda la professione medica dovrebbero essere sentite anche le OO.SS. del comparto?
I sintesi le obiezioni di natura normativa, giuridica e contrattuale sollevate dalla componente sindacale medica e sanitaria riguardano:

1) il rischio di attribuzioni improprie all'infermiere specializzato che riguarderebbero altre professioni (i primis il medico) con rischi di confusione di ruoli e responsabilità, non ultimo rispetto alla presunta potestà certificatoria degli infermieri, che sarebbe già una errata interpretazione del ruolo della nostra professione;
2) il rischio potenziale di eccessive differenze regionali/locali sia nei percorsi che nelle attribuzioni con diverse implicazioni di natura professionale e contrattuale;
3) la legittimazione specialistica dei master;
4) l'attribuzione della formazione professionale di personale del SSN all'Università senza alcuna preventiva valutazione della capacità formativa;
5) la necessità di introdurre una tale modifica normativa con altri strumenti normativi e non tramite un accordo stato-regioni.

Questo scritto dei sindacati, richiama alla mente lo slogan storico che recitava "chi ha paura di un infermiere più qualificato?". Alcuni medici, non tutti per fortuna (tra i firmatari non ci sono i Medici della CGIL e della UIL), ragionano come se l'infermiere fosse ancora quello legato al mansionario, come se non ci fosse stato un reale percorso di crescita da parte della professione infermieristica i cui primi beneficiari, dopo la persona assistita potrebbero essere gli stessi medici.
Tutti si riempiono la bocca di parole come "collaborazione professionale", "lavoro d'equipe", "approccio multidisciplinare", "presa in carico", "continuità delle cure", (e l'elenco potrebbe proseguire ancora) ma, concretamente, cosa vogliono dire queste parole? Come è possibile applicarle nel concreto dell'assistenza e cura alle persone se non si pensa ad un ruolo paritetico tra i diversi professionisti coinvolti che, in relazione alle competenze necessarie, assumono un ruolo di primo fra pari nella gestione del caso?
Questi medici affermano (teoricamente) di credere e volere un infermiere più qualificato

ma, appena si ipotizza un qualsiasi cambiamento, la reazione è sempre la stessa: "fermi tutti, non si può mettere in discussione la centralità del medico (come se fosse l'unico autorizzato ad avere la responsabilità sul paziente), la via è un'altra, le priorità sono altre, e cosi via. In una girandola di pareri e dichiarazioni che, nei fatti, impediscono qualsiasi modifica della situazione attuale che invece mostra quotidianamente tutti i propri limiti.
Se consideriamo il quadro epidemiologico attuale è evidente come la prevalenza delle patologie croniche e la cronicizzazione di patologie che prima erano acute, rendono preponderanti le attività assistenziali rispetto alla prestazioni diagnostico terapeutiche. **Nella gestione quotidiana della cronicità** (che è una tra le criticità del sistema) si inserisce il ruolo decisivo di sintesi e di accompagnamento svolto dagli infermieri.
Per questo è necessario che siano riconosciute e formalizzate le competenze che gli infermieri hanno sviluppato e che già frequentemente agiscono nella loro attività quotidiana. Nessun infermiere vuole o pretende di sostituirsi al medico nel fare diagnosi o nella prescrizione di terapie, ma quello che vogliamo affermare è ciò che è scritto nel nostro profilo " la responsabilità dell'assistenza infermieristica". Che questa responsabilità possa prevedere delle specializzazioni è abbastanza ovvio, tant'è che è una previsione normativa sia del profilo stesso (Dm 739/94) che della legge 43/2006. Tra l'altro leggendo i documenti approvati sulle competenze infermieristiche non si intravedono proprio questi rischi di prevaricazione del ruolo del medico.
Da queste poche battute si comprende come la SPECIALIZZAZIONE DEGLI INFERMIERI SIA UTILE ALLA PERSONA ASSISTITA E AL SISTEMA SANITARIO NEL SUO COMPLESSO. Non risponde certo a derive corporativistiche o ad interessi (anche se legittimi) di categoria.
Anzi, da questo percorso originano, per gli infermieri, ulteriori responsabilità.
La proposta del tavolo ministeriale prevede anche un "Osservatorio nazionale delle buone pratiche professionali e organizzative" che ha proprio il compito di ricondurre ad una unitarietà le possibili differenze tra le diverse applicazioni regionali della bozza.
L'Università è in crisi, questo può essere vero, ma ciò non giustifica quello che viene sostenuto da questi sindacati. Perché non ipotizzano di fare i loro percorsi formativi fuori dall'Università? Non mi pare che si sia detta la stessa cosa quando le Università hanno attivato Master per gli Infermieri?
Personalmente auspicherei che la formazione specialistica degli infermieri fosse fatta non attraverso i master ma attraverso specifiche scuole di specializzazione infermieristiche. Queste scuole dovrebbero nascere dalla collaborazione tra Aziende Sanitarie e Università.
L'unico aspetto su cui si può essere parzialmente d'accordo è che anziché utilizzare lo strumento dell'accordo stato regioni si sarebbe potuto intraprendere una via legislativa differente. Ma, ancora una volta, siamo alla osservazione di metodo e non sul reale contenuto della proposta.

Ecco la lettera, dello scorso 20 novembre, con la quale i sindacati Medici esprimo il loro parere sulla bozza di accordo relativa allo sviluppo delle competenze Infermieristiche chiedendone il blocco. Ricordiamo che il documento era stato licenziato dal tavolo di lavoro e trasmesso per la sua approvazione alla Conferenza Stato Regioni già prima della fine della scorsa legislatura.

On. Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute
e, per conoscenza
Al Presidente Conferenza Stato Regioni
Al Coordinatore Commissione salute delle Regioni
Al Presidente Comitato di Settore Comparto Sanitario
Roma 20 novembre 2013
Prot. n. 244/2013/Snrm

Con riferimento all'incontro avvenuto presso il Ministero della salute il 28 ottobre u.s., concernente la *"Bozza di Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali* dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico",

anche alla luce delle posizioni espresse in tale occasione, l'unica, nell'iter di tale accordo, in cui sono state convocate le OOSS della Dirigenza Medica e Sanitaria, si intende rappresentare quanto segue.

Nel demandare all'Accordo Stato-Regioni la ridefinizione delle suddette competenze e responsabilità emergono alcune criticità, oltre che sul piano dei rapporti con le altre professioni, quella medica in primis, anche sotto altri profili: normativo, giuridico, contrattuale.

Configurandosi, infatti, tali modifiche come una legittimazione ad esercitare, de facto, competenze proprie di altre categorie professionali, le quali dovrebbero essere definite parallelamente de jure, appare appropriato uno specifico percorso legislativo, anche per evitare conflitti di ruoli e di responsabilità che sarebbero inevitabilmente generati dalla conseguente confusione nei rispettivi ambiti.

Nella sua impostazione generale l'intero articolato della Bozza di Accordo oggetto dell'incontro prevede esplicitamente, per competenze professionali che dovrebbero rispettare criteri uniformi a livello nazionale, una potenziale differenziazione nei diversi contesti regionali, e addirittura in quelli locali, attraverso accordi pattizi sconosciuti alla legislazione in materia. Il comma 3 dell'articolo 3 riconosce, addirittura, alle singole Università un'autonoma discrezionalità, fonte di ulteriore disomogeneità applicativa delle regole. Ciò, nonostante il comma 2 dell'art. 1 si proponga di riportare le applicazioni finora declinate come esperienze regionali e aziendali nell'alveo di una vision meno frammentata della *mission*, in capo al nostro SSN, di garanzia al cittadino/paziente.

Inoltre, l'art. 3 parrebbe mettere sullo stesso piano le esigenze regionali con quelle professionali, quasi che queste ultime rappresentino un fine, e non invece un mezzo, di garanzia della salute (comma 2) ed afferma, in sostanza, che le pattuizioni decentrate costituiranno elementi di vincolo alla contrattazione nazionale, invertendo in questo modo il loro rapporto con precisi criteri nazionali di garanzia procedurale (comma 4).

Un'ulteriore criticità emerge dall'ipotesi di percorsi formativi del tutto confondibili con i percorsi di specializzazione universitaria previsti per l'area medica. Essi, infatti, rappresenterebbero, con ogni probabilità, una legittimazione specialistica di quegli stessi master, già in essere, che hanno finora dimostrato di porsi in una prospettiva di completa indipendenza istituzionale rispetto alla formazione professionale del personale del SSN, talora autoreferenziando le proprie qualifiche formative. Non è un caso che proprio alcuni *master* abbiano condotto, per esempio, a correnti di pensiero che già oggi considerano erroneamente legittime, per l'infermiere, potestà "certificatorie" che la legge riserva invece esclusivamente al medico, sostenendo che la compilazione infermieristica della scheda di triage in PS o in Emergenza Territoriale rappresenti una certificazione stilata da pubblico ufficiale, mentre trattasi, a norma di legge, di un'attestazione redatta da incaricato di pubblico servizio. Né appare, comunque, condivisibile il fatto che, ancora una volta, la formazione professionale di personale del SSN sia appaltata ad una diversa istituzione, attraversata peraltro da una innegabile crisi, senza nemmeno una verifica delle capacità formative disponibili.

Alla luce di quanto esposto si chiede alla S.V. di voler riconsiderare l'iter previsto per il provvedimento esaminato, prevedendo ulteriori e più specifici momenti di confronto sulle procedure da adottare, necessariamente supportati da studi di fattibilità in un più globale disegno di razionalizzazione degli effettivi fabbisogni, anche al fine di apportare al testo le necessarie modifiche.

Distinti saluti.

Costantino Troise ANAAO ASSOMED
Riccardo Cassi CIMO-ASMD
Alessandro Vergallo AAROI-EMAC
Aldo Grasselli FVM
Francesco Lucà FASSID
Biagio Papotto CISL MEDICI
Carmine Gigli FESMED
Raffaele Perrone Donnorso ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI
Alberto Spanò SDS SNABI
Antonio Castorina SINAFO
Mario Sellini AUPI

Chi ha paura di un infermiere qualificato?

tratto da www.ipasvi.it

Nel Consiglio nazionale ultimo scorso (del 29 novembre 2013, ndr) abbiamo affrontato, tra le altre, una tematica per noi di particolare rilevanza. Abbiamo ragionato delle competenze che definiscono l'assistenza infermieristica, della loro fisiologica - e già comunemente diffusa - evoluzione, di sperimentazioni ancora più innovative attuate dai nostri colleghi infermieri in numerosi luoghi del nostro Paese e dell'aspettativa, già normata in una legge del lontano 2006, di giungere, finalmente, alla figura dell'infermiere specialista. Cosicché quelle sperimentazioni ed altre ed ulteriori ancora, possano strutturarsi e ridefinirsi nel loro costrutto anche con l'approfondimento disciplinare conseguente a percorsi formativi e di ricerca nelle aree di intervento delineate nell'approvando documento sulle competenze specialistiche.

Abbiamo collaborato, dimostrato spirito critico ma costruttivo e, soprattutto, biennale pazienza. Abbiamo, infine, sollecitato e chiesto che un documento, su cui erano state accolte osservazioni e, da tempo, raggiunta la condivisione di intenti, completasse il suo iter procedurale approdando al tavolo della Conferenza Stato Regioni. In risposta abbiamo ricevuto il veto da un raggruppamento di sigle sindacali della dirigenza medica e sanitaria, con argomentazioni più che confutabili e analisi di flebile contenuto. Qualcuno si è premurato di metterci in guardia: stiamo "delegando" la funzione effettiva di assistenza all'Oss, perché è quella la funzione effettiva di assistenza che, unica, connota l'identità e la specificità della professione infermieristica. Gli interventi di questi "qualcuno" si sforzano di farci capire qual è l'idea vincente di infermiere: ma che processo di nursing, ma che metodologia e scientificità nella rilevazione e soddisfazione dei bisogni, ma che responsabilità 24 su 24 nel fare terapia e processo diagnostico, ma che funzione formativa, educativa, relazionale. Ma quale ampliamento orizzontale delle cure e dell'assistenza primaria. Ma quale counseling, quale estensività assistenziale, quale assistenza e medicina d'iniziativa!

Dobbiamo avere pazienza - che diamine! - i tempi non sono maturi. Potremo evolvere le nostre arzigogolate e pericolose competenze solo se e quando gli altri - che unici possono rilevare le necessità dei cittadini - avranno deciso, forse, di farlo a loro volta. Ossia beati gli ultimi se i primi sono illuminati! Ma non basta. Abbiamo anche i gaudiosi - pochissimi ma decisamente autocentranti sul loro livore iconoclastico - sostenitori del muoia Sansone, ossia il Consiglio nazionale che si è democraticamente e all'unanimità espresso il 29 novembre, con tutti i Filistei, ossia gli infermieri!

Questi "qualcuno" esaltano, in tutta la storia, quelli che ci raccomandano di non delegare la nostra vera e unica funzione di effettiva assistenza all'Oss (che, secondo loro, saranno gli infermieri del futuro). Quelli che ci invitano a continuare a pazientare e ad aspettare che il mondo cambi perché così poi, forse, potremmo chiedere sommessamente se è rimasto qualcosa anche per noi. Quelli che dissertano su quanto sia "delicata" ed intoccabile l'organizzazione del lavoro e non su quanto sia delicato, per loro, parlare di equilibri di potere e di un ineludibile riposizionamento sociale e lavorativo.

Bene, i giochi sono sempre più scoperti e chiari e su questi giochi è bene che tutti insieme si rifletta pacatamente, ma puntualmente. L'assistenza infermieristica, la professione infermieristica e gli infermieri sono altro e ben di più di quello che qualcuno insiste a voler impropriamente narrare. Si reclutino pure improbabili armate; noi continuiamo - senza accettare provocazioni - nel nostro percorso, disponibili ad un confronto serio e costruttivo con tutti, Oss, medici, altre professionisti e rappresentanti dei cittadini, nella ferma convinzione che un infermiere più formato e più qualificato serva ai singoli e alla collettività nazionale e internazionale. Che di un infermiere con aggiornate, innovate e specialistiche competenze si possano giovare tutti e, non da ultime, le strutture sanitarie per sostenere e rilanciare il Sistema salute del Paese.

E con questo spirito … noi, unanimemente concordi andiamo avanti!

Consiglio nazionale del 29 novembre u.s.

Si é svolto oggi, a Firenze, il Consiglio Nazionale IPASVI. Chiaro e unanime l'orientamento e la decisione dei Presidenti Provinciali.

Analisi della situazione, dibattito e unanime conclusione. Il documento sulle competenze specialistiche degli infermieri deve andare avanti.

Il Consiglio nazionale si è concluso con un mandato chiaro e forte dei Presidenti dei Collegi provinciali al Comitato centrale della Federazione nazionale Collegi Ipasvi:

- sì alla centralitá della persona assistita
- sì alla pari dignitá dei professionisti che ruotano attorno alla persona e ai suoi bisogni di cura e di assistenza
- sì all'innovazione dei percorsi curativi ed assistenziali per la sostenibilità del SSN,
- no a qualunque forma di veto sullo sviluppo della nostra disciplina,
- no ad ogni mistificazione del ruolo dell'assistenza infermieristica e della funzione degli infermieri,
- no ad ogni tentativo di tirare indietro le lancette dello nostro sviluppo scientifico e del nostro ulteriore percorso di professionalizzazione.

Attendiamo risposte; se il tempo dell'attesa sarà lungo, ci rimetteremo in marcia come abbiamo già fatto per conquistare il nostro profilo professionale. Se sará necessario lo rifaremo per rivendicare il nostro ulteriore sviluppo professionale chiedendoci e chiedendo nuovamente: chi ha paura di un infermiere più qualificato?

INTERVISTA PROF. Giulio Carcano

Università dell'Insubria: pubblicato il Bando per il primo Master in Infermieristica di Sala Operatoria

*a cura del dott. Stefano Citterio**

Con l'attivazione del "Master di I livello per Infermiere di Sala Operatoria", percorso formativo che ha lo scopo di formare professionisti qualificati all'assistenza specialistica in sala operatoria, l'Università degli Studi dell'Insubria di Varese ha compiuto una scelta storica.
E' in assoluto il PRIMO MASTER che l'Ateneo dedica agli Infermieri e la sede principale sarà l'Azienda Ospedaliera - Ospedale Sant'Anna di Como.
A questo proposito intervistiamo il Prof. Giulio Carcano, Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Insubria, e Direttore del MASTER appena istituito.



Prof. Giulio Carcano
Ordinario di Chirurgia Generale
Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Morfologiche

Presidente Corso di Laurea in Infermieristica
Direttore Master per Infermiere di Sala Operatoria
Università degli Studi dell'Insubria

Responsabile SSD Chirurgia generale ad indirizzo Trapiantologico
A.O. Universitaria Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi

D. Buongiorno professor Carcano. La prima domanda in realtà ne contiene due, ma è opportuno farle assieme: Perché un Master in Infermieristica? Quali sono le motivazioni della scelta di tale percorso nel contesto della sala operatoria?

R. Il progetto del Master nasce dal desiderio di valorizzare la professione infermieristica conferendone un valore culturale e formativo anche nell'ambito delle specializzazioni.
La formazione infermieristica ha vissuto in questi ultimi anni notevoli evoluzioni, tuttavia non risultano numerosi i percorsi formativi specifici attivati per l'esercizio della professione in ambiti specialistici come quello perioperatorio e perianestesiologico. Le caratteristiche peculiari di un ambito perioperatorio e perianestesiologico, oltre all'elevata complessità assistenziale, strutturale ed organizzativa, richiedono competenze specifiche che possono essere acquisite solo con un percorso formativo di tipo avanzato. Basti pensare alla complessità degli interventi che l'infermiere attua nei periodi pre, intra e post operatorio, sino al risveglio controllato del paziente. Le moderne sale operatorie sono caratterizzate dall'utilizzo di tecnologie ad elevata complessità, frequentemente innovate grazie ai progressi compiuti in campo scientifico e tecnologico e alle nuove acquisizioni in campo chirurgico e anestesiologico. Questi rapidi cambiamenti investono proprio l'ambito di esercizio professionale in Sala Operatoria e portano alla necessità di acquisire competenze specialistiche avanzate.

D. Ci potrebbe sintetizzare quali sono gli obiettivi che questo Master si prefigge? Perché la scelta della sede di Como?

R. Attraverso questo percorso formativo il professionista acquisisce la preparazione culturale e pratica necessaria per governare sia gli aspetti relativi alla strumentazione sul campo operatorio e in centrale di sterilizzazione, sia quelli correlati alla condotta anestesiologica in sala operatoria e in *Post Anesthesia Care Unit*. Le competenze professionali presenti nella realtà ospedaliera delle sedi convenzionate con l'Ateneo garantiscono la possibilità di realizzare una formazione di alto livello in tutti gli ambiti della pratica anestesiologica e chirurgica.
In particolare, la sede di Como consente un brillante connubio fra la didattica delle discipline infermieristiche e la pratica professionalizzante, come provato dalla preziosa collaborazione con il personale della sede del Corso di Laurea in Infermieristica e con il Collegio IPASVI in Como.

D. Secondo lei, in questo momento di difficoltà anche per i nostri neolaureati a trovare lavoro, cosa può offrire in più questo Master? Perché un infermiere dovrebbe scegliere questo percorso formativo?

R. La sala operatoria risulta uno dei principali ambiti di esercizio della professione infermieristica: all'interno di essa è presente un elevatissimo turnover. Le aziende ospedaliere si trovano quindi nella necessità di investire molte risorse nel tentativo di "formare sul campo" professionisti in grado di governare tutti gli aspetti dell'assistenza infermieristica. Il percorso formativo offre alle aziende il vantaggio di poter contare su infermieri già competenti.

All'estero i Master rappresentano criterio esclusivo per l'esercizio della professione infermieristica in sala operatoria, ed anche in Italia i concorsi di recente bando riconoscono questi titoli come criterio preferenziale per l'assunzione, a livello di retribuzione e di funzione dirigenziale. Per i già assunti potrebbero aumentare le opportunità di mobilità interna. Indipendentemente dal riconoscimento, il percorso formativo garantisce un aumento del livello di competenza e della qualità delle perfomance offerte alle persone.

Domanda: Un ostacolo alla iscrizione può essere rappresentato dal contributo economico necessario per iscriversi. Può dirci qualcosa di confortante in proposito?

R. Questo Master ha una durata biennale, quindi con un'offerta didattica pari al doppio di quella di altri Atenei ma con un costo comunque competitivo. Siamo riusciti ad ottenere, grazie al convenzionamento con un Istituto di Credito, la possibilità di un prestito "agevolato", che prevede una restituzione con rate mensili accessibili.

Ringrazio il Dott. Citterio per l'attenzione che sempre dimostra alle iniziative dell'Ateneo e confido che il Master si riveli uno strumento utile alla formazione, obiettivo condiviso tra le due Istituzioni

Per Ulteriori informazioni consultare il sito dell'Ateneo al seguente link: http://www4.uninsubria.it/on-line/home/naviga-per-profilo/laureato/master.html



**Presidente Collegio IPASVI di Como*

Libera professione infermieristica: scenari, prospettive e riflessioni

Tratto dal sito www.ipasvi.it
27/11/2013 - La sintesi dei lavori della seconda Giornata nazionale celebrata a Bologna. Presto on line tutti gli atti. A ridosso dell'evento, il comitato centrale Ipasvi ha deciso di ritirare la firma della Federazione da tutti i documenti ministeriali in cui si riconosca solo la figura medica al centro di processi di innovazione sanitaria e sociosanitaria.



Prendere coscienza delle mutate condizioni socioeconomiche del Paese e vivere una stagione di rilancio professionale seguendo i nuovi bisogni di salute del cittadino e le nuove tendenze del "mercato" dell'assistenza alla persona.
La seconda **Giornata nazionale sulla libera professione infermieristica**, celebrata a Bologna domenica 24 novembre, è caduta in un momento storico estremamente "fluido", in virtù dei numerosi cambiamenti in atto sul fronte della presa in carico dei bisogni assistenziali nonché dell'acceso dibattito sulle competenze delle figure professionali coinvolte in questo processo, in un quadro di costante riduzione di risorse economiche a disposizione del comparto sanitario, legato a doppio filo ad un Pil ai minimi storici da lungo periodo.
Libera professione come "piano B" da adottare in tempi di crisi o nuova strada da imboccare per completare il processo di affrancamento dai vecchi stereotipi che hanno contraddistinto l'infermiere in Italia?
Le possibili risposte a questo "dilemma" si sono sono palesate sin dai primi interventi, introdotti da **Maria Adele Schirru** e **Beatrice Mazzoleni**, componenti del comitato centrale della Federazione.
Roberto Orlandi, del Comitato Unitario Professioni, se da un lato ha parlato senza alcun dubbio di "infermiere come professione intellettuale", non ha potuto tuttavia tacere la difficile condizione patita attualmente dai liberi professionisti italiani, soffocati da norme poco flessibili e penalizzanti dal punto di vista della fiscalità.
Gilberto Gentili, presidente nazionale Confederazione associazioni regionali di distretto (Card), si è spinto in un'analisi a tutto tondo del momento attuale: "E' mutato il quadro assistenziale e della cronicità. Viviamo di più ma viviamo male gli anni finali della vita, con spese crescenti e caregiver familiari in diminuzione. L'assistenza domiciliare deve vedere protagonisti gli infermieri, ancora più dei medici. Non esistono hub&spoke, siamo tutti hub, nessuna professione può farcela da sola, soprattutto in un contesto economico in cui dobbiamo guardarci anche dalla concorrenza della sanità low cost oltrefrontiera".
Tonino Aceti (Tribunale dei diritti del malato - Cittadinanzattiva) ha quindi lanciato l'idea di un patto per la salute tra infermieri e cittadini.
Ma la Giornata di Bologna è stata anche l'occasione per illustrare ai presenti un'anteprima dei risultati di un'indagine sulla libera professione infermieristica e sull'assistenza sanitaria condotta dal Censis. La vice direttrice del centro di ricerca, **Carla Collicelli**, ha riportato in sala, dati alla mano, una ventata di ottimismo.
"Si creeranno spazi per modelli innovativi di organizzazione territoriale, con significative possibilità occupazionali. Bisogna vincere la paura e saper gestire il cambiamento, promuovendo pratiche che mettano al centro i bisogni di salute e sanitari dei cittadini, anche

in un contesto alternativo all'ospedale propriamente detto".
Le conclusioni della mattinata sono state affidate alla presidente nazionale Ipasvi, la senatrice **Annalisa Silvestro**.
"Allo stato attuale, è abbastanza prevedibile che i nostri ospedali non vivranno una nuova fase di crescita e implementazione organica. Abbiamo anzi conferma dell'uscita dal sistema ospedaliero di circa 20mila infermieri. Il modello futuro ci parla di un ospedale specializzato a trattare emergenze e acuzie; parallelamente la domanda di salute dovrà essere intercettata al livello territoriale, in cui gli infermieri sono chiamati a svolgere un ruolo di primaria importanza, che vada oltre la monade dei medici di medicina generale".
A questo proposito, il comitato centrale Ipasvi, riunitosi sabato 23 novembre, ha deciso di ritirare la firma della Federazione da tutti i documenti ministeriali in cui si riconosca solo la figura medica al centro di processi di innovazione sanitaria e sociosanitaria.
La Giornata è proseguita con tavole rotonde, contributi ed esperienze di chi già opera come libero professionista. I numeri di questo fenomeno sono stati elaborati dall'Enpapi, la cassa previdenziale degli infermieri. Il presidente **Mario Schiavon** ha ricordato che il 60% degli infermieri liberi professionisti lavora con partita iva; il 27% con contratti di collaborazione coordinata e continuativa; il 13% all'interno di studi associati. La rilevanza dei rapporti di collaborazione ha indotto l'Ente ad istituire una gestione separata *ad hoc*. Enpapi infatti costituisce, attraverso la sua funzione previdenziale e assistenziale, l'osservatorio privilegiato sullo sviluppo della libera professione infermieristica. Non a caso, dal 2000 il numero degli iscritti attivi è quintuplicato. "
Dal rapporto Censis - ha spiegato Schiavon - emerge che nel solo 2012 sono stati circa 3 milioni gli italiani che hanno dichiarato di essersi avvalsi di un infermiere, di cui 1,4 milioni per assistenza continuativa e 1,6 milioni per assistenza una tantum.
Il valore economico di queste prestazioni, sempre secondo il rapporto, si aggira intorno agli 850 milioni. Come negare che ci siano alte potenzialità di crescita in questo settore?".
Tutti gli atti (audio degli interventi e slide) tra qualche giorno saranno disponibili on line su questo portale

notizie in pillole a cura di S. Citterio

CONCORSO INFERMIERI POLIZIA DI STATO: LA FN RICORRE AL TAR

Su iniziativa della FNC IPA-SVI, cui hanno aderito i Collegi provinciali IPASVI di Bergamo, Roma, Napoli, Torino e Verona, è stato notificato il ricorso al TAR Lazio contro il bando del concorso pubblico per 56 posti di vice revisore tecnico infermiere, per il settore sanitario della Polizia di Stato.
Il ricorso non mira a bloccare il concorso (infatti, non è stata presentata l'istanza di sospensione cautelare), ma a fare dichiarare l'illegittimità di due norme del bando:

- l'art. 2, nella parte in cui non richiede tra i requisiti necessari per l'ammissione al concorso l'iscrizione all'Albo degli Infermieri, così violando la legge 43/2006, che stabilisce l'obbligo dell'iscrizione all'albo professionale per tutti gli infermieri;
- l'art. 7, nella parte in cui, anche rinviando all'allegato al bando, prevede che la prova scritta debba vertere per il 50% sulle nozioni teoriche relative ai compiti previsti in un mansionario dell'infermiere che ancora oggi è applicato nella Polizia, così violando la legge 42/1999 che, come noto, ha abrogato ogni tipologia mansionariale per gli infermieri.

Con questo ricorso la Federazione ha inteso tutelare tanto la professionalità degli infermieri, quanto il diritto alla salute di coloro che si rivolgono agli infermieri appartenenti ai ruoli della Polizia di Stato.

L'assistenza libero professionale in sanità e settore sociosanitario: per gli infermieri una opportunità da costruire

di Carla Collicelli, Fondazione CENSIS
Sintesi dell'intervento effettuato alla seconda Conferenza Nazionale sulla Libera professione Infermieritica – Bologna, 24 novembre 2013

Carla Collicelli, già nota la pubblico Infermieristico dopo la sua partecipazione all'ultimo congresso IPASVI, ha presentato una relazione in 4 punti. Nel primo ha evidenziato sulla base dell'indagine condotta dal Censis per conto della Federazione IPASVI che ben l'84,2% degli intervistati, nel caso in cui un proprio figlio/nipote/amico manifestasse l'intenzione di voler fare l'inermiere, ritiene che sia una scelta da incoraggiare come si evidenzia nello schema 1.



Sempre da questa indagine Censis emergono anche i motivi per cui questa scelta è da sostenere. Inoltre, la decisione del numero chiuso per il corso di Laurea in Infermieristica viene considerato un errore dalla grande maggioranza degli intervistati, pari al 61,3% del totale.
Nel secondo punto del suo intervento Collicelli ha affrontato il tema della nostra professione all'interno della attuale crisi della sanità mettendo in evidenza la riduzione significativa degli infermieri occupati nel Servizio Sanitario. In particolare i dati che si riferiscono alle sole Aziende Ospedaliere ha visto una riduzione di oltre il 30% degli organici infermieristici, con punte più significative nelle Regioni con piani di rientro.

PERCHÉ FARE L'INFERMIERE È UNA BUONA SCELTA

Principali motivi per cui gli intervistati consiglierebbero ad un figlio/parente/amico di iscriversi al corso di laurea in Scienze infermieristiche (val. %)

	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 anni e più	Totale
Ha un alto valore sociale, di aiuto verso gli altri	71,2	74,5	79,8	78,1	76,6
Si trova facilmente occupazione	44,5	48,0	47,4	46,5	46,9
Ci sono prospettive di carriera	13,9	9,0	7,2	8,1	8,9
È tutto sommato ben retribuito	10,5	6,6	9,6	8,4	8,6

Fonte: Indagine Censis, 2012

In termini assoluti in meno di un decennio (dal 2001 al 2010) sono stati persi oltre 20.000 posti di lavoro nel Sistema Sanitario.



In realtà, e siamo al terzo punto trattato dalla relatrice, dal quadro epidemiolgico emerge con chiarezza come cronicità e non autosufficienza incrementino progressivamente la domanda di prestazioni infermieristiche. I dati Censis evidenziano che esiste un mercato significativo di prestazioni infermieristiche la cui domanda proviene direttamente dai pazienti e famigliari. Nel 2012 sono circa 3 milioni gli Italiani che hanno fatto ricorso per se stessi o per un proprio famigliare ad un infermiere pagando di tasca propria. Di questi, 1,4 milioni per una assistenza continuativa mentre 1,6 milioni per avere una

prestazione una tantum. Il valore monetario delle prestazioni scambiate risulta pari ad oltre 850 milioni. Si tratta di un **mercato significativo** in termini di risorse mobilitate, con forti potenzialità di crescita che assume forma di uno scambio prevalentemente molecolare tra unità famigliari e singoli infermieri, anche se ci sono esperienze di cooperative o di altri organismi associati.

Da ciò deriva che **il mercato delle prestazioni libero professionali infermieristiche È GIÀ QUI, È IN CRESCITA, intercetta bisogni reali, destinati a crescere, che stentano a trovare risposte appropriate e laddove possibile diventano domanda pagante, totalmente privata a carico delle famiglie.**

Nel quarto punto, Collicelli ha affrontato il tema del lavoro autonomo come opportunità occupazionale per gli infermieri sia come

L'occupazione nel Servizio sanitario

Alcuni dati di riferimento

	2001	2010	Diff. assoluta
Personale dipendente	648.633	590.223	-58.410
Sanitario	437.431	414.803	-22.628
Medici e odontoiatri	99.698	99.216	-482
Personale infermieristico	259.972	239.401	-20.571

logica conclusione di quanto esposto nei punti precedenti e sia come vera crescita e sviluppo della professione del futuro sostenendo che **l'upgrading infermieristico o sarà nella sanità territorializzata o non sarà...**

(sintesi non rivista dall'autore)

notizie in pillole a cura di S. Citterio

HIV/AIDS. REPORT 2012: 3.853 NUOVE DIAGNOSI. MENO CASI TRA GLI STRANIERI. I DATI DELL'ISS

L'incidenza è stata di 6,5 nuovi casi ogni 100.000 residenti. Più della metà delle nuove diagnosi sono state registrate in Lombardia (27,6%), Lazio (14,5%) ed Emilia Romagna (10,4%). I casi tra gli stranieri sono stati 991 contro i 1.145 del 2011. Ma resta alta la percentuale di diagnosi tardiva, che sfiora il 57%. I dati del Centro Operativo Aids dell'Iss. 13 NOV - Quasi 57 mila nuove diagnosi di infezione da Hiv nel periodo 1985-2012. Nel 2010 sono state 3.948, nel 2011 sono state 3.752, nel 2011 sono state 3.853, con un incidenza del 6,5 ogni 100.000 residenti. I dati arrivato dall'ultimo bollettino del Centro Operativo Aids dell'Iss, che sottolinea come, nel 2012, più della metà delle segnalazioni sono pervenute da tre regioni: Lombardia (27,6%), Lazio (14,5%) ed Emilia-Romagna (10,4%). Quanto all'età della diagnosi, nel 2012 la classe più rappresentata è stata quella 30-39 anni (33,0%). Le nuove diagnosi di Hiv hanno riguardato 3.041 uomini e 810 donne (in due casi il sesso non è stato precisato).

Dalla metà degli anni '80 a oggi la distribuzione dei casi per modalità di trasmissione ha subito un notevole cambiamento: la proporzione di IDU (cioè tra i tossicodipendenti) è diminuita dal 76,2% nel 1985 al 5,3% nel 2012, mentre sono aumentati i casi attribuibili a trasmissione sessuale. In particolare, i casi attribuibili a trasmissione eterosessuale sono aumentati dall'1,7% nel 1985 al 42,7% nel 2012 e i casi attribuibili a trasmissione tra MSM (uomini che fanno sesso con gli uomini) nello stesso periodo sono aumentati dal 6,3% al 37,9%. Nel 2012 la modalità di "trasmissione verticale" (cioè da madre incinta a figlio) ha contribuito per lo 0,2% del totale dei casi segnalati e quella "sangue e/o derivati" per lo 0,3%. Il rapporto sottolinea come, peraltro, il numero delle nuove diagnosi di infezione da Hiv in MSM sia cresciuto del 18,7% tra il 2010 e il 2012, mentre sia diminuito il numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV in maschi eterosessuali del 7%, in femmine eterosessuali del 15,7% e in IDU del 20,9%, nello stesso periodo. Quanto al capitolo stranieri, la proporzione di questi tra le nuove diagnosi di infezione da HIV e aumentata dall'11% nel 1992 a un massimo di 32,9% nel 2006; nel 2012 era del 25,7%, con un numero assoluto di casi inferiore rispetto al 2011 (991 contro 1.145). Nel 2012 la distribuzione per area geografica di provenienza mostra che il 47,2% di stranieri con una nuova diagnosi di infezione da HIV proveniva dall'Africa, il 25,6% dai Paesi dell'Europea centrale e orientale, il 20,2% dall'America meridionale, il 4,8% dall'Asia. Nel 2012, il 59,9% dei casi in stranieri era costituito da maschi e la classe di età più rappresentata era 30-34 anni per i maschi (17,0%) e 25-29 anni per le donne (18,3%).

Nel 2012, tra gli stranieri, i rapporti eterosessuali rappresentavano la modalità di trasmissione più frequente: il 29,7% erano maschi eterosessuali e il 33,0% erano femmine eterosessuali. Gli MSM rappresentavano il 18,2% e gli IDU il 3,3% del totale delle nuove diagnosi di infezione da HIV in stranieri. La percentuale di persone che arrivano alla diagnosi di Hiv in uno stato di salute compromesso, i cosiddetti Late presenter, inconsapevoli di avere il virus, continua ad aumentare. Nel 2012 erano il 56,8%, di cui 37,8% in Aids.

(tratto da www.quotidianosanità.it)

La libera professione infermieristica prospettive, percorsi, metodi e strumenti

*di Mario Schiavon**
Sintesi dell'intervento alla Seconda Conferenza Nazionale sulla Libera professione Infermieristica – Bologna 24 novembre 2013

Il Presidente Schiavon ha presentato in sintesi alcuni dati che contraddistinguono la popolazione degli iscritti alla cassa di previdenza ENPAPI.
Gli iscritti sono 52.409, di cui 30.635 contribuenti (55,62%) e 20.712 iscritti esonerati, ovvero che non versano contributi (37,61%). Coloro che percepiscono il contributo pensionistico sono 1.062 (pari al 4,84%) mentre i cancellati sono 2.667 pari al 4,84%.



Si registra un progressivo incremento degli iscritti negli anni come eviziato dal grafico dedicato.



Se si considera la distribuzione per fasce d'età degli iscritti contribuenti, risulta prevalente quella tra i 41 e 50 anni (30,74%), anche se rilevante è la fascia d'età dei più giovani tra i 21 e 30 anni che è rappesentata dal 19,91%. Se si analizzano le tipologie di esercizio quella più diffusa è la partita IVA singola, mentre gli studi associati risultano la modalità operativa solo nel 12,64% degli iscritti.



Interessanti sono i dati sui redditi che registrano un valore medio leggermente in flessione negli ultimi anni dopo il picco di 25.000 euro/anno del 2009.



Nella tabella 1 sono sintetizzati i redditi e volumi complessivi negli anni.

L'ANALISI

- ENPAPI costituisce, attraverso la sua funzione previdenziale e assistenziale, l'osservatorio sullo sviluppo della libera professione infermieristica;

Tabella 1. Redditi e volumi d'affari complessivi degli iscritti ENPAPIdditi Volumi di affari

Anno	Redditi complessivi	Volumi d'affari complessivi
2002	106.364.415	120.147.768
2003	130.707.012	150.385.874
2004	162.124.043	187.135.380
2005	181.347.745	211.147.350
2006	214.727.477	242.423.081
2007	224.885.231	254.283.354
2008	254.959.690	291.256.245
2009	274.982.128	314.726.086
2010	327.877.509	378.478.377
2011	339.642.858	387.953.685
2012	325.602.872	364.668.050

- Dal 2000 il numero degli iscritti attivi è quintuplicato (2000 = 6046; 2013= 30.937);
- La modalità prevalente di esercizio è la partita IVA (59,88%), seguita dalla co.co. co. (26,09%) e dalla forma associata (12,64%). La rilevanza dei rapporti di collaborazione ha indotto l'Ente ad istituire una gestione separata ad hoc;
- Dal 2006 l'ammontare degli incassi è raddoppiato (2006 = Euro 24 milioni; 2013 = Euro 54 milioni).

RIFLESSIONI

Dal rapporto CENSIS emerge che nel solo 2012 sono stati circa tre milioni gli italiani che hanno dichiarato di essersi avvalsi di un infermiere, di cui 1,4 milioni per assistenza continuativa e 1,6 milioni per assistenza una tantum.

Il valore economico di queste prestazioni, sempre secondo il rapporto, si aggira nell'intorno di Euro 850 milioni.

Il "mercato" risulta particolarmente significativo, caratterizzato, prevalentemente, da rapporti diretti tra i Professionisti e i cittadini e presenta grandi potenzialità di crescita.

Si registra una dispersione di parti della domanda verso figure che si dedicano, prevalentemente, alla cura di persone (es. badanti).

Un dato particolarmente rilevante è rappresentato dal volume di affari ENPAPI 2012 pari a circa Euro 365 milioni che se viene confrontato con il dato CENSIS relativo al volume monetario dell'attività infermieristica per l'anno 2012 pari a circa Euro 850 milioni mette in evidenza un divario significativo di circa 500 milioni che impone delle rifelssioni a TUTTI.

IMPATTO

Partendo dall'analisi, l'impatto è individuabile in tre ambiti: sostanziale, fiscale e previdenziale.

1) sostanziale, con due ipotesi:
- abuso di professione infermieristica esercitata da soggetti che non ne hanno titolo;
- esercizio libero professionale svolto in modalità black e conseguente concorrenza sleale nei confronti dei Liberi Professionisti;

2) fiscale, visto sotto due profili:
- il professionista sfugge all'assoggettamento fiscale;
- il cittadino non può accedere alle detrazioni per le spese di assistenza sostenute;

3) previdenziale, anch'esso visto sotto due profili:
- il professionista sfugge all'assoggettamento previdenziale;
- il professionista rinuncia ad accumulare maggiori somme per la propria pensione futura.

CONCLUSIONI

Il ruolo ENPAPI per superare questa criticità:
- la vigilanza e monitoraggio della regolarità della posizione assicurativa e vigilanza sul territorio come stabilito dalla Legge;
- Tutela previdenziale obbligatoria e adeguatezza delle prestazioni;
- Assicurare interventi assistenziali e di welfare nei confronti degli iscritti e famiglie;
- Fornire servizi aggiuntivi al fine di creare un senso di appartenenza, VERO, all'ENTE di Previdenza e Assistenza della Professione.

(Sintesi non rivista dall'autore)

**Presidente ENPAPI*

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

IPASVI

Protocollo P. 4668 / III .01

Data 23 OTT 2013

Rif.

Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi

Loro sedi

Oggetto Infermieri pediatrici sulle ambulanze del 118

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

00184 Roma
Via Agostino Depretis 70
Telefono 06/46200101
Telefax 06/46200131
Cod. Fisc. 80186470581

Pervengono ancora a questa Federazione segnalazioni in merito alla presenza degli Infermieri pediatrici sulle ambulanze del 118 giustificata peraltro da un articolo apparso sulla Rivista 'Children's Nurse – The Italian Journal of Pediatric Sciences n. 1/2012'.

A tal proposito si ricorda che questa Federazione è già intervenuta nel merito con la nota inviata anche ai Collegi provinciali che all'uopo si allega di nuovo con preghiera di presidiare *in loco* a tutela dei professionisti coinvolti e per evitare forme di esercizio professionale abusivo.

Cordiali saluti.

Protocollo P. 845 / III .01

Data 11 FEB 2013

Rif.

Gent.mo Signor
Filippo Festini
Presidente SISIP
E-mail presidente@sisip.it
redazione@infermieridelbambini.it

Oggetto Articolo apparso sulla rivista Children's Nurse -1/2012

E, p.c. Collegi Ipasvi
LORO SEDI

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

00184 Roma
Via Agostino Depretis 70
Telefono 06/46200101
Telefax 06/46200131
Cod. Fisc. 80186470581

E' stato chiesto alla FNC un pronunciamento nel merito dell'articolo apparso sulla Rivista 'Children's Nurse – The Italian Journal of Pediatric Nursing Sciences n. 1/2012 a titolo "Infermieri pediatrici sulle ambulanze del 118" e, comunque, se rientrasse nelle prerogative di una Associazione professionale ridelineare i confini di esercizio di una professione giuridicamente definita.

Ai sensi dell'art. 1, comma 2, della legge 26/2/1999 n. 42 *"Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali."*

Nello specifico il DM 17 gennaio 1997, n. 70 sul *Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico* all'art. 1 letteralmente dispone:

1. E' individuata la figura professionale dell'infermiere pediatrico con il seguente profilo: l'infermiere pediatrico è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica pediatrica.

Tale primo comma individua la figura professionale dell'infermiere pediatrico e detta i requisiti ad esso connessi ovvero il possesso del titolo abilitante, l'iscrizione allo specifico albo delle Vigilatrici d'infanzia – Infermieri pediatrici e l'ambito di attività ovvero l'assistenza infermieristica pediatrica

2. L'assistenza infermieristica pediatrica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili in età evolutiva e l'educazione sanitaria.

Il secondo comma declina, in collegamento con il primo comma, gli elementi principali dell'assistenza infermieristica pediatrica specificando altresì che le "principali funzioni" sono rivolte a soggetti in età evolutiva.

3. L'infermiere pediatrico:

a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute fisica e psichica del neonato, del bambino, dell'adolescente, della famiglia;

b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica pediatrica e formula i relativi obiettivi;

c) pianifica, conduce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico pediatrico;

d) partecipa:

1) ad interventi di educazione sanitaria sia nell'ambito della famiglia e della comunità;

2) alla cura degli individui sani in età evolutiva nel quadro di programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e degli incidenti;

3) all'assistenza ambulatoriale, domiciliare e ospedaliera dei neonati;

4) all'assistenza ambulatoriale, domiciliare e ospedaliera dei soggetti di età inferiore a 18 anni affetti da malattie acute e croniche;

5) alla cura degli individui in età adolescenziale nel quadro dei programmi di prevenzione e supporto socio-sanitario;

e) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;

f) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli operatori sanitari e sociali;

g) si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto per l'espletamento delle funzioni.

Il terzo comma, che non può disgiungersi dal 1 e dal 2, esplicita le competenze dell'infermiere pediatrico, ovvero l'insieme delle capacità, delle conoscenze, degli atteggiamenti – professionali e personali – da acquisire e mantenere.

L'estrapolazione *tout court* di un singolo passaggio su cui introdurre ampliamenti alla sfera di competenza così come sopra definita, non solo non è giuridicamente sostenibile ma é anche prodromico, se applicato in via generale, di confusione e incertezza sia nelle relazioni professionali sia nelle relazioni con gli assistiti. Minerebbe inoltre, di fatto, il senso dell'emanazione dei singoli profili delle professioni sanitarie oltre a produrre un inevitabile contenzioso tra le professioni, tra i professionisti e i cittadini e, cosa non di poco conto, tra i professionisti, gli assistiti e le compagnie assicurative.

Nello specifico, giova ricordare che il servizio di emergenza urgenza in ambulanza è regolamentato da specifiche norme (tra cui l'Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27/3/1992) che prevedono espressamente (e letteralmente), sia all'interno della Centrale operativa del sistema di emergenza che sui mezzi di soccorso, la presenza anche di *'infermieri professionali con esperienza nell'area critica o che abbiano seguito corsi nel settore dell'emergenza'*.

Ciò ancor più evidenzia che all'infermiere (ex professionale ovvero senza limitazioni di campo nell'esercizio professionale) è richiesto un ulteriore requisito ovvero l'esperienza in un'area in cui vengono accolti ed assistiti pazienti di tutte le fasce d'età oppure di aver seguito corsi nel settore dell'emergenza in cui, parimenti, vengono trasmessi contenuti per trattare i pazienti di tutte le fasce d'età.

É quindi di palmare evidenza l'illiceità di trasferire nel campo del concreto esercizio professionale riflessioni non correlate ad una completa e contestuale disamina normativa e fattuale dell'attuale contesto organizzativo, assistenziale e giuridico

Distinti saluti

La Presidente
Annalisa Silvestro

Orario di lavoro dei liberi professionisti infermieri in RSA

Pubblichiamo la nota trasmessa al Presidente delle Regione Lombardia, Dott. Maroni e all'Assessore alla Famiglia, Dott.ssa Cantù da parte del Coordinamento Regionale IPASVI in merito alla DGR n. IX/3540 in merito all'orario di lavoro dei Liberi Professionisti Infermieri.

Lo scrivente Coordinamento Regionale IPASVI, interpellato sia dai Collegi provinciali sia direttamente dagli iscritti liberi professionisti, ha ritenuto di svolgere un esame della normativa per rispondere ai quesiti in merito alla applicabilità o meno agli infermieri operanti presso le strutture sanitarie pubbliche e/o private in regime libero professionale, del regime vincolistico dell'orario di lavoro previsto dal Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n. 66 (artt. 3 e 4) e successive modifiche e integrazioni. Dall'analisi delle norme di fonte nazionale e regionale di riferimento, considerata l'interpretazione del dato normativo fornita con la recente DGR Lombardia del 30 maggio 2012, n. IX/3540, analizzata la giurisprudenza in materia lavoristica e libero professionale sul punto in questione, la conclusione porta inequivocabilmente a risposta negatoria della estensibilità di diritto del regime previsto per il lavoro dipendente (nelle varie fattispecie di dipendenza, compresa quella coordinata e continuativa detta di paradipendenza) anche alla attività libero professionale.

Particolare considerazione merita l'individuazione dell'ambito di applicazione dalla norma madre, di derivazione comunitaria, costituita dal D.Lgs. 8 aprile 2003, n. 66 (Organizzazione dell'orario di lavoro), al fine di appurare se il regime vincolistico ivi espresso possa essere riferito anche alla attività lavorativa svolta da prestatori d'opera appartenenti alle professioni intellettuali c.d. "protette", per le quali è previsto un regime speciale dall'ordinamento giuridico. Tale regime speciale consiste, tra l'altro, in modalità particolari nella stipulazione e gestione dei contratti con i clienti e nella obbligatorietà di iscrizione al relativo Albo professionale con soggezione alla norma deontologica.

Il tenore letterale della legge comunitaria è dirimente sin dai primi articoli:

"Art. 1. Le disposizioni contenute nel presente decreto, nel dare attuazione organica alla direttiva 93/104/CE del Consiglio, del 23 novembre 1993, così come modificata dalla direttiva 2000/34/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 giugno 2000, sono dirette a regolamentare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, e nel pieno rispetto del ruolo della autonomia negoziale collettiva, i profili di disciplina del ***rapporto di lavoro*** *connessi alla organizzazione dell'orario di lavoro.*

Art. 2. Agli effetti delle disposizioni di cui al presente decreto si intende per:

a) "orario di lavoro": qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, ***a disposizione del datore di lavoro*** *e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni;*

...omissis".

È chiaro che il contratto d'opera intellettuale, stipulato ai sensi e per gli effetti degli artt. 2229 e ss., cod. civ., non va a costituire un "rapporto di lavoro", ma un ben diverso contratto professionale, ove le parti non sono in rapporto di subordinazione ma in relazione totalmente paritetica: ciò, in regime liberoprofessionale, vale sia per un infermiere, sia per un avvocato, un medico, un geometra, etc. Parimenti, il professionista intellettuale non è "a disposizione del datore di lavoro", ma svolge la propria attività con autonomia intellettuale, operando in scienza e

coscienza, con comportamenti deontologicamente orientati e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente, che non è affatto, sotto il profilo giuridico, un datore di lavoro, ma bensì un cliente/contraente.

Altro aspetto possibile fonte di equivoci, giuridici e pratici, è il principio giuridico per il quale l'orario di lavoro costituisce, è vero, il principale oggetto della prestazione nonché fondamentale parametro retributivo nel lavoro subordinato, ma così non è nella prestazione libero professionale, ove l'organizzazione del tempo, concordata e giammai imposta d'ufficio dal committente, rappresenta per il professionista unicamente una modalità di svolgimento della propria opera.

Questa è la principale ragione per la quale la disciplina nel dettaglio dell'orario di lavoro è devoluta per legge (D.Lgs. 66/2003) alla contrattazione collettiva nazionale (CCNL).

Il regime del contratto d'opera intellettuale, come noto, segue invece il regime speciale (lex specialis generali derogat) degli artt. 2229 ss. CC, e non la disciplina del contratto di lavoro subordinato (configurata da articoli diversi del codice e segnatamente dagli artt. 2094 e seguenti, C.C.).

L'estensione ai liberi professionisti della disciplina vincolistico-garantista sull'orario di lavoro prevista per i lavoratori dipendenti, oltre ad essere giuridicamente infondata come brevemente riassunto sopra, per la sua forte natura di parametro indice di subordinazione, può creare taluni effetti collaterali di non poco conto, derivanti:

A) dalla normativa sulla intermediazione di manodopera (oggi, somministrazione di lavoro irregolare/illecita/fraudolenta – artt. 27, 18 e 28, D. Lgs. n. 276/2002, c.d. Legge Biagi) e dalle conseguenze giudiziarie e sanzionatorie che deriverebbero alle strutture utilizzatrici del personale in parola, qualora venisse ravvisata una natura di fatto dipendente del rapporto professionista/struttura e quindi un sotteso fenomeno di "caporalato". Laddove il "caporale" (alias, somministratore abusivo) sarebbe il legale rappresentante della associazione professionale;

B) dalla normativa - di recente rafforzata con la c.d. Riforma Fornero del lavoro (legge n. 92/2012) - volta a smascherare i fenomeni di simulazione di lavoro autonomo (c.d. "false partite iva") con sotteso rapporto di dipendenza dissimulato. In tali casi, oltre ad azioni giudiziarie promosse dai professionisti per ottenere,

QUALE È IL PUNTO IN DISCUSSIONE?

La DGR IX/3540 è una Delibera di Giunta Regionale adottata il 30 maggio 2012 relativa a "Determinazioni in materia di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e di razionalizzazione del relativo sistema di vigilanza e controllo" che integra precedenti disposizioni chiarendo e definendo con maggior precisione alcuni requisiti di accreditamento delle strutture socio sanitaria, identificando anche chi sono i soggetti deputati a tale vigilanza.

Il Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI contesta l'allegato C, al punto 1.3.1. laddove si recita che per *"la tutela della qualità dei servizi erogati che il personale che opera in struttura, per la delicatezza delle funzioni e dei compiti cui è tenuto, non possa eccedere il monte orario massimo previsto dalla normativa vigente riconducibile alla singola tipologia contrattuale ed al singolo profilo professionale. A tutela del livello di qualità dell'assistenza, sarà cura del team di vigilanza delle ASL rilevare il rispetto delle turnazioni, dei riposi minimi previsti, del numero massimo di ore di lavoro riconducibili ad una stessa persona, sebbene impiegata in più unità d'offerta. Fermo restando l'obbligo di segnalazione alle autorità competenti per le violazioni in materia di lavoro che si dovessero rilevare, in aggiunta alle eventuali*

in quanto dipendenti di fatto, l'applicazione del CCNL e il riconoscimento di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato con la struttura, il datore di lavoro/falso committente dovrebbe fronteggiare anche le richieste degli istituti previdenziali per le relative omissioni contributive.

In merito, dunque, alla citata delibera regionale (n. IX/3540/2012), che all'allegato C stabilisce i requisiti di accreditamento delle strutture relativi al personale, la stessa presenta alcune ambiguità, che tuttavia possono essere agevolmente dipanate.

In primo luogo, la stessa deliberazione in parola, avente natura regolamentare e quindi in gerarchica subordinazione alle norme di legge, si riferisce esplicitamente a quanto, sul punto orario di lavoro, è stabilito nel D.Lgs. 66/2003, sulla portata della quale norma nella fattispecie oggetto di quesito si veda quanto sopra detto.

Secondariamente, al di là della non derogabilità da parte di un atto deliberativo delle norme di legge (sia di quelle sull'orario di lavoro, che della disciplina speciale del contratto d'opera professionale scolpita nel codice civile), lo stesso tenore letterale del testo regionale fa propendere per la riferibilità del dictum al solo personale dipendente, nelle varie forme contrattuali che tale rapporto può avere (dipendenti della struttura, dipendenti delle società appaltatrici di servizi, dipendenti con contratto a termine, co.co.pro, etc.). Vero è che l'atto amministrativo regionale recita "personale che opera in struttura... a prescindere dalla tipologia di contratto o incarico", ma l'approssimativa ed imprecisa dicitura deve essere interpretata secondo i corretti criteri ermeneutici, che tengono conto del linguaggio legale corrente e dei principi presenti nell'ordinamento giuridico.

Pertanto, un libero professionista in rapporto fiduciario con il cliente, che ha stipulato un contratto ex art. 2229 c.c., non fa parte, tecnicamente, del "personale" e dunque, in mancanza di altra e più chiara dicitura testuale (quale: "tutti gli operatori, ...professionisti,...sanitari...etc), tale appellativo non può considerarsi riferibile ai professionisti che operano in regime libero professionale

sanzioni amministrative ed alle eventuali applicazioni di penali, si dovrà procedere altresì, ai fini del calcolo dello standard, al riconoscimento delle sole prestazioni orarie rese nel rispetto della normativa vigente.

***Il rispetto delle turnazioni e dei riposi minimi è da riferirsi a tutto il personale a prescindere dalla tipologia di contratto o incarico**, anche a salvaguardia della qualità assistenziale. Devono, in particolare, essere rispettate tutte le disposizioni previste dal Decreto Legislativo 66/2003.*

Il soggetto gestore dovrà acquisire dal personale non direttamente dipendente dichiarazione attestante il rispetto delle norme in materia di turnazione e riposi minimi, con riferimento alla totalità dei rapporti e degli incarichi di lavoro in essere.

Qualora, nell'ambito della gestione dell'unità d'offerta, alcuni servizi vengano affidati a soggetti terzi è fatto obbligo di chiedere nel contratto di affidamento il rispetto di tutte le norme previste dal Decreto Legislativo 66/2003.

Dovranno, altresì, essere effettuati controlli incrociati tra più unità d'offerta attraverso l'analisi della Scheda struttura che, introdotta per tutte le unità d'offerta, garantirà, in tal senso, un più ampio monitoraggio a livello regionale".

Basta la partita iva per essere liberi professionisti?

POSIZIONE DEGLI INFERMIERI LIBERI PROFESSIONISTI NELLE STRUTTURE SANITARIE. RIFLESSI E CONSEGUENZE DELLA LEGGE N. 92 DEL 28 GIUGNO 2012 (LEGGE FORNERO)

di Sergio Bazzanella, Consulente del Lavoro IPASVI Como

Abbiamo chiesto un parere al nostro consulente del lavoro, Rag. Sergio Bazzanella, in merito alla necessità di chiarire la separazione tra attività libero professionale e lavoro subordinato anche a seguito di alcuni interventi dell'Ispettorato del lavoro.

La "Riforma Fornero" non ha fatto altro che cercare di normare una situazione esistente da anni, ergo, la presenza di soggetti liberi Professionisti (nel ns/caso Infermieri)in aziende costituite come tale (nel ns/ caso RSA e/o RSD e/o Centri Analisi/Poliambulatori).
La cosa è abbastanza complessa e non ci si deve limitare alle apparenze.
In realtà, si è voluto cercare di dare un indirizzo agli Organi di Vigilanza affinchè riconducessero al rapporto di lavoro subordinato tutte quelle figure che avevano "partite IVA di comodo".
Per meglio capirci, tutti quei rapporti di lavoro subordinato, mascherati da rapporto di lavoro autonomo.
Vediamo quindi nel concreto ciò che prevede la Riforma, ovvero la Legge 92/2012.
Quello della Partita IVA è il classico "escamotage" utilizzato da Datori di Lavoro per risparmiare sui costi del personale; si tratta dei piccoli imprenditori (leggi PROFESSIONISTI" che dovrebbero essere indipendenti sotto tutti gli aspetti, ma vanno a scontrarsi con le "TESI TIPOLOGICHE DELLA SUBORDINAZIONE" – vedi in calce) e sono coloro che svolgono con continuità attività lavorativa per uno o + Committenti
Tuttavia le aziende utilizzano spesso questo regime fiscale per "mascherare" quello che di fatto è un rapporto di lavoro subordinato con orari, direttive e gerarchie da rispettare. Chiedono (o meglio impongono) al collaboratore l'apertura della partita IVA e l'emissione di una fattura (parcella sanitaria) per la prestazione, assicurandosi così due grossi vantaggi:

- non versano i contributi previdenziali (se non per una partecipazione minima del 4% dell'aliquota ENPAPI oppure INPS (l'Ente corretto è comunque e sempre l'ENPAPI);
- possono interrompere la collaborazione (di fatto, licenziare) in qualsiasi momento e senza alcun vincolo.

LE PARTITE IVA DI "COMODO"

Per porre freno alle partite IVA definite di "comodo" e proprio al fine di limitarne gli abusi la "riforma Fornero" ha creato dei limiti decisamente rigidi.
Poichè ben pochi conoscano a fondo le TESI TIPOLOGICHE DELLA SUBORDINAZIONE, si e' deciso di imporre un paletto inderogabile a queste nuove soluzioni fiscali.
In buona sostanza si considera la partita IVA non corretta (o meglio FALSA) trasformando in fatto e in diritto la collaborazione autonoma in collaborazione a progetto (e si rammenta che è una qualificazione impossibile per iscritti a Ordini/Collegi Professionali), quando si verificano le seguenti condizioni:

- il compenso annuo è inferiore ai 19.000 euro lordi (circa), e ricorrono almeno due delle seguenti condizioni:
- la durata della collaborazione supera gli 8 mesi all'anno per 2 anni consecutivi,
- il compenso pagato (anche da soggetti diversi "riconducibili al medesimo centro di imputazione di interessi", dice la legge)

supera l'80% dei compensi annui totali del collaboratore anche in questo caso per 2 anni consecutivi,
- il lavoratore ha una postazione fissa presso la sede del committente (caso dei tipici venditori-agenti di commercio delle concessionarie automobilistiche)



Inoltre spetta al committente l'onere della prova, ovvero è il datore di lavoro che deve dimostrare l'effettiva indipendenza del collaboratore.
Da queste condizioni sono **ESCLUSI I PROFESSIONISTI**.
La legge esclude da questa verifica (e quindi dalla presunzione di lavoro subordinato) i soggetti che sono iscritti ad albi professionali o registri di categoria e i lavoratori altamente specializzati la cui prestazione - come recita la legge - **"sia connotata da competenze teoriche di grado elevato acquisite attraverso significativi percorsi formativi, ovvero da capacità tecnico-pratiche acquisite attraverso rilevanti esperienze".** Una definizione, quest'ultima, piuttosto vaga che rischia di allargare troppo le maglie della rete lasciando ancora alle aziende la possibilità di abusare di questa nuova identificazione.
Si ribadisce il concetto che la definizione di autonomia nasce dalla certezza delle tesi tipologiche della subordinazione, almeno nel momento in cui è possibile dimostrare l'autonomia del soggetto e non la subordinazione ancorchè occulta.
Proprio a fronte dei rischi che possono derivare dallo svolgimento di attività lavorativa con situazioni fiscali discutibili, una forma che si sta riscoprendo é quello dello Studio Associato fra Professionisti. Altro non é che l'applicazione di una Legge che risale al lontano 1939 (la n° 1815) sostituita dal primo periodo del comma 3 dell'Art. 61 della Legge 276/2003 (legge Biagi), che permette, a dei Professionisti che ne abbiano il titolo di unirsi per lo svolgimento comune dell'attività professionale. Questo tipo di discorso é valido anche nei confronti di soggetti con diverse qualificazioni professionali (medico e infermiere, dentista e veterinario, commercialista e infermiere, ecc.) proprio perché, non si persegue lo scopo individuale del soggetto bensì il fine dello Studio Associato.
Rammentiamo che una delle novità introdotte dalla Legge di Stabilità 2012 è quella che, con effetto dal 1° gennaio 2012 è stata prevista la possibilita' di costituire le SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI (STP) che potranno essere di persone, di capitali o cooperative, fin anche alla costituzione di società interprofessionali (soci, ad esempio, appartenenti ad Albi di Ordini/Collegi diversi), con l'obbligo della presenza di 2 terzi di soci riconosciuti come Professionisti ed 1 terzo di soci adibiti a servizi tecnici o di puro capitale; tutto ciò è estremamente innovativo, e da qualche mese sono state definite le linee guida comportamentali
È pressoché impossibile, ad uno Studio Associato o ad una STP, il vedersi contestare un rapporto di lavoro che lo stesso svolge, anche perché, se é vero che viene svolto dal professionista è anche vero che é in nome dello Studio o della STP e non per proprio conto, ed é impensabile un rapporto di lavoro nei confronti di più soggetti contemporaneamente che abbiano una specifica connotazione giuridica

TESI TIPOLOGICHE DELLA SUBORDINAZIONE:
CARATTERI DISTINTIVI E SUSSIDIARI MAGGIORMENTE RICORRENTI IN GIURISPRUDENZA, APPLICABILI A TUTTE LE CONDIZIONI LAVORATIVE IN GENERALE:
1) L'OGGETTO DEL CONTRATTO:
   subordinato: promessa di pura e semplice prestazione di attività lavorativa, ovvero

"mi impegno a lavorare a fronte di un accordo fra le parti regolato dal CCNL di Categoria di riferimento";

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

2) FINALITÀ:

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

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

3) RIFIUTO DELLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA:

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

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

4) ORARIO DI LAVORO:

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

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

Si rammenta che relativamente alla parte ORARIO DI LAVORO la recente Delibera della Giunta Regionale (Lombardia) del 30 maggio 2012 n° IX/3540 anche i liberi professionisti sono soggetti al limite massimo dell'orario legale di lavoro in osservanza al D.Lgs 08/04/2003 n° 66 con l'obbligo di rilasciare al Committente una Dichiarazione specifica relativa al rispetto dei riposi giornalieri e settimanali considerando tutte le prestazioni professionali svolte.

5) INSERIMENTO DEL LAVORATORE NELL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE:

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

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

maggiore efficienza (in termini di organizzazione e/o immagine).

6) ATTREZZATURA DI LAVORO.
subordinato: li ha a disposizione ed in uso sul luogo di lavoro; infatti é la struttura aziendale che glieli mette a disposizione e li mantiene in perfetta efficienza (il lavoratore ha solo l'obbligo della custodia e conservazione come se fossero propri). L'esempio più semplice è quello dell'operaio metalmeccanico: se lavora come "tornitore" non può portarsi il tornio da casa ma lo troverà nell'ambito del luogo di lavoro. Alla stessa stregua, nel caso dell'Infermiere, tutti gli strumenti di natura "operativa" non se li deve portare dalla propria abitazione, ma devono essergli messi a disposizione direttamente dal Datore di Lavoro;
autonomo: devono essere di sua proprietà. Altro esempio: l'idraulico che viene ad effettuare una riparazione presso l'abitazione di un privato, non potrà mai pretendere che il Cliente del momento, possieda gli strumenti utili, ma deve avere la "cassetta degli attrezzi". Per l'Infermiere, l'eventuale strumentazione utile per lo svolgimento dell'incarico deve essere deve essere propria e non certo messagli a disposizione (salvo casi particolari, tipo analisi, radiodiagnostica ecc. che devono essere visti in un'ottica ben più allargata).

7) RISCHIO PROFESSIONALE:
subordinato: ha il rischio derivante dall'applicazione delle sanzioni disciplinari salvo gravi casi un cui possa emergere non un "dolo" bensì una "colpa" attribuibile allo stesso;
autonomo: deve accollarsi tutti i rischi derivanti dallo svolgimento dell'attività, pagando di persona ove se ne verificassero le condizioni. Quando si parla di "pagando di persona" si vuole specificatamente intendere sia dal punto di vista morale che patrimoniale. Per meglio specificare il concetto, basti pensare all'Infermiere che assuntosi l'impegno di accudire all'infermo, per una involontaria negligenza ha la sventura che il suo atteggiamento possa sfociare in un procedimento di natura civile o, peggio ancora, laddove venissero accertate ulteriori responsabilità, di natura penale.

8) RESPONSABILITÀ SUL LUOGO DI LAVORO:
subordinato: ha il rischio derivante dall'applicazione delle sanzioni disciplinari (esclusi gravi casi in cui si possa evincere un danno volutamente creato). E soggetto in pratica alla normativa prevista dalle cd "sanzioni disciplinari" e da quell'insieme di norme di natura deontologica e comportamentale, nel rispetto di una declaratoria assodata nell'ambito dei rapporti di lavoro, con possibilità di eventuali contestazioni (attraverso i "canali sindacali") nel caso ritenesse che le contestazioni/sanzioni imputate, fossero erronee;
autonomo: piena responsabilità per tutto ciò che fa. L'autonomo non può ricorrere al diritto sindacale di tutela né ad una qualsivoglia Legge che lo possa proteggere nel caso avesse mosse delle contestazioni; l'unico ricorso possibile è direttamente con un contenzioso di natura legale, finalizzato a far valere i propri diritti.

9) COMPENSI:
subordinato: sono stabili dai CCNL di categoria con tabelle appropriate valide su tutto il territorio nazionale, oltre che da eventuali accordi interni sindacali oppure ad aumenti specifici (superminimi) preventivamente accordati e stabili nel tempo, derivanti da eventuali maggiori capacità del lavoratore;
autonomo: é lo stesso professionista che li stabilisce, a priori, in base al prezzo di mercato della sua prestazione o alle capacità professionali che ritiene di possedere. Nella fattispecie del caso, considerato che grazie al Decreto "Bersani" c'è stata l'abolizione del tariffario, pur facendone un riferimento in termini ideologici, il valore della propria prestazione, sia essa oraria oppure determinata da uno scopo/obbiettivo, nasce da una lecita contrattazione fra le parti.

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

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

11) RELATIVAMENTE AL COSTO:

subordinato: quello del Lavoratore in base a quanto già enunciato al punto 9) comprensivo degli istituti contrattuali e degli oneri previdenziali e assicurativi;

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

12)CONTINUITÀ DELLA PRESTAZIONE:

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

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

13)UNICITÀ DELLA CLIENTELA:

subordinato: vedi punto precedente;

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

Si è voluto identificare i criteri maggiormente ricorrenti, ma, l'insieme di queste variabili, sommate potenzialmente ad altre (di natura prettamente "ambientale"), che possono verificarsi nel corso dello svolgimento del rapporto collaborativo, determinano la globalità di quelle condizioni utili all'analisi e verifica di ogni rapporto di collaborazione.

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

In conclusione, la sussistenza di uno o più elementi e la prevalenza degli stessi, che possano qualificare l'attività come "autonoma" esclude a priori quella subordinata, ma, occorre verificare, in base della normativa giuslavoristica l'EFFETTIVA sussistenza delle condizioni del lavoro autonomo.

Certo è che, in via prioritaria e assoluta, l'inserimento dell'IP libero professionista in modo stabile nella pianta organica (o Dotazione Organica, come si dice oggi) esclude a priori l'autonomia e riconduce in fatto e in diritto, al rapporto di lavoro subordinato.

Per altro, ogni caso va valutato di "volta in volta", analizzando tutte le variabili sia costanti che accessorie, verificando l'effettiva modalità di svolgimento dell'attività.

Esistono situazioni definibili "ambientali" che potrebbero stravolgere quanto sopra descritto; sarebbe opportuno che ogni RSA o RSD o Laboratorio Analisi/Poliambulatorio, si avvalesse per tempo di un Consulente del Lavoro – con specializzazione nel campo delle professioni Sanitarie che possa analizzare tutti i rapporti lavorativi al fine di poter predisporre la giusta difesa nel caso di contestazioni mosse da Organi Ispettivi di qualsiasi sorta

VI conferenza nazionale delle politiche della professione infermieristica

LA MAPPA DI UN PERCORSO

Il puzzle economico
Il trend di sistema
Le riflessioni professionali: gestione, clinica, formazione

FIRENZE 28 E 29 NOVEMBRE 2013
PALAZZO DEGLI AFFARI

L'obiettivo della Conferenza è di riflettere sulle possibili strategie della professione infermieristica per affrontare le criticità determinate dalla crisi economica e sociale, gestirne gli effetti ed individuare le opportunità.
Gli elementi di razionalizzazione e di innovazione di cui la professione è portatrice sono determinanti per la sostenibilità dell'intero sistema sanitario: la valorizzazione della professione infermieristica costituisce un argine alla crisi e una risorsa per la tenuta del sistema in logica di equità, solidarietà sociale e qualità assistenziale.
L'innovazione gestionale proposta dagli infermieri è uno strumento efficace per contrastare la sola logica dei tagli e la sua realizzazione comporta un utilizzo di risorse più coerente con i bisogni della popolazione.
La valorizzazione delle competenze cliniche dell'infermiere è l'elemento chiave per ridefinire le risposte in termini di appropriatezza e puntare ad esiti di qualità.
L'investimento nella formazione deve sostenere il professionista in termini di evoluzione scientifica e culturale.
Su queste considerazioni, si sviluppa la VI Conferenza Nazionale delle Politiche della Professione Infermieristica che vuole, in questo modo, continuare a delineare e a definire la *mappa di un percorso* in cui connotare e affermare il valore aggiunto rappresentato dall'assistenza infermieristica e dagli infermieri.

notizie in pillole a cura di S. Citterio

P.N.E.: NUOVO CORSO ON-LINE APERTO ANCHE AGLI INFERMIERI
E' partito il 2 ottobre il nuovo corso sul Programma Nazionale Esiti (PNE), che sarà disponibile on line fino al 1° settembre 2014. L'obiettivo del corso è disseminare le informazioni sul Programma Nazionale Esiti, fornendo gli strumenti per cercare i dati voluti, interpretarli anche nel confronto tra varie strutture e decidere azioni conseguenti. Il corso consente di acquisire alcuni concetti base di metodologia epidemiologica applicata alla valutazione di esito. Il corso, del tutto gratuito, è sulla sulla piattaforma FadIn-Med ed eroga 12 crediti ECM (Codice ECM 69597).

Perchè investire sullo sviluppo delle competenze in chiave manageriale

di Mario Del Vecchio – SDA Bocconi
Sintesi dell'intervento alla VI Conferenza Nazionale delle politiche della professione Infermieristica
Firenze, 28 e 29 novembre 2013

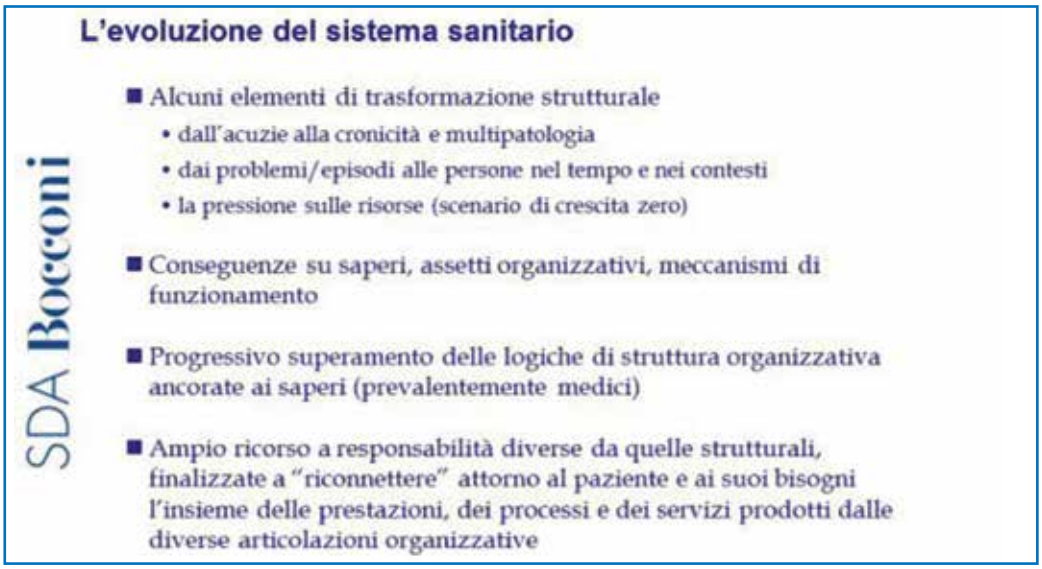
Il prof. Del vecchio dopo una prima descrizione dei caratteri distintivi l'evoluzione del sistema Sanitario (schema 1), ha messo in evidenza lo sviluppo delle organizzazioni sanitarie dal modello classico delle Unità operative verso un modello dipartimentale e, successivamente oltre il dipartimento (schema 2) che distingue le diverse piattaforme produttive in relazione alle cure necessarie. Su questa organizzazione si inseriscono trasversalmente le specialità mediche.

Il relatore ha presentato **il modello della "presa in carico"** traducendolo in passaggi concreti e fasi operative ben delineate mettendo in evidenza la stretta relazione e il rapporto circolare esistente tra Ospedale e Territorio (comprendente diverse tipologie di strutture intermedie, in continua crescita e sviluppo).

L'evoluzione della professione infermieristica è stata delineata dal prof Del Vecchio considerando:

- la rilevanza dei risultati raggiunti;
- la crescita professionale (continua nel perimetro e d'espansione del perimetro);
- le luci e le ombre del percorso di sitituzionalizzazione nell'Università;
- la crescita e legittimazione nelle aziende (prevalentemente in termini di strutture e responsabilità associate);
- Enfasi sulle strutture (coordinamenti e non solo);
- Mancate sinergie tra fronti naturalmente interconnessi.

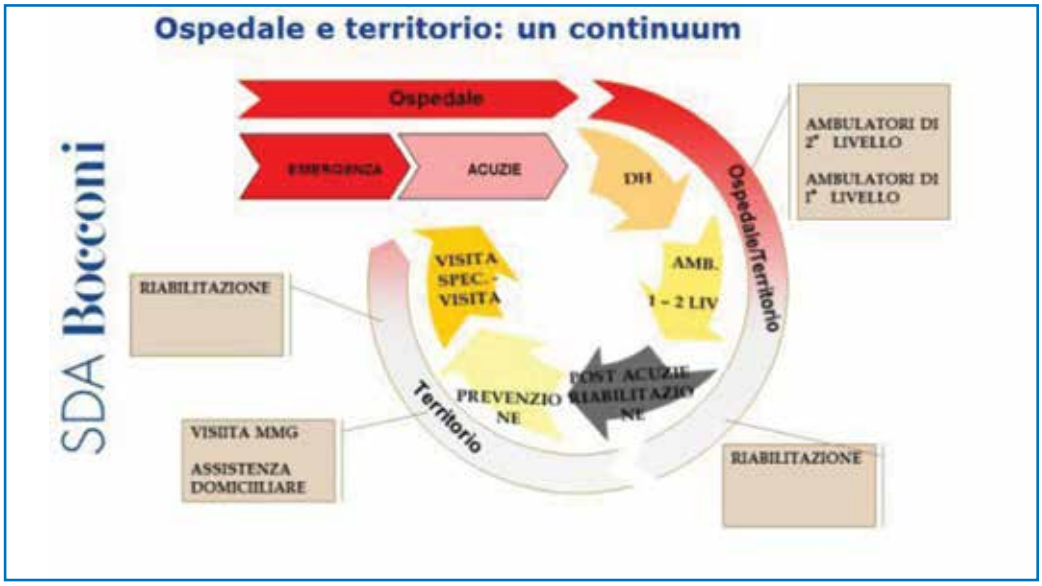
Nell'utima parte del suo intervento il Prof Del Vecchio ha delineato le ragioni per cui è opportuno assumersi maggiori responsabilità



Schema 1. L'evoluzione del sistema sanitario



Schema 2. L'organizzazione oltre il dipartimento



Schema 3. Ospedale e Territorio

sintetizzando il perchè, il dove e il come di questo percorso virtuoso finalizzato ad utilizzare pienamente tutte le potenzialità della professione infermieristica

(Sintesi non rivista dall'autore. Si consiglia di riascoltare l'intervento integrale disponibile sul sito www.ipasvi.it)

Assicurazione obbligatoria: per tutti o solo per i liberi professionisti?

a cura della redazione

Come noto il DL 138/2011, convertito con Legge 148/2011, recante Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo all'art, 3, comma 5, lett. e) letteralmente dispone:

e) a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti;

Di seguito è poi intervenuto l'art. 29, comma 4 della legge 24/3/2012 n. 27 sulla *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 24 gennaio 2012, n. 1, recante disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività* che così recita:

Il compenso per le prestazioni professionali è pattuito, nelle forme previste dall'ordinamento, al momento del conferimento dell'incarico professionale. Il professionista deve rendere noto al cliente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico e deve altresì indicare i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale. In ogni caso la misura del compenso è previamente resa nota al cliente con un preventivo di massima, deve essere adeguata all'importanza dell'opera e va pattuita indicando per le singole prestazioni tutte le voci di costo, comprensive di spese, oneri e contributi. Al tirocinante è riconosciuto un rimborso spese forfettariamente concordato dopo i primi sei mesi di tirocinio.

Da ultimo ricordiamo il DPR 7 agosto 2012 n. 137 sul Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali, a norma dell'articolo 3, comma 5, del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148 che all'art. 5 comma 1, ultimo capoverso dispone: Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza professionale, il relativo massimale e ogni variazione successiva.

Da quanto su riportato sembra evincersi che l'obbligo di stipulare la polizza assicurativa sia riferito in forma prevalente ai liberi professionisti. Infatti i professionisti pubblici dipendenti dovrebbero essere coperti da una polizza stipulata dall'Azienda sanitaria di appartenenza. L'assistito quando si rivolge ad una struttura non ha un rapporto diretto con il singolo professionista, bensì mediato dall'Azienda che risponde in prima battuta di eventuali contenziosi.

Considerando, però, che la responsabilità degli atti è sempre personale e che le Aziende Sanitarie possono rivalersi sul dipendente in caso di "colpa grave", è utile evidenziare che la Federazione IPASVI ha da tempo instaurato un sistema di coperture assicurative su base volontaria e a condizioni particolarmente favorevoli, che risponde a questa esigenza:

- "Responsabilità civile" e "Tutela Giudiziaria";
- "Infortuni professionali";
- "Responsabilità civile patrimoniale" per la tutela di Dirigenti Infermieristici e Coordinatori

È evidente che...

rubrica curata da Cavallaro Loredana e Gerletti Jeannette
Tutor ... Infermieristica corso di laurea in INfermiristica Università Insubria - sezione di Como

Gli interventi non farmacologici attraverso i quali l'infermiere previene l'insorgenza del delirium nella persona anziana ospedalizzata

*A cura di Elisa Sberna**

...etimologicamente il delirium, detto anche stato confusionale acuto, ha assunto significati diversi nel corso degli anni. Fu introdotto per la prima volta da Celso nel I secolo a.C. (Chadwick, Mann, 1950), ma solo nel 1980 tale patologia venne riconosciuta come entità nosologica vera e propria nella III edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) dell'American Psychiatric Association (Mayse, Horwitz, 2005). Nel 1989 lo psichiatra irlandese Lipowski propose una ultima definizione descrivendolo come "una sindrome cerebrale organica transitoria caratterizzata da compromissione acuta dello stato di coscienza, con alterazione della sfera affettiva, psicomotoria e del ciclo sonno veglia" (Lipowski, 1989). Schreier (2010) identifica tra le cause principali di questa manifestazione il ricovero ospedaliero stesso, con un'elevata prevalenza nei reparti di medicina (dal 9% al 50%), di geriatria (dal 15% al 75%) e di chirurgia ortopedica (dal 13% al 65%) (Kiely *et al.*, 2003). Si osserva che la sostanziale marginalità attribuita al delirium dagli operatori sanitari rispetto ad altre condizioni cliniche, sembra essere correlata alla tipologia di popolazione colpita: gli anziani sono infatti tra le persone più vulnerabili (Fried et, 2001; Nardi, 2011). Inoltre il delirium è spesso misconosciuto o ritenuto una manifestazione "normale" nelle persone anziane. L'insorgenza e il mancato riconoscimento determinano un impatto sfavorevole a breve, medio e lungo termine con un aumento dei giorni di ricovero, un incremento della mortalità, un maggior rischio di ri-ospedalizzazione o istituzionalizzazione post-ricovero e un maggior decadimento funzionale e cognitivo (Marcantonio *et al.*, 2003; Bellelli, Trabucchi 2006; Kiely *et al.*, 2006; Lima *et al.*, 2010). Fondamentale è quindi il riconoscimento del delirium come manifestazione grave quanto altre condizioni morbose (Gustafson *et al.*, 1991; Francis, 1992). Gli ambiti riguardanti il delirio sono molteplici e di diversa natura: il trattamento farmacologico, il management, gli strumenti di diagnosi e la prevenzione sulla quale si è deciso di restringere il campo di interesse. La ricerca effettuata ha avuto lo scopo di reperire in letteratura i principali studi riguardanti gli interventi non farmacologici che possono essere attivati dagli infermieri per prevenire l'insorgenza del delirium in una persona anziana ospedalizzata.



MATERIALI E STRUMENTI

Lo studio più importante e considerato un punto di riferimento negli anni a venire in merito alla prevenzione del delirium, è quello condotto nel 1999 da Inouye *et al.* Pertanto il limite temporale applicato durante la *"search"* dopo il reperimento di questo studio è stato dall'anno 1999, limitando la ricerca agli articoli scritti in lingua inglese.

L'arco temporale entro cui si è compiuta la ricerca bibliografica, si estende da Dicembre 2011 a Giugno 2012. Sono state consultate banche dati di carattere scientifico tra quelle di maggior interesse come *Medline*, disponibile attraverso la piattaforma ufficiale della *National Library of Medicine USA PunMed*; *CINAHL*, ovvero *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, banca dati di maggior pertinenza per le scienze infermieristiche e la *Cochrane Library* tra le più importanti per le revisioni sistematiche, consultate tutte tramite il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL), presso la biblioteca dell'Ospedale Sant'Anna di Como. Le banche dati sono state interrogate utilizzando vocaboli controllati (key word) tra i descrittori dei *thesaurus* (come ad esempio per *Medical Subject Headings* (MeSH) in PubMed), in parola libera e tramite parole troncate (Sironi, 2010). Tutti i termini utilizzati nella ricerca sono stati combinati fra loro attraverso l'uso degli operatori booleani *AND, OR* e *NOT* come di seguito riportato. La ricerca per parola chiave è stata compiuta con la seguente stringa: ("*Brain Syndrom*"[Mesh] OR "Geriatric Psyco Syndrome"[Mesh] OR *"Confusion"* [Mesh] OR *"Delirium"*[Mesh]) AND (*"Prevention"* [Mesh]) AND (*"Non-pharmacological Intervention"*[Mesh]) AND (*"Elderly Patient"* [Mesh] OR *"Aged"* [Mesh] OR *"Old"* [Mesh] OR *"Senior"* [Mesh]) AND (*"Nurse"*[Mesh]). Mentre la ricerca per parola libera è stata eseguita utilizzando questi vocaboli: (Delirium OR Acute OR Confusuon OR Brain syndrom OR Craze OR Frenzy OR Geriatric Psycho Syndrome) AND (Prevent*) AND (Non-pharmacological Intervention) AND (Elder* OR Age* OR Old* OR Senior) AND (Nurs*). L'unico filtro applicato in seguito per restringere la ricerca è riferito a tutto l'ambito del trattamento farmacologico o riferito all'abuso di sostanze tossiche: NOT (Toxic Confus*) NOT (Psychos*) NOT (Alcohol) NOT (Substance) NOT (Haloperidol) NOT (Risperidone) NOT (Diazepam) NOT (Flunitrazepam).

Le tre modalità sono state poi unite in un'unica stringa di ricerca. Ciò ha prodotto il reperimento di circa trenta studi dalle banche dati consultate.

DISCUSSIONE

Il primo studio presentato ha assunto carattere innovativo in quanto focalizzato sulla prevenzione del delirium piuttosto che sul trattamento degli eventi confusionali acuti, argomento maggiormente sviluppato negli anni precedenti.

Inouye et al. (1999) hanno implementato la *"usual care"* (assistenza quotidiana) con un programma multidimensionale denominato *Hospital Elder Life Program* (HELP), in cui è previsto il coinvolgimento di personale qualificato composto da un infermiere geriatra specializzato, un medico geriatra, infermieri laureati, uno specialista in terapia occupazionale, un fisioterapista e dei volontari addestrati. Lo scopo è di verificare se HELP possa determinare una riduzione dell'incidenza del delirium nel gruppo sottoposto all'intervento. HELP è composto da sei protocolli focalizzati su sei fattori di rischio per il delirium: il decadimento cognitivo, l'alterazione del ciclo sonno-veglia, l'immobilità, i deficit uditivi e visivi e la disidratazione. Alcune delle attività preventive consistono in: scrivere quotidianamente in una tabella espositiva i nomi e le qualifiche di tutti i membri dell'equipe in turno nell'unità operativa, svolgere attività cognitivamente stimolanti per almeno tre ore al giorno, favorire il rilassamento fornendo una bevanda calda alla sera prima di coricarsi, far vedere un filmato o far ascoltare della musica rilassante e massaggiare la schiena. Inoltre, minimizzare i rumori ambientali utilizzando telefoni o cercapersone con vibrazione, incoraggiare la deambulazione ed esercizi di mobilizzazione almeno tre volte al giorno e incentivare l'utilizzo di occhiali o lenti d'ingrandimento. Altre attività preventive possono essere l'utilizzo di amplificatori per l'udito, una pulizia periodica del condotto uditivo e l'attivazione di tecniche di comunicazione speciale. Lo studio, mediante un disegno di ricerca di tipo non sperimentale

correlazionale prospettico, è stato condotto presso una delle tre unità operative di medicina generale dello Yale-New Haven Hospital, ospedale universitario nel Connecticut (Stati Uniti), dal 25 marzo 1995 fino al 18 marzo 1998. I ricercatori hanno identificato, attraverso un campionamento di convenienza, 852 soggetti a rischio medio/alto di delirium, d'età maggiore/uguale a 70 anni suddivisi, previo consenso, in due gruppi rispettivamente di 426 soggetti. Un gruppo è stato sottoposto al programma HELP, l'altro ha ricevuto l'assistenza erogata abitualmente e i risultati sono stati raccolti da ricercatori esterni.
Dall'analisi dei dati è emerso che l'incidenza del delirium è stata del 9,9% (62 episodi) nei soggetti del gruppo d'intervento rispetto al 15% (90 episodi) nei soggetti del gruppo di controllo (p=0,03).
Flaherty e Little (2011) hanno condotto in due diversi ospedali uno studio osservazionale retrospettivo, rispettivamente al Saint Louis University Hospital (SLU) e al DesPeres Hospital (Stati Uniti). In entrambi gli ospedali è stato realizzato uno spazio dedicato chiamato *Delirium Room* (DR) (Stanza del delirio), ideato inizialmente per persone anziane che sviluppavano stati confusionali. Successivamente la DR è stata estesa ad accogliere persone a rischio di delirium con le quali sviluppare attività di prevenzione. Essendo la popolazione anziana in costante aumento sia nelle unità dedicate sia in altre specialità, gli Autori hanno deciso di realizzare la DR in una nuova unità chiamata *Acute Care for Elder* (ACE) con 22 posti letto. L'unità ACE è stata predisposta ad accogliere persone con un'età minima di 65 anni, affette da patologie mediche acute. La DR è parte integrante dell'unità ACE con una capienza massima di quattro posti letto. La valutazione sull'ammissibilità alla DR è stata gestita esclusivamente da infermieri, coordinati da un infermiere assunto appositamente con formazione avanzata sul delirium *(Certified Nursing Assistant)* (CNA) e istruiti quindi con nozioni avanzate. L'approccio assunto dagli infermieri per le attività di prevenzione nella DR è stato definito *"T-A-DA Method" ("Tolerate, Anticipte and Don't Agitate")* ovvero *tollerare, anticipare e non agitare.* In pratica è stata promossa la libertà delle persone nel rispondere naturalmente ai loro bisogni e ciò ha permesso di pianificare interventi il più possibile personalizzati. I casi di delirium sono stati 4,1 ± 3,6 nella DR versus 6,1± 5,9 nell'unità ACE (p=<.001). E' stata registrata inoltre una riduzione della durata del ricovero nella DR (4,4± 2,1 giorni) rispetto all'unità ACE (5,9± 3,6 giorni) (p=0,046) e nel numero di decessi (1,9% versus 4,5%) (p=0,058). Gli Autori sostengono che la possibilità di rispondere naturalmente alla propria condizione sotto stretta osservazione dà alla persona una sensazione di controllo sia su se stessa che sull'ambiente che la circonda, così da evitare l'insorgenza di stati confusionali. Per far ciò è fondamentale però che l'infermiere sappia valutare il giusto equilibrio tra tollerare un'azione direttamente nociva per la salute e garantire i trattamenti necessari al fine di tutelare il benessere degli assistiti.
Infine cito due dei principali studi condotti in ambito chirurgico. Il primo è stato condotto negli USA da Marcantonio *et al.* (2001) attraverso uno studio sperimentale randomizzato controllato, arruolando 126 soggetti ultra sessantacinquenni ricoverati in reparti ortopedici per frattura di femore. Durante la degenza è stata fornita quotidianamente una consulenza geriatrica strutturata peri-operatoria al fine di garantire una pianificazione mirata degli interventi. Ai soggetti del gruppo di controllo è stata garantita l'assistenza erogata abitualmente dall'*equipe* dell'unità di ortopedia (infermieri e ortopedici), mentre i soggetti del gruppo d'intervento sono stati visitati giornalmente anche da un geriatra e da un infermiere specializzato. Lo studio ha dimostrato una riduzione indicativa dell'incidenza del delirium: 32% (20 soggetti) nel gruppo d'intervento versus 50% (32 soggetti) nel gruppo di controllo (p=0,04). La consulenza geriatrica e la sistematica revisione degli interventi riducono quindi in maniera significativa l'incidenza di delirium in soggetti operati per frattura di femore.
McCaffrey (2009) in uno studio quasi sperimentale ha valutato gli effetti prodotti dalla musica nella prevenzione dell'insorgenza del delirium in persone anziane sottoposte a interventi elettivi ortopedici all'anca o al ginocchio. Lo studio è stato condotto su un

campione di convenienza pari a 22 partecipanti d'età maggiore/uguale a 65 anni. Un gruppo ha ricevuto l'assistenza generalmente erogata nell'immediato postoperatorio, l'altro gruppo è stato sottoposto anche all'ascolto di musica almeno quattro volte al giorno per un'ora. I dati sono stati raccolti dai ricercatori *in itinere* durante lo svolgimento dello studio per tutti i partecipanti e nei tre giorni consecutivi l'intervento. E' emerso non solo che il gruppo a cui è stata fatta ascoltare la musica nell'immediato post-operatorio ha mostrato un'incidenza più bassa di delirium (6 casi *versus* 1 caso) (p=0,001), ma è anche emersa una maggior aderenza alle azioni di mobilizzazione precoce (p=0,002) e regressione del dolore (p=0,035) rispetto al gruppo a cui non è stata fatta ascoltare la musica. Questo ha quindi comportato anche una riduzione delle complicanze legate all'intervento nel gruppo candidato al trattamento.

CONCLUSIONI

Secondo Brughettini *et al.* (2004) la prevenzione del delirium deve essere considerata una priorità assistenziale, poiché esso determina ripercussioni negative sullo stato sia cognitivo sia funzionale delle persone colpite. La sua eventuale comparsa deve essere considerata un campanello d'allarme che induce a riesaminare analiticamente i comportamenti di tutta l'*equipe* di lavoro.

Dall'analisi degli studi fin ora disponibili è possibile sostenere che adeguati interventi sull'ambiente, un coinvolgimento multidisciplinare e familiare/*caregivers*, l'educazione specifica dello staff e la promozione di programmi di formazione avanzata siano in grado di migliorare gli *outcomes* clinici e l'efficienza dei percorsi di cura.

Negli studi di Inouye et al. (1999), Marcantonio et al. (2001), gli interventi preventivi sono contemplati all'interno di protocolli e programmi multidisciplinari dov'è previsto il coinvolgimento di diverse figure professionali. L'infermiere contribuisce alla pianificazione e alla realizzazione di questi interventi all'interno di un *team* di lavoro che tende al raggiungimento di un unico obiettivo: la prevenzione del delirium. In questi studi è sottesa l'importanza della collaborazione tra i membri dell'*equipe* di lavoro, della condivisione del piano terapeutico-assistenziale e degli obiettivi formulati all'interno di un più ampio progetto assistenziale. Flaherty e Little (2011) oltre alla condivisione d'interventi mirati, riportano la necessità di realizzare cambiamenti strutturali per cercare di personalizzare *ad hoc* l'assistenza erogata a ciascuna persona, scopo peraltro perseguito dal Modello delle Prestazioni Infermieristiche, centrato sulla personalizzazione dell'assistenza (Cantarelli, 2003).

In questo studio è inoltre emerso uno spirito fortemente propositivo del gruppo infermieristico, non solo nel coordinare la *Delirium Room*, ma anche nel trasformare questo spazio un luogo di partenza per promuovere attività mirate alla prevenzione del delirium.

Inoltre, in accordo con quanto citato da Ouldred e Bryant (2011), penso che la creazione di spazi dedicati ad attività preventive debba essere una prerogativa futura di tutte le realtà volte al trattamento dell'acuzie. Infine emergono tematiche ben delineate dall'*International Council of Nurses* (INC) sulla definizione dei ruoli e le relative competenze degli infermieri a livello internazionale (ICN, 2008). Inouye *et al.* (1999) e Marcantonio et al. (2001) descrivono la presenza di un infermiere specializzato, mentre nello studio di Flaherty e Little (2011) appare la figura dell'*Advanced Practice Nurse* (APN), ovvero un infermiere di assistenza infermieristica avanzata, sottolineando la loro importanza nel coordinare e supportare l'intero gruppo infermieristico, fornendo conoscenze avanzate. Emerge quindi il concetto dell'*"Expanded Role"* (Schober, Affara, 2008; Sironi, 2008), ovvero l'espansione del ruolo dell'infermiere in cui viene promossa la crescita delle conoscenze, delle abilità e delle competenze. E' possibile che senza il loro contributo i risultati ottenuti sarebbero stati statisticamente meno significativi. Una possibile motivazione per cui in Italia siano stati condotti pochi studi in quest'ambito può essere legata ad una carenza di infermieri con una formazione di questi tipo. Pertanto questi elementi dovrebbero essere considerati degli *input* per favorire lo sviluppo professionale nel nostro Paese (Sironi, 2008). Questi risultati permettono quindi di sostenere che l'attuazione d'interventi non farmacologici determina

una minor incidenza di stati confusionali acuti nelle persona anziane ospedalizzate. Sebbene le ricerche sul delirium abbiano compiuto enormi progressi nell'ultimo decennio, restano però ancora molte aree grigie da chiarire (Ely, Trabucchi, 2012). Per il futuro, sarebbe auspicabile proporre degli studi che permettano di sviluppare prove d'efficacia in modo da garantire sostegno e visibilità ai risultati ottenuti in quest'importante tematica

BIBLIOGRAFIA

- Bellelli G., Trabucchi M. (2006) Outcomes of older people admitted to postacute facilities with delirium. Journal of the American Geriatrics Society, 54(2): 380-381.
- Brughettini L., Chiarabelli M., Frattarolo R. Centro Studi EBN Policlinico Sant'Orsola Malpighi-Bologna (2004) L'assistenza infermieristica al paziente adulto ospedalizzato con stato confusionale acuto/delirium [online]. Disponibile da: http://www.evidencebasednursing.it/homepage1/htm [consultato il 4 giugno 2012].
- Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. (seconda edizione). Milano: Elsevier Masson.
- Chadwick J., Mann M.N. (1950) The Medical Works of Hippocrates. Oxford: Blackwell.
- Ely E.W., Trabucchi M. (2012) Il delirium: un'area della medicina importante e poco studiata. In: Morandi A., Ely E. W., Trabucchi M. Il Delirium. Milano: Vita e Pensiero, 3-11.
- Flaherty J.H., Little M.O. (2011) Matching the Environment to Patients with Delirium: Lessons Learned from the Delirium Room, a Restraint-Free Environment for Older Hspitalized Adults with Delirium. Journal of the American Geriatrics Society, 59(2): 295-300.
- Francis J. (1992) Delirium in older patients. Journal of the American Geriatrics Society, 40(8): 829-838.
- Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J., Seeman T., Tracy R., Kop W.J., Burke G., McBurnie M.A. (2001) Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology. Biological Sciences and Medical Sciences, 56(3): M146-M156.
- Gustafson Y., Brannstrom B., Norberg A., Bucht G., Winblad B. (1991) Underdiagnosis and poor documentation of acute confusional states in elderly hip fracture patients. Journal of the American Geriatrics Society, 39(8): 760- 765.
- Inouye S.K., Bogardus S.T., Charpentier P.A., Leo- Summers L., Acampora D., Holford T.R., Cooney L.M. (1999) A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patient. The New England Journal of Medicine, 340(9): 669-676.
- International Council of Nurses-ICN (2008) Nursing Care Continuum Framework and Competencies [online]. Disponibile da: http://www.epda.eu.com/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?alId=7465 [consultato il 5 giugno 2012].
- Kiely D.K., Bergmann M.A., Murphy K.M., Jones R.N., Orav E.J., Marcantonio E.R. (2003) Delirium among newly admitted postacute facility patients: prevalence, symptoms, and severity. The Journals of Gerontology. Biological Sciences and Medical Sciences, 58(5): M441-M445.
- Kiely D.K., Jones R.N., Bergmann M.A., Murphy K.M., Marcantonio E.R. (2006) Association between delirium resolution and functionl recovery among newly admitted postacute facility patients. The Journals of Gerontology. Biological Sciences and Medical Sciences, 61(2): 204-208.
- Lima D.P., Ochiai M.E., Lima A.B., Curiati J.A.E., Farfel J.M., Filho W.J. (2010) Delirium in hospitalized elderly patients and post-discharge mortality. Clinics, 65(3): 251-255.
- Lipowski Z.J. (1989) Delirium in the elderly patient. The New England Journal of Medicine, 320(9): 578-582.
- Marcantonio E.R., Flacker J.M., Wright R.J., Resnick N.M. (2001) Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. Journal of the American Geriatrics Society, 49(5): 516-522.
- Marcantonio E.R., Simon S.E., Bergmann M.A., Jones R.N., Murphy K.M., Morris J.N. (2003) Delirium symptoms in post-acute care: prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. Journal of the American Geriatrics Society, 51(1): 4-9.
- Mayse R., Horwitz A.V. (2005) American Psychiatric Association-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. Journal of the History of the Behavioral Sciences, 41(3): 249-267.
- McCaffrey R. (2009) The effect of music on acute confusion in older adults after hip or knee sugery. Applied Nursing Research, 22(1): 17-112.
- Nardi R. (2011) L'anziano fragile. In: Mongardi M. L'assistenza all'anziano ospedali, territorio, domicilio. Milano: Mc Graw Hill, 358-363.
- Ouldred E., Bryant C. (2011) Delirium: prevention, clinical features and management. Nursing Standard, 25(28): 47-58.
- Schober M., Affara F. (2008) Assistenza infermieristica avanzata. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Schreier A.M. (2010) Nursing Care, Deirium, and Pain Management for the Hospitalized Older Adult. American Society for Pain Management Nursing, 11(3): 177-185.
- Sironi C. (2008) Advanced Nursing Practice: il contributo dell'ICN nell'evoluzione dei modelli. In: Atti del XVIII Congresso nazionale CNAI, Innovazione, qualità e costi: come governare il cambiamento nell'assistenza infermieristica, Milano, 22-23 marzo 2007, stampato in proprio, pp. 56-64.
- Sironi C. (2010) Introduzione alla ricerca infermieristica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

** Infermiera- Istituto Palazzolo R.S.A "Casa S.Giuseppe" Cantello (Va).*

Dalla parte del bambino

*rubrica a cura di Giovanna Colombo**

17 novembre World Prematurity Day



Il 17 novembre si celebra la Giornata Mondiale del neonato pretermine **(World Prematurity Day)**. Si tratta di un'iniziativa voluta dalla **EFCNI (European Fondation for the care of the Newborn Infant)** un'organizzazione pan europea che nasce nel 2008, è costituita da genitori ed esperti delle società scientifiche dell'ostetricia e neonatologia per migliorare l'assistenza ai neonati pretermine e con malattie e dare sostegno ai loro genitori. La mission della EFCNI è quella di fornire una piattaforma per tutti coloro che sono coinvolti nella gravidanza e nel parto, accogliere le sfide e le aspettative di tutti e creare una rete per erogare assistenza materna e neonatale di alta qualità. È infatti un impegno costante della EFCNI quello di rappresentare un'azione di coordinamento e integrazione delle attività svolte di cura dei neonati pretermine, di prevenzione del parto pretermine, di assistenza a lungo termine dei neonati, nonché di sostegno ai genitori e legame con operatori sanitari e scienziati che operano nel settore. La EFCNI si propone di sostenere la formazione degli operatori sanitari e dei ricercatori per migliorare sia la prevenzione che la cura Lo scopo principale dell'associazione è garantire l'attenzione e la salvaguardia dei diritti dei neonati pretemine. La EFCNI ha attuato diverse iniziative proprio per attirare l'attenzione non solo dei genitori e degli operatori del settore ma anche dell'intera società, dell'opinione pubblica e dei parlamentari, anche a livello europeo, per dar voce a chi non può esprimersi e rivendicare i suoi diritti. Una delle importanti iniziative redatte dalla EFCNI è la stesura del Libro bianco (**WHITE PAPER** intitolato **"Caring for tomorrw"** un documento molto importante che non si limita a porre l'accento sulle problematiche della prematurità ma offre un valido aiuto ai professionisti in termini di raccomandazioni per poter offrire un trattamento di cura con un elevato standard qualitativo. Il volume, disponibile in formato elettronico, accedendo al sito della EFCNI, contiene 13 capitoli di raccomandazioni per altrettante tematiche inerenti la salute della donna in gravidanza, dei neonati pretermine ma anche la pianificazione di strategie in ambito pubblico a sostegno di neonati e genitori. L'iniziativa più conosciuta della EFCNI è quella legata alla giornata del 17 novembre intitolata **"Calze per la vita" (SOCKS FOR LIFE)** che ha la finalità di focalizzare l'attenzione e creare consapevolezza delle problematiche dei neonati pretermine attraverso la creazione di attività artistiche e l'esposizione simbolica di calzine stese sui fili in tutti quei luoghi sensibili a questa iniziativa, in particolare nei reparti di terapia intensiva neonatale, all'interno degli ospedali, ma anche nelle città, e ovunque si aderisca a questa iniziativa. Il manifesto riproduce nove calzine da neonato e una di dimensioni più piccole a significare il neonato





pretermine: su 10 neonati, uno nasce pretermine. Il colore individuato come simbolico distintivo dell'evento è il viola e a questo proposito, se pre la EFCNI ha proposto di illuminare simbolicamente di viola gli edifici delle città. La giornata del 17 Novembre si è celebrata per la prima volta nel 2008 su iniziativa delle associazioni di genitori in Europa, e dal 2011, a livello mondiale. Da allora, molte associazioni, gruppi, organizzazioni sanitarie, in tutto il mondo con il coinvolgimento di circa 60 paesi, hanno scelto di celebrare questa giornata a testimonianza che le problematiche legate al mondo della prematurità sono fortemente sentite. Nell'ottica del sostegno a neonati e genitori, ma soprattutto per il rispetto della salvaguardia del loro diritto ad avere cure di qualità la EFCNI, ha lanciato una campagna di raccolta di voti, per ogni singolo paese europeo affinchè le problematiche della gravidanza, della nascita pretermine vengano prese in considerazione nel parlamento europeo. A tal proposito si invita chiunque fosse sensibile all'iniziativa ad esprimere il proprio voto andando sul sito della EFCNI e selezionando il paragrafo ***ene, mene, mini,*** cliccare sul **simbolo blu**, dopo aver selezionato il paese di provenienza. Anche a Como le Terapie Intensive Neonatali dell'Azienda Ospedaliera S.Anna e dell'Ospedale Valduce hanno aderito, con diverse iniziative alla proposta di celebrare la giornata Mondiale del neonato pretermine L'impegno della EFCNI a sostegno della neonati prematuri, dei genitori e anche degli operatori delle Terapia Intensiva Neonatale esprime appieno quell'alleanza che dovrebbe essere alla base di ogni rapporto di cura e di assistenza e che, per noi infermieri della neonatologia rappresenta la realizzazione del mandato deontologico nella sua accezione più ampia



Word prematury day Ospedale S.Anna"

e profonda, con particolare attenzione alla difesa dei minori e dei loro diritti. L'alleanza che si stabilisce tra i curanti, in particolare gli infermieri che stanno vicino a neonati e genitori 24 ore su 24, soprattutto nelle tin, ha come finalità quella di raggiungere passo dopo passo piccoli traguardi o semplicemente, in alcuni casi, accompagnare entrambi in percorsi difficili e non privi di dolore. E nel nome di quest'alleanza, che si afferma la professionalità intesa come necessità di definire e rendere noto, non solo ai colleghi ma all'intera società, i principi e i valori a cui attenersi, in questo caso l'attenzione ai diritti di neonati e genitori e la salvaguardia della loro dignità personale. *"Obiettivo dell'assistenza infermieristica pediatrica è mettere la famiglia nella condizione di rispondere autonomamente ai bisogni del bambino restituendole quel ruolo al quale socialmente e culturalmente deputata"* (G. Pitacco in M.Casati pag. 168)



Word prematury day Ospedale Valduce

BIBLIOGRAFIA

1. http://www.efcni.org/ consultato il 05/11/2012.
2. 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.
3. Federazione Nazionale Collegi IPASVI Silvestro A.(2009) Commentario al Codice deontologico degli infermieri. Milano McGraw-Hill.
4. M. Lusignani, B. Mangiacavalli, M. Casati: Infermieristica generale e organizzazione della professione. Masson 2003.

**Giovanna Colombo infermiera Terapia Intensiva Neonatale Azienda Ospedaliera S.Anna*

Diritto e rovescio

rubrica a cura del dott. Stefano Citterio e Rita Redaelli***

La Contenzione dei pazienti: doveri e responsabilità

Analizziamo in questo numero due sentenze, opposte in termini fattuali, ma con il comune denominatore della contenzione del paziente, lecita o non, con lo scopo di illustrare come la responsabilità infermieristica possa essere giudicata, in sede dibattimentale, in modo del tutto differente pur in vigenza di medesime norme.

Il primo caso che vi sottoponiamo è illustrato nella Sentenza del 17 maggio 2013 n. 21285, Cassazione Penale, sez. IV. Siamo nell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica dove un uomo in stato di grave agitazione, disorientamento e confusione mentale, muore in seguito a caduta accidentale dal letto di degenza, causata, come afferma la Corte d'appello, dalla mancata apposizione delle sponde al letto del paziente "quale intervento non cruento e non invasivo atto ad evitare o, comunque a diminuire fortemente il rischio di cadute". Questa omissione, sempre secondo i giudicanti, è "connotata da elevatissima negligenza, in violazione di un chiaro obbligo di protezione gravante sul personale infermieristico del nosocomio a salvaguardia del rischio di caduta cui il paziente si trovò concretamente esposto, come comprovato dalle condizioni di disorientamento, di agitazione e di confusione mentale, documentate dal diario infermieristico, a partire dal (OMISSIS) e ribadite alle ore 6 dello stesso giorno dell'incidente". Il paziente è caduto alle ore 2.30, più di venti ore dopo la prima annotazione di pericolo nel diario infermieristico. La collega, già condannata in primo grado di giudizio, ha proposto ricorso appellandosi a diversi motivi. In particolare chiede di accertare i comportamenti degli altri infermieri, in servizio nei turni precedenti, visto che le annotazioni riportate in merito alle precarie condizioni del paziente avrebbero dovuto allarmare tutti i sanitari, sperando in tal modo di escludere, o almeno attenuare, la sua pozione. Il ricorso per la Corte è inammissibile. Questo accertamento viene ritenuto inutile poiché "non avrebbe condotto all'esclusione o alla limitazione della colpevolezza dell'imputata che, all'inizio del turno di servizio alle ore 21, constatata la mancata apposizione delle sponde al letto del paziente (concretamente esposto al rischio di cadere dal letto, per le condizioni di abnorme agitazione e di disorientamento documentate dalle ripetute e conformi annotazioni riportate sul diario infermieristico) era tenuta, in nome dell'obbligo di protezione su di lei gravante in ragione delle mansioni esercitate (e quindi della posizione di garanzia rivestita) ad adottare la suddetta misura volta ad evitare il verificarsi di eventi accidentali, peraltro ampiamente prevedibili, non potendo costei giovarsi del rifiuto opposto dal paziente, facilmente e doverosamente superabile richiedendo l'intervento del medico di guardia". In ordine alla richiesta di revisione della pena inflitta, che era stata rideterminata in aumento, la Corte non fa retromarcia poiché ribadisce "l'elevatissima negligenza", la "notevole gravità del reato" ed il "rilevantissimo grado della colpa": "notazioni valutative del comportamento dell'imputata e delle conseguenze del reato commesso, invero logicamente ed obiettivamente incontestabili nel caso di specie; donde la legittima applicazione, con le già concesse attenuanti generiche, della pena di mesi otto di reclusione, ritenuta di giustizia" e la condanna al

pagamento delle spese processuali.
Proviamo a fare un po' di chiarezza. La colpa nel diritto penale si ha quando un evento è attribuibile al volere del soggetto ma è privo della sua volontà di ledere. L'art. 43 del codice penale recita infatti " il delitto è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero, per inosservanza di regolamenti, ordini o discipline". L'evento colposo in questo caso è determinato da "elevatissima negligenza" a causa della mancata adozione delle cautele imposte dalle regole cautelari che doverosamente devono essere adottate in base alla comune esperienza professionale e al buon senso, e dalla mancanza di attenzione e sollecitudine. L'altro punto su cui fa leva la Corte è la posizione di garanzia rivestita dall'infermiere. Come già esposto in un precedente articolo ricordiamo che l'infermiere, così come il medico, ha l'obbligo giuridico di impedire l'evento lesivo per la salute e prevenire l'evento morte; nello specifico deve preservare il paziente da tutti i pericoli che possono minacciarne l'integrità, quale che sia la fonte da cui scaturiscono (posizione di protezione) e allo stesso modo deve neutralizzare determinate fonti di pericolo in modo da garantire l'integrità del soggetto che ne può risultare minacciato (posizione di controllo). Vediamo poi, come ancora una volta, la cartella infermieristica sia fondamentale in sede dibattimentale. La ricostruzione dei fatti è dettata dagli atti, da quanto viene scritto e firmato, da noi e dai nostri colleghi. Certo, è possibile tentare di difendersi, ma risulta assai complesso giustificare un'omissione quando si viene di fatto inchiodati di fronte a una palese responsabilità. Il dibattito in tema di liceità dei mezzi di contenzione resta aperto, non è questa la sede per discutere approfonditamente di mezzi e modalità per applicarla, di certo è necessario riflettere sul nostro atteggiamento nei confronti di questa pratica. L'infermiere può e deve ricorrere a mezzi di contenzione se lo stato del paziente lo richiede, purché ne documenti i motivi in cartella infermieristica, indichi il dispositivo scelto e la durata del suo utilizzo. La contenzione è "atto straordinario", ma è anche vero che in alcuni reparti rispetto ad altri si può trovare una tipologia di pazienti che richiede, proprio a causa delle proprie peculiarità, un suo ricorso più frequente. Oggi si tende a punire l'abuso dei mezzi di contenzione non l'uso corretto e motivato. Esistono poi diversi tipi di mezzi di contenzione, non tutti lesivi della dignità e della libertà del soggetto. L'utilizzo di questi dispositivi non esime comunque l'infermiere da un serrato controllo del paziente. Pensiamo ad esempio come possano essere pericolose le sponde al letto se non associate alla vigilanza: il paziente, in stato confusionale, potrebbe cercare di scavalcarle e, cadendo lo stesso, rischierebbe di provocarsi un danno maggiore. Di sicuro il paziente è stato molto sfortunato nel riportare un trauma contusivo tanto grave da condurlo alla morte e sicuramente delle responsabilità esistono ed è giusto che vengano attribuite. Il fatto che l'unica persona ritenuta responsabile, però, sia l'infermiera in turno al momento dell'incidente, lascia un po' di perplessità. Sembra una sorta di roulette russa, l'incidente era prevedibile, sarebbe potuto accadere in qualunque momento o sarebbe potuto non accadere mai, chi paga per l'incendio però è chi viene trovato con il cerino in mano, in un'equipe questo non dovrebbe avvenire.
Analizziamo ora un famoso caso portato alla



ribalta dalla cronaca recente. Parliamo del caso di **Francesco Mastrogiovanni**, il maestro elementare morto il 4 agosto del 2009, all'età di 58 anni, in seguito al ricovero in Spdc con trattamento sanitario obbligatorio poiché in stato di "agitazione psicomotoria, alterazione comportamentale ed eteroaggressività". La diagnosi d'ingresso è "disturbo schizoaffettivo e dipendenza da cannabinoidi". Il paziente è stato sedato farmacologicamente ed in seguito anche in modo meccanico mediante "fasce di contenzione ai piedi ed alle mani, senza alcuna interruzione e senza che venisse mai slegato per più di tre giorni, senza effettuare alcuna visita di controllo sulle ferite che egli aveva riportato agli arti e al corpo a causa della contenzione e senza curare le predette ferite, senza dargli né cibo e né acqua, ma solo idratandolo con delle flebo". La motivazione della contenzione è attribuibile, inizialmente, ad una disposizione della polizia giudiziaria che ha richiesto il prelievo delle urine, necessario per l'applicazione della sanzione amministrativa costituita dal ritiro della patente di guida.

Il paziente, al di là di ogni logica, viene contenuto e cateterizzato, e dopo essere stato abbandonato a sé stesso, senza venire alimentato e idratato, all'interno di un reparto sprovvisto di aria condizionata, nel mese di agosto, muore, a distanza di ottanta ore dal ricovero. All'esito dell'esame autoptico i consulenti individuavano la causa della morte del Mastrogiovanni in un edema polmonare acuto, diretta conseguenza delle modalità con cui è stata effettuata la contenzione fisica. Si specifica inoltre che la mancata nutrizione e l'omessa introduzione di liquidi (se si eccettuano la soluzione fisiologica e glucosata) avevano cagionato una disidratazione che "unitamente al prolungato blocco dei muscoli respiratori, allo stato di agitazione (rilascio di catecolamine), all'uso di farmaci antipsicotici hanno causato l'edema polmonare acuto riscontrato all'esame autoptico e confermato all'esame istologico". Il tutto è stato ripreso dalle telecamere di videosorveglianza che catturano il momento del decesso, scoperto ben sei ore dopo. Il Tribunale di Vallo della Lucania condanna i medici per sequestro di persona e assolve, si, assolve gli infermieri. Come può essere possibile una sentenza di assoluzione? Lo spiegano i Giudici, in modo alquanto discutibile per come è dato conoscere lo stato dell'arte della professione infermieristica ai giorni nostri. Tralasciando, per doverosi motivi di sintesi, la sentenza consta di ben 189 pagine, la follia delle motivazioni della contenzione definita dai consulenti tecnici del PM "effettuata al di fuori da qualsiasi regola e protocollo, tanto che non abbiamo dubbi a definirla illecita, impropria e antigiuridica" arriviamo alle motivazioni dell'assoluzione degli infermieri. Per i Giudici la contenzione è atto medico, in questo caso assolutamente non giustificato, da qui la condanna dei medici per sequestro di persona. Durante lo svolgimento del processo non è stato possibile dimostrare con certezza la penale responsabilità degli infermieri con conseguente insussistenza della loro colpevolezza. Questo perché il quadro che emerge dagli atti dipinge una situazione di totale assenza di identità professionale con un'abnegazione assoluta degli infermieri nei confronti dei medici. Un infermiere in corso di interrogatorio afferma "in effetti, io se dipendeva da me l'avrei anche fatto (slegarlo), però siccome i primi anni che sono venuto a Vallo qualche volta di mia iniziativa ho slegato un paziente e sono stato richiamato verbalmente…. Il medico mi ha detto di no". Gli infermieri non hanno una cartella infermieristica, la pianificazione assistenziale è pura fantascienza, non è rinvenibile alcun atteggiamento critico nei confronti della situazione del paziente. Il medico ha ordinato l'applicazione dei dispositivi di contenzione, loro li hanno applicati. Il medico non ha ordinato di rimuoverli e loro non li hanno rimossi. Il tutto in capo alla norma di giustificazione, scriminante, prevista dall'articolo 51 c.p. sull'adempimento del dovere dovuto a un ordine del superiore. Il medico è gerarchicamente superiore all'infermiere? La risposta appare ovvia: no. L'unico responsabile dell'assistenza infermieristica è l'infermiere. Il medico è titolare del processo diagnostico e terapeutico, con tutto quello che questo comporta, ma l'assistenza infermieristica, la risposta ai bisogni di assistenza

infermieristica, non fanno capo al medico, ma solo all'infermiere, che deve, ma in questo caso è necessario dire 'dovrebbe', esserne l'unico e ineludibile responsabile. Questi infermieri, invece, poiché si autoumiliano, azzerandosi professionalmente, adducendo di aver solo ubbidito ad un ordine medico, non documentando il processo di assistenza infermieristica perché non attuato, nascondendosi dietro la mancanza di formazione nei confronti del tema contenzione, vengono assolti. Accanirsi sembra inutile, si resta sbigottiti, chiedersi come sia possibile non prestare cure a una persona legata e abbandonata senza chiedersi il perché, senza immaginare che sta andando in contro a morte certa, è già umanamente inspiegabile. Domandarsi come possa farlo un infermiere, oltretutto nel pieno esercizio lavorativo, va davvero oltre ogni ragione. Non ci sono parole.
Ci aspettiamo che il Collegio di riferimento assuma le proprie iniziative, indipendentemente da quello che sarà il procedimento penale che è solo al primo grado e, come sappiamo, in Italia i gradi di giudizio sono tre. Serve un coro comune di condanna professionale perché certe macchie sull'onore della professione infermieristica proprio non possono starci.
Ecco qui, due casi, diversi tra loro, è vero, ma legati da un finale un po' bizzarro. Nel primo caso, per negligenza, la collega non utilizza mezzi di contenzione, il paziente muore e lei, solo lei, viene condannata a otto mesi di reclusione. Nel secondo caso il paziente viene contenuto senza ragione, viene di fatto sequestrato, muore di stenti e gli infermieri? Vengono assolti...
Segno, questo, che dimostra come in materia di responsabilità, civile e penale, l'immagine dell'infermiere non abbia ancora trovato un suo status, determinando tesi del tutto antitetiche e spesso mortificanti di una figura professionale che non riesce e molte volte non vuole affermare sé stessa, nascondendosi sotto il mantello del paternalismo medico per evitare di rispondere, davanti alla giustizia, di responsabilità che oggi sono intrinseche al nostro Profilo. Molte volte come professione rivendichiamo, giustamente, un riconoscimento dello sviluppo professionale, in termini economici e di prestigio sociale, ma dall'altro non sempre riusciamo come professione a fare nostro il concetto che autonomia e professionalità sono direttamente proporzionali al concetto di responsabilità

*Presidente Collegio IPASVI di Como
**Infermiera legale e forense, consigliere IPSVI di Como



News from the web

*rubrica a cura di Inf. AFD Paola Mariella Pozzi**

Infermieristica su youtube

http://www.youtube.com/user/karlo1967
La videoteca delle tecniche infermieristiche è un progetto didattico dell'Università di Torino a cura del dott. Carlo Ruffinengo. I video realizzati sono disponibili su youtube per suggerimenti e analisi dettagliate, per i visitatori occasionali e i docenti. I video variano dalle tecniche elementari rifacimento del letto, all'iniezione intramuscolare al bls e impianto del PICC. La riproducibilità delle tecniche infermieristiche ha sempre trovato nello scritto e nelle immagini un supporto ottimale per la didattica poi nella pratica i movimenti e le azioni veloci non consentono un analisi dettagliata dei passaggi. L'utilizzo dei video e la condivisione consente di fare un analisi dei singoli passaggi per azioni che fatte in automatismo durano pochi secondi o frazioni, l'utilizzo da parte degli studenti dei video consente poi un autocritica e una maggiore comprensione della tecnica.



http://www.youtube.com/user/iavol83
Esplorando il corpo umano - Siamo Fatti così
La stagione completa di 26 episodi di ESPLORANDO IL CORPO UMANO - SIAMO FATTI COSI' serie televisiva a disegni animati francese educativa, dedicata al funzionamento del corpo umano, composta da 26 episodi di 25 minuti. Il cartone animato, destinato a un pubblico di bambini e adulti, illustra con l'aiuto di personaggi animati la struttura e le funzioni del corpo umano, utilizzando figure antropomorfe per rappresentarne i componenti microscopici, dai globuli bianchi alle vitamine, ai componenti del DNA. Fra i personaggi che hanno un ruolo centrale vi è un gruppo di globuli rossi formato da alcuni individui tra i quali Emo e Globina, ed un globulo rosso anziano, Globus, che fa da Cicerone, spiegando di volta in volta, durante ogni episodio, i principali aspetti della biologia umana.

https://bibliomed.bib.uniud.it/links/indice-link-utili/c-l-infermieristica/video
Dell' Azienda ospedaliero-universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine nella sezione "Metodologia Clinica Infermieristica". il catalogo di procedure infermieristiche, con video provenienti da tutto il web che vanno dalla gestione delle ferite ed altre operazioni comuni, Prelievo campioni ematici ed apertura vie d'infusione, Stomie, Interventi medicina d'urgenza, I Drenaggi Toracici, Tecniche Infermieristiche Varie, ADL.

http://www.youtube.com/user/LaerdalItalia/videos
Video sulla rianimazione cardiopolmonare, promozione della campagna VIVA, pronto soccorso.



http://www.youtube.com/user/NursingUniBoFaenza?feature=watch
Il Laboratorio di simulazione è nato nel 2011 in occasione della rimodulazione dei processi didattico - organizzativi a seguito del DM 270/04. Le attività svolte sono di alta simulazione in quanto studenti e tutor clinici possono utilizzare le seguenti tecnologie. Manichini: SimMan 3G, Nursing Anne, VitalSim, Convalescent Kelly, Nursing Baby, SimPad, simulatore per accesso vascolare su neonato, simulatori neonati per assistenza di base. Simulatori: Simpad Blood Pressure Trainer, Trainer specifico per SNG e cura della tracheostoma, Chester chest, Kit braccio per puntura arteriosa, Modello per palpazione al seno, Airway Management Trainer, set per la valutazione e la cura delle lesioni per Nursing Anne, modulo mastectomia.
Strumenti: Monitor, aspiratori, ECG, termoculle, unità del malato...
Presidi: Tutto il materiale normalmente in uso nelle realtà operative di tirocinio

*Caposala pronto soccorso ospedale Valduce e vice presidente Collegio IPASVI

Posta e risposta

*a cura del dott. Stefano Citterio**

D. Gentile Presidente,
La Job Description dell'Infermiere, vigente nell' Azienda dove lavoro, alla voce "Gestione del personale" riporta, tra l'altro, "Espletare la procedura di accoglimento e inserimento del personale infermieristico neo assunto" e "Partecipare alla valutazione del personale infermieristico neo assunto nell'U.O."
Vorrei chiedere: qualora il coordinatore della stessa U.O. non trovasse disponibilità in nessun infermiere per l'affiancamento (della durata di 3 mesi) del/della collega (si parla di "neo assunto" probabilmente intendendo anche "trasferito mediante mobilità interna", ma è una mia ipotesi), la Direzione avrebbe facoltà di assegnare d'ufficio tale ruolo a qualche infermiere? E, a fronte di una motivazione valida, l'infermiere potrebbe ulteriormente rifiutarsi o incorrerebbe in sanzioni?
Cordiali saluti.

R. Gent.mo Collega,
ti rispondo anche a seguito del colloquio telefonico intervenuto.
La tua comunicazione, come mi hai anche confermato a viva voce, nasconde una difficoltà che va oltre le domande espresse che, per il loro contenuto, non possono trovare accoglimento. Infatti, esiste, sia dal punto di vista professionale che da quello deontologico, l'impegno da parte del professionista di formare il neofita (anche lo studente).
A conferma di ciò, cito il profilo DM 739/94, come esempio: "… l'infermiere concorre direttamente all'aggiornamento del proprio profilo…", intendendo, non solo la propria formazione ma certamente anche quella del personale neo-assunto/neo inserito.
Anche il codice deontologico va in questa direzione e, se vogliamo allargare ulteriormente il discorso, la sociologia delle professioni ci racconta come per tutte le attività professionali, il controllo della formazione dei nuovi professionisti costituisce una tappa fondamentale del percorso di professionalizzazione.
Del resto, se non lo facesse il professionista chi lo potrebbe/dovrebbe fare?
Considerando questo presupposto, il rischio della posizione che traspare dai quesiti che hai posto, è quello di mettersi nella condizione di farsi imporre da altri ciò che fa parte della nostra professionalità oppure di far formare il neoassunto/neo assegnato da altro personale (torniamo al passato dove la valutazione era firmata dal medico?).
Chiarito (qui in modo sintetico, a voce forse un po' più estesamente) che tale aspetto è connaturato al ruolo dell'infermiere, a maggior ragione di coloro che vogliono dichiararsi professionisti, è utile indirizzare i propri interrogativi su altre questioni che mi hai riferito. Cito alcune domande che mia hai posto/espresso più o meno direttamente al telefono.
Perché non reinserire una persona già competente, trasferita in altra U.O.? Quale ruolo ha, deve avere il tutor? La decisione finale sull'esito del periodo di inserimento spetta al coordinatore o al tutor? Quali requisiti è opportuno che abbia il tutor? E' sufficiente l'esperienza nel settore?
Come ci siamo detti, porre la questione in questi termini può rappresentare un valore aggiunto per tutti. Altrimenti si rischia di assumere atteggiamenti potenzialmente conflittuali, non utili a nessuno, che raccontano di una professione esecutiva e non rappresentativa della responsabilità che ha. Per questo mi pare più interessante e professionalizzante esplicitare le difficoltà concrete dell'affiancamento come in parte mi hai riferito.

Molte delle risposte dovrebbero trovarsi in una procedura/protocollo di accoglimento/inserimento del personale neoassunto/neo assegnato aziendale e/o di Unità operativa (eventualmente proponetevi di definirla/migliorarla, per forza deve già esserci qualcosa!).
Non facciamo l'errore, purtroppo frequente, di porre male delle questioni giuste, rischiando di passare dalla parte del torto anche quando si ha (almeno potenzialmente) ragione.
Disponibile ad ulteriori chiarimenti, cordiali saluti.

D. Egregio Ipasvi Como,
La sentenza della Corte di Cassazione del 2012 n. 3717 "Liberalizzazione della pubblicità informativa dei professionisti della salute" ha superato le linee guida della FNC del 2010. Dato che la federazione Ipasvi interpellata da me non ha dato nessuna risposta valida su quanto detto sopra mi ha riferito che è il collegio di appartenenza che deve vigilare, ma su linee guida vecchie?
Con questa sentenza il professionista della salute può fare pubblicità secondo i modi che il mercato mette a disposizione. Il collegio deve vigilare sulla correttezza, veridicità e decoro della professione.
Cordialmente Vi ringrazio attendo Vostra risposta.

R. Gent.mo Collega,
la problematica che sollevi in merito alla pubblicità sanitaria è particolarmente interessante e rilevante anche per le ricadute che può avere sulla attività libero professionale degli infermieri.
In questo momento storico di inoccupazione che ha investito anche gli Infermieri (tradizionalmente immuni da queste problematiche) la Federazione ha deciso di investire energie per la promozione della libera professione come modalità di lavoro e arricchimento professionale.
Ti informo che a livello centrale è stato istituito uno specifico gruppo di lavoro sulla libera professione che, nel contesto della prossima conferenza nazionale prevista per novembre, renderà noti i documenti elaborati tra i quali vi è un aggiornamento delle linee guida sulla pubblicità sanitaria.
In seguito questi documenti saranno diffusi e resi disponibili.
E' importante, come hai fatto tu, evidenziare e sollecitare interventi (che, se riguardano modifiche normative, non possono che essere di natura politica) che consentano di rendere le attuali normative il più rispondenti possibili alle esigenze dei professionisti consentendo pari opportunità a tutti i soggetti in causa. Per questo ti invito a dare il tuo contributo nel contesto della conferenza nazionale sulla libera professione che si terrà (salvo variazioni di programma) il 24 novembre p.v., a Bologna.
Ovviamente resto a disposizione per ulteriori comunicazioni o per un eventuale colloquio qualora tu lo ritenessi utile. Cordiali saluti

---

D. Buon giorno,
sono iscritta al collegio di Como dal novembre 2004. Avrei bisogno di un chiarimento.
Nel posto in cui lavoro mi hanno chiesto di essere formata per eseguire le audiometrie.
So che per fare le audiometrie ci vuole lo specialista audiometrista, titolo acquisito dopo laurea triennale universitaria. E' corretto?
Io non posso fare le audiometrie perchè non sono in possesso del titolo necessario e se accettassi di farle incorrerei nell' abuso di professione. Corretto?
Ora se un infermiere accettasse di eseguire tali esami senza il titolo necessario, oltre alla multa e alla reclusione, qualora si scoprisse, in quale altra pena si potrebbe incorrere?
Si potrebbe essere radiati dall'albo?
Solo per chiarire a chi mi ha fatto la proposta il motivo della mia risposta negativa.
Vi ringrazio anticipatamente.

R. Gent.ma Collega,
devo confermare che l'esecuzione dell'esame audiometrico è di competenza esclusiva del Tecnico Audiometrista come indicato dal DM 14 settembre 1994, n. 667 cui compete "l'esecuzione di tutte le prove non invasive, psico-acustiche ed elettrofisiologiche di valutazione e di misura del sistema uditivo e

vestibolare ed alla riabilitazione dell'handicap conseguente a patologia dell'apparato uditivo e vestibolare".
In base alla legge n.42/1999 il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie (tra cui l'infermiere e il tecnico audiometrista)è determinato da tre elementi positivi (il profilo istitutivo, il codice deontologico e l'ordinamento didattico) e da un limite, rappresentato dal rispetto delle competenze previste dalla professione medica e delle altre professioni sanitarie.
Di conseguenza l'esecuzione di tali esami da parte di un infermiere, o di un'altra professione sanitaria (ad esclusione del medico) comporta l'abuso di professione (reato penale) e anche l'avvio di un procedimento disciplinare a carico dello stesso da parte del collegio/ordine professionale di riferimento. Disponibile per ulteriori chiarimenti.
Cordiali saluti.

**Presidente Collegio IPASVI di Como*

notizie in pillole a cura di S. Citterio

COSTI STANDARD. LA NUOVA PROPOSTA REGIONALE: "VIA LE REGIONI BENCHMARK. GLI STANDARD SI BASINO SU TUTTE LE REALTÀ IN REGOLA CON I CONTI"

La discussione sui costi standard sanitari entra nel vivo. E le Regioni, dopo aver dato il loro assenso ad applicarli in via prioritaria sul riparto 2013 seguendo la logica delle 5 regioni benchmark, hanno approvato una nuova proposta per il 2014 da sottoporre al Governo per modificare l'attuale legge sul federalismo fiscale. La proposta prende lo spunto da una nota della Regione Toscana che ribalta sostanzialmente la logica del documento del ministero della Salute del luglio scorso basato su 5 Regioni benchmark dalle quali selezionare le tre di riferimento per l'applicazione dei costi standard al riparto del fondo sanitario. La proposta, sulla quale si dovrà ora lavorare nel merito per trasformarla in una norma emendativa al Dlg 60 del 2011 (le Regioni spingono perché si possa fare già in sede di legge di stabilità), abbandona di fatto la logica delle Regioni benchmark prevedendo in alternativa "un metodo che definisca a cadenza annuale, ed in connessione con l'attribuzione alle regioni delle risorse destinate ai servizi sanitari, standard di qualità e livelli obiettivi di servizio che tutte le regioni sono chiamate a garantire". Per la Conferenza dei Presidenti, infatti, la logica delle tre Regioni benchmark per la definizione dei costi standard non va bene perché, si legge nel documento, è "basata in via prioritaria sul criterio economico rispetto a quello della qualità dei servizi erogati". Ma anche perché, "l'utilizzo del risultato medio delle tre migliori regioni quali standard di riferimento comporta l'individuazione di obiettivi troppo sfidanti per le Regioni con maggiori problemi che operano in contesti demotivati e insostenibili". Piuttosto che rischiare di non raggiungere alcun obiettivo, è quindi meglio – si legge ancora nel documento - abbassarli per renderli "sfidanti, ma raggiungibili". Ma anche spostare l'ago della bilancia oggi fermo sugli obiettivi economici un po' più verso la qualità, prevedendo "più correttamente un bilanciamento della prospettiva economica con quella dei volumi, della qualità e dell'appropriatezza dei servizi erogati, per evitare di promuovere comportamenti tesi al contenimento della spesa ottenuto però mediante tagli dei servizi e non grazie al miglioramento dei livelli di assistenza".
I nuovi criteri, in prima applicazione, potrebbero basarsi sui risultati medi delle regioni "non in piano di rientro", da declinare in termini di qualità, appropriatezza ed efficienza dell'offerta sanitaria per ciascun livello assistenziale "e non solo medico", su cui è invece incentrato il decreto 68/2011 sulla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard, quasi dimenticando - sottolinea la proposta – "le altre dimensioni e macrolivelli assistenziali del sistema sanitario".
In tal modo, quelli proposti alle Regioni saranno obiettivi "sfidanti", che richiederanno "sforzi significativi", ma che saranno comunque "raggiungibili" anche nelle Regioni più in difficoltà. Via via che le Regioni rientrano dalle loro crisi di bilancio grazie ad adeguate strategie orientate alla qualità ed alla riorganizzazione dei setting assistenziali, si potrà passare a un nuovo sistema di calcolo dei costi standard che sia ancora più sfidante e che dovrebbe prevedere standard di riferimento calcolati sulla media delle Regioni con risultati superiori alla media nazionale.
"Questo – ribadisce il documento - per garantire un processo continuo di miglioramento della qualità dei servizi e di miglioramento complessivo dei rendimenti del sistema sanitario nazionale, con risultati determinanti sulla crescita del prodotto interno lordo".

(Tratto da www.Quotidianosanità.it)

Infermieri al cinema...

rubrica a cura di Simona Mordente e Paola Zappa***

Si apre con questo numero la nuova rubrica "Infermieri al cinema ….", che dedica alla filmografia uno spazio dal titolo "Infermieri al cinema: per vedere, pensare, divertirsi, cambiare?".
Senza nessuna pretesa di fare critica cinematografica, vogliamo proporre la visione di alcuni film che ci sono piaciuti e che pensiamo possano diventare momento di svago per l'infermiere, ma anche sollecitare riflessioni e pensieri. Un modo per osservare la professione in un'ottica differente, dal punto di vista della gente comune, dei pazienti che quotidianamente vivono la malattia e l'ospedale.
E ancora, un modo per guardare quanto bella può essere la nostra professione, oppure confrontarsi per affrontare e superare gli stereotipi che a volte accompagnano la figura dell'infermiere e dei professionisti della salute.
Buona lettura

LA GUERRA È DICHIARATA

E' un film del 2012, diretto ed interpretato da Valérie Donzelli, Gabriel Elkam, Jerem Elkman, che trasforma in commedia l'odissea di due genitori. Un bimbo, la malattia, i sorrisi.
La guerra è dichiarata è una commedia coinvolgente e contagiosa. Cosa racconta il film lo dice senza tanti artifici la prima scena, dove un ragazzo di otto anni, accompagnato dalla mamma, si sottopone a una risonanza magnetica. Il risultato è positivo: nessun pericolo per il piccolo Adamo. Tutto bene.



Quello che lo spettatore capisce immediatamente è che, per sottoporsi a una visita così specifica, in passato il bambino qualche problema lo deve avere avuto. Quello che invece può non sapere è che la mamma e il figlio sono tali anche nella vita reale: lei è Valérie Donzelli, regista ma qui anche interprete, nel ruolo di Giulietta; lui è Gabriel Elkaïm, il bambino che la Donzelli ha avuto da Jérémie Elkaïm, nel ruolo di Romeo.
Dopo la prima scena, infatti, il film torna indietro di una decina d'anni, durante una festa dove Romeo e Giulietta si incontrano, scherzano sui loro nomi shakespeariani, si innamorano e decidono di affrontare la vita (e i sogni di sfondare nel cinema) insieme. E fin da questo salto indietro, quando il piccolo Adamo ancora non era nato, si capisce come il tono della messa in scena non sia quello del melodramma o del dramma tout court ma piuttosto quello della commedia. Un tono che la regia ottiene grazie a una libertà di linguaggio e d'invenzioni sorprendente e dissacrante.
Quando la giovane coppia scopre che il figlio di 18 mesi ha un tumore al cervello, il film non adotta il punto di vista della vittima né segue l'odissea dei due genitori: racconta piuttosto la voglia di Romeo e Giulietta di reagire alla disgrazia. Non è uno scarto da poco: invece di mettersi dal punto di vista di chi soffre (e a ragione, verrebbe da aggiungere, vista la tragedia del figlio), sceglie di raccontare quello di chi reagisce, di chi lotta, di chi cerca in tutti i modi di non farsi schiacciare dal dolore. In questo modo l'inevitabile

meccanismo di identificazione avviene non con la passività della tragedia, ma con la volontà reattiva di chi non vuole cedere alla disperazione.
Di ognuna delle varie «stazioni» di questa laicissima via crucis, la Donzelli mette in evidenza i momenti di involontaria comicità (la pediatra che, dopo aver intuito la gravità della malattia, per chiamare l'ospedale solleva la cornetta di un telefono giocattolo che ha sulla scrivania), senza preoccuparsi di essere scorretta o oltraggiosa (la serie di battute, sempre più allusive e «pesanti » che i genitori si scambiano quando aspettano l'esito dell'operazione e esorcizzano il suo possibile fallimento immaginando «tragedie» ancora più grandi). A volte arriva anche a far ricorso alla magia - per preparare un brindisi di Natale - e aggirare così una scelta estetica esclusivamente realista, che sarebbe state inevitabilmente cupa e depressiva.
Invece alla fine, quando una gita sulla spiaggia testimonia definitivamente la guarigione, da spettatori ci si sente felici e sollevati perché per tutto il film abbiamo lottato anche noi un po' con i genitori, condividendo la loro grinta e la loro forza d'animo e «aiutandoli» a tenere lontano disperazione e rassegnazione.

50 E 50

50 e 50 è un film del 2011 diretto da Jonathan Levine. Adam Lerner (Joseph Gordon-Levitt) è un giornalista radiofonico di 27 anni che convive con la fidanzata Rachael, artista sexy e di talento, che il suo migliore amico Kyle non stima particolarmente.
Dopo una visita medica a causa di dolori alla schiena, Adam scopre di avere il neurofibrosarcoma e schwannoma, una rara forma di cancro che colpisce la colonna vertebrale, è dunque obbligato a seguire una cura chemioterapica.
La sua vita cambia repentinamente. I locali di svago cedono il passo agli ospedali e i piani per il futuro alle strategie per la sopravvivenza.
Una ricerca su internet mostra che le probabilità di sopravvivenza a tale cancro sono del 50%. Adam informa della malattia le persone a lui più vicine, compreso il padre sofferente di demenza e la madre Diane, che si offre di trasferirsi da lui per prendersene cura. Adam rifiuta, in quanto Rachael ha già promesso di occuparsene lei stessa. Ma si dimostra presto poco affidabile e irresponsabile; non accompagna Adam alle sedute di chemioterapia e si dimentica di tornare a prenderlo alla fine, in quanto si sente "a disagio" in ospedale.
La ragazza si tiene occupata altrove e cerca di distrarsi con una sempre più frenetica vita sociale; una notte Kyle vede Rachael con un altro uomo e informa Adam, che la notte stessa la lascia.
Intanto Adam partecipa anche a sedute con Katherine McKay, terapista giovane e di poca esperienza, che ha il compito di aiutarlo ad affrontare il cancro e riconoscere le proprie emozioni. Sebbene inizialmente scettico, con il passare del tempo il ragazzo riesce ad aprirsi riguardo alla malattia e a creare con la terapista un rapporto che va oltre.
Durante la chemioterapia il protagonista conosce altri due pazienti più anziani; Alan e Mitch, con i quali fa presto amicizia. Improvvisamente però Mitch muore, e la paura di Adam si fa più chiara e il timore della morte sempre più manifesto.
Con il passare del tempo emerge che la chemioterapia non ha avuto l'esito sperato e che sarà necessaria un'operazione che metterà a rischio la vita di Adam.



Nella notte che precede l'intervento, carica di disperazione e emozioni forti vissute con l'amico Kyle, Adam chiama Katherine, a cui confessa di non sopportare più la situazione e di non vedere l'ora che tutto finisca.
Il film si conclude con la visione di Adam che da un ultimo saluto alla madre e al padre prima che l'anestesia faccia effetto, consapevole che quello potrebbe essere il loro ultimo incontro.
Il film si ispira alla vita dello sceneggiatore Will Reiser, che ha sperimentato la sua

battaglia personale contro il cancro, e che propone una storia che riflette con una notevole dose di umorismo la sofferenza di un giovane uomo che cerca di trasformare una gravissima malattia in un'esperienza di vita.
Una pellicola impegnativa ma gradevole, che ci mostra che a volte una risata è davvero la miglior medicina.

COMMENTI

Sia il film 50 e 50 che il film La guerra è dichiarata suscitano emozioni, tenerezza, commozione e coinvolgimento, e offrono alcuni spunti di riflessione per noi infermieri, che ci prendiamo cura della persona nella sua interezza, rispondendo e soddisfacendo i suoi bisogni di assistenza infermieristica, ma anche cercando di comprenderne il percorso, le paure e le ansie.
L'infermiere spesso si trova ad accompagnare le persone nelle varie fasi della malattia e molte volte trae importanti insegnamenti dalla forza e dalla dignità con cui i pazienti affrontano un percorso difficile, fronteggiano l'incognita del futuro, si sottopongono a cure ed esami a volte anche molto "impegnativi".
"…… una calda serata di primavera, il profumo inebriante
delle rose del giardino. La vita cambia in un attimo, in quell'attimo
capisci che nulla sarà mai più come prima. Uno tsunami, un'onda
maledetta che spazza via la tua quotidianità ….." cit. M. Quaranta

L'impatto emotivo della diagnosi di una malattia oncologica è devastante per chi scopre di essere ammalato e per chi gli sta accanto. La paura del domani, il terribile tempo dell'attesa: quando aspetti l'esito di un esame o l'effetto di una terapia diventa quasi impossibile fare un progetto.
"Cosa sarà di noi adesso?" … quante volte leggiamo negli sguardi dei pazienti e dei loro familiari lo sgomento, l'angoscia, il dubbio, il senso d'impotenza e di inadeguatezza.
E ogni volta cerchiamo di fare appello a tutte nostre risorse di infermieri per fronteggiare l'onda maledetta.
Accanto alla competenza, spesso un aiuto utile può essere la condivisione e il sostegno (come l'amico di Alan, la terapista o la famiglia del piccolo Adam).
Molte volte, seppur con fatica e sofferenza, fortunatamente la battaglia si vince

** Direzione Aziendale Professioni Sanitarie*
*** Staff Qualità e Accreditamenti – Gestione del rischio*
Az. Ospedaliera Ospedale S.Anna di Como

notizie in pillole a cura di S. Citterio

PRECARI DELLA SANITÀ, PROROGA CONTRATTI E CONCORSI IN VISTA

05/12/2013 - I sindacati e il governo firmano un protocollo d'intesa per avviare soluzioni volte alla stabilizzazione di chi lavora per il Ssn con contratti a tempo determinato o flessibili. L'accordo raggiunto nella tarda serata di lunedì scorso tra ministero della Salute e sindacati sul fronte della stabilizzazione dei lavoratori precari della sanità rappresenta uno spiraglio positivo per le migliaia di professionisti alle prese da anni con contratti atipici e privi di tutele. E' stato infatti siglato il protocollo d'intesa sulla bozza di Dpcm previsto dall'art.4, comma 10, della legge 125/2013 tra il sottosegretario alla Salute Paolo Fadda e i principali sindacati di categoria per individuare soluzioni ai percorsi di stabilizzazione delle varie tipologie di lavoro flessibile. Nel documento viene inoltre messo nero su bianco l'impegno del Governo ad "emettere entro breve tempo specifiche direttive alle Regioni, che possano consentire il mantenimento in essere sino al 31 dicembre 2016 di tutti i rapporti di lavoro anche flessibili e atipici al fine di garantire i Livelli essenziali di assistenza e lo sviluppo dei programmi di ricerca in sanità". Una proroga quasi scontata dunque, per i tanti contratti in scadenza a ridosso della fine dell'anno. "L'esame approfondito del complesso e articolato fenomeno del precariato all'interno del Ssn - recita il documento d'intesa - ha fatto emergere la necessità, ferma restando l'emanazione della direttiva sulla proroga, di individuare ulteriori soluzioni, anche normative, per i percorsi di stabilizzazione di quelle tipologie di lavoro flessibile che non potranno trovare soluzione nel predetto Dpcm. Ulteriori iniziative dovranno essere adottate per garantire anche alle Regioni in piano di rientro dal deficit sanitario la piena attuazione del Dpcm". Percorsi concorsuali, a quanto si legge nella bozza del decreto, potranno essere strutturati a vantaggio di chi abbia maturato negli ultimi 5 anni, almeno 3 anni di servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato. Una soluzione non ritenuta sufficiente, però, da tutte le sigle sindacali. "Si concorda infine - recita ancora il protocollo - sulla necessità di introdurre nell'ordinamento vincoli per evitare la creazione di ulteriore precariato per effetto dell'uso improprio dei rapporti di lavoro flessibile"

Tratto da www.ipasvi.it

Raccomandazioni sul corretto utilizzo dei social media da parte degli infermieri

Recensione: Segnaliamo questo interessante articolo pubblicato su L'Infermiere n. 5 – 2013 che affronta un tema particolarmente attuale per la professione: l'utilizzo dei social media. Ne riportiamo alcuni stralci e suggeriamo la lettura a tutti, in particolare a coloro che utilizzano questi "strumenti" moderni di comunicazione.

di Marina Vanzetta[1], Ercole Vellone[2], Alberto Dal Molin[3], Emma Martellotti[4], Rosaria Alvaro[5]

(1) Dottoranda in Scienze Infermieristiche, Università Tor Vergata, Roma;
(2) Assegnista di Ricerca in Scienze Infermieristiche;
(3) Dottore di Ricerca, Coordinatore del Corso di Laurea Infermieristica Università del Piemonte Orientale, sede di Biella;
(4) Responsabile dei servizi editoriali e giornalistici, Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI), Roma;
(5) Professore associato di Scienze Infermieristiche, Università Tor Vergata, Roma.

Corrispondenza: marina22@libero.it

Sempre più spesso il Web viene utilizzato dalle persone per comunicare, trovare informazioni e condividere esperienze, anche sul tema della salute. Lo sviluppo e la diffusione di Internet ha portato all'elaborazione di strumenti multimediali di comunicazione veloci e sofisticati, quali i *social media*, utilizzabili attraverso differenti tipologie di dispositivi. Questo cambiamento inarrestabile offre nuove opportunità di comunicazione diretta con il cittadino, senza precedenti, e rappresenta quindi una sfida per tutti i professionisti della salute, tra cui gli infermieri. Tuttavia l'uso dei *social media* comporta alcuni rischi, soprattutto se usati in ambito sanitario; se usati in maniera impropria possono violare i diritti del cittadino/paziente (per esempio la privacy), compromettere il suo rapporto con i sanitari o il rapporto tra gli stessi colleghi e minare l'immagine dell'organizzazione o, più in generale, del sistema sanitario.
L'obiettivo di questo studio è quello di individuare e descrivere le corrette modalità di accesso e di utilizzo dei *social media* da parte degli infermieri.

Tutte le linee guida sono concordi nel constatare l'esponenziale sviluppo dei social media, quali nuovi strumenti di comunicazione, e ne individuano però i pro e i contro.
Da una parte, infatti, i social media offrono svariate opportunità:

- favoriscono le relazioni sociali e professionali;
- migliorano la comunicazione con il cittadino e in tempo reale;
- possono fungere da strumento didattico per studenti infermieri e docenti;
- permettono la diffusione rapida di messaggi o campagne di sensibilizzazione (per esempio la campagna per il lavaggio delle mani);
- favoriscono la diffusione e la discussione di buone pratiche di assistenza, di educazione sanitaria e della ricerca;
- permettono di costruire una rete di riferimento affidabile sui temi della salute;
- permettono la condivisione di esperienze;
- aumentano l'aggregazione professionale;
- consentono di rappresentare e tutelare la professione infermieristica.

Dall'altra parte, tuttavia, non mancano diversi rischi correlati all'uso improprio dei social media:

- violazione della privacy di pazienti o colleghi;
- inappropriata condivisione e diffusione di informazioni sensibili;
- violazione dei confini professionali;
- violazione della riservatezza di informazioni sanitarie;
- compromissione dell'immagine professionale dell'infermiere, dell'organizzazione a cui appartiene o del sistema sanitario.



Questi rischi possono compromettere il rapporto tra infermiere e paziente e tra questo e l'intero sistema sanitario.
Le linee guida stesse mirano quindi ad aumentare la consapevolezza degli infermieri su questi strumenti e orientarli a un loro appropriato utilizzo; in ogni documento le raccomandazioni sono accompagnate da esempi di uso improprio dei *social media*, seppure inconsapevole, e ne analizzano le potenziali conseguenze.
Tra le raccomandazioni trovate, il documento dall'American Nurses Association (ANA, 2011) in particolare, propone alcuni principi di uso dei *social media* e dei suggerimenti di base rivolti agli infermieri per non commettere errori nel modo in cui utilizzano questi strumenti.
Secondo tali principi, gli infermieri devono:

- **evitare di trasmettere o mettere online informazioni che possono favorire l'identificazione del paziente;**
- **osservare i principi deontologici e rispettare i confini professionali;**
- **essere consapevoli che i pazienti, i colleghi, le istituzioni e i datori di lavoro possono visualizzare i loro messaggi;**
- **impostare correttamente le opzioni dei social media relative alla privacy e mantenere separate le informazioni personali da quelli professionali;**
- **segnalare alle autorità competenti eventuali contenuti presenti sui social media che possono danneggiare la privacy, il benessere e i diritti degli assistiti o dei colleghi;**
- **partecipare allo sviluppo di politiche istituzionali che disciplinino la condotta online.**

Parallelamente, i suggerimenti basilari sono:

- far valere gli standard professionali anche per la condotta online o in qualsiasi altra circostanza;
- non condividere o pubblicare informazioni o immagini ottenute attraverso la relazione tra l'infermiere e il paziente;
- non fotografare o girare video di pazienti utilizzando dispositivi personali compresi i telefoni cellulari;
- mantenere i confini professionali;
- non fare commenti su pazienti, colleghi o datori di lavoro anche se non sono direttamente identificati.

Le tre rimanenti raccomandazioni (NSNA, 2012; UP SON, 2011; UW SON, 2011), specificatamente rivolte agli studenti di infermieristica, sono in linea con i principi delle linee guida precedentemente proposte.
I *social media* offrono opportunità e potenzialità di comunicazione senza precedenti (Vanzetta M, et al., 2013) ma richiedono di conseguenza una maggiore responsabilità nel loro utilizzo: per sfruttare al meglio questi strumenti è importante conoscerli ed essere consapevoli dei potenziali rischi connessi per evitarne l'uso improprio.
L'uso improprio dei *social media* in ambito sanitario si può riflettere lungo tutti i livelli del rapporto tra il paziente e il sistema sanitario: il rapporto paziente/cittadino, il rapporto tra professionisti e tra questi e l'organizzazione, eccetera.
Il rischio di uso improprio di questi strumenti è elevato, soprattutto perché il fenomeno è in continuo sviluppo e cambiamento e quindi è

difficile da controllare e interpretare in termini scientifici. Peraltro i *social media* sono già stati oggetto di fatti con riflessi penalistici o civilistici in cui era coinvolto il personale sanitario (Benci L, 2013) e oggetto di cronaca (Il Tirreno, 2011; Il Corriere Fiorentino, 2011; Neri M, 2011; Blitz quotidiano, 2011; Quatraro M, 2011).

Il confine tra un corretto e uno scorretto uso, o addirittura abuso, dei social media è sottile (Van de Belt TH, et al., 2012). L'elemento chiave è avere quindi consapevolezza dello strumento che si utilizza e tale consapevolezza dovrebbe essere sostenuta da un'adeguata formazione dei professionisti della salute ma anche, a priori, degli studenti delle facoltà sanitarie durante il loro percorso di studio.

Sarebbe utile effettuare ulteriori studi sull'uso professionale del Web in generale e dei *social media* per meglio comprendere il fenomeno e avviare un confronto intra e interprofessionale che porti alla produzione di raccomandazioni comuni

Per la BIBLIOGRAFIA e l'articolo completo rimandiamo al sito della Federazione IPASVI.
(http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-17-articolo-207.htm)

notizie in pillole a cura di S. Citterio

LOMBARDIA. PSORIASI, VERSO LA STANDARDIZZAZIONE DIAGNOSI E PERSONALIZZAZIONE DELLA CURA

Più del 4% dei cittadini lombardi è impegnato in una lotta quotidiana contro la psoriasi. In Lombardia sono almeno 400.000 le persone che convivono con la psoriasi, una patologia cronica della pelle che può insorgere a qualsiasi età, pregiudicando seriamente la qualità di vita dei pazienti e il cui controllo richiede trattamenti topici e sistemici di lunga durata. Una patologia spesso sottodiagnosticata e non adeguatamente trattata, soprattutto nella sua forma lieve-moderata. Per quanto riguarda la diagnosi e i controlli, l'obiettivo è fare in modo che tutti i pazienti possano sottoporsi a indagini standardizzate: come ha indicato Gianfranco Altomare, Professor ordinario di Dermatologia all'Università degli Studi di Milano e Responsabile del Reparto di Dermatologia e Malattie a trasmissione sessuale presso l'Irccs Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano, "è auspicabile che si arrivi a un'uniformità delle indagini da far eseguire al paziente: un approccio condiviso e univoco nella fase dei controlli diagnostici può essere infatti uno strumento per evitare le complicazioni, come ad esempio l'artrite, che la malattia psoriasica può comportare".

Un altro aspetto, presente soprattutto in Lombardia, è legato a una certa disomogeneità nella terapia della psoriasi lieve-moderata, che espone i pazienti lombardi a ricevere trattamenti di vecchia generazione.

È sempre più evidente che per raggiungere una reale efficacia, e dunque offrire maggior benessere ai pazienti psoriasici, è necessario un approccio terapeutico condiviso e personalizzato, per evitare a chi soffre di essere trattato con terapie superate e mal tollerate. "Raggiungere uno standard uniforme di cura non è un'operazione facile – ha commentato Altomare – anche se la scelta della terapia locale per la psoriasi lieve-moderata dovrebbe orientarsi verso quei trattamenti innovativi che hanno dimostrato maggiore efficacia e che, grazie a una più agevole applicazione, facilitano la continuità della cura".

Uno dei problemi principali nella gestione della psoriasi lieve-moderata è, infatti, proprio quello della mancata aderenza alle terapie topiche che può comportare un peggioramento della patologia. Come ha sottolineato Altomare, "i pazienti spesso sospendono l'applicazione di sostanze poco gradevoli e maneggevoli, come il catrame, che impediscono il normale svolgimento della vita sociale, o di altri prodotti come i retinoidi, che irritano la cute". Altro obiettivo è dunque quello di assicurare che tutti i pazienti con psoriasi lieve-moderata abbiano accesso ai trattamenti topici di ultima generazione, indicati dalle recenti Linee Guida nazionali, più tollerabili ed efficaci, come l'associazione di vitamina D e corticosteroide, in forma di gel che può essere somministrato una sola volta al giorno, in modo rapido e agevole. «Il trattamento combinato di vitamina D e corticosteroide è una terapia che ha ridato vita ai pazienti psoriasici – ha affermato infatti Altomare – ed è sicuramente un'associazione vincente, che ha messo in secondo piano gli altri trattamenti topici". Del resto, la terapia topica, oltre al trattamento della psoriasi lieve-moderata, è spesso associata con successo anche alle terapie sistemiche, orali e iniettive come i moderni farmaci biologici, e alla fototerapia nella cura della forma moderata-grave. Innovazione nella ricerca, efficacia diagnostica e personalizzazione della trattamenti sono finalmente diventate parole chiave anche per la psoriasi: un messaggio importante che permetterà ai pazienti di affrontare in modo più sereno l'impegno quotidiano della cura.

(tratto da www.quotidianosanità.it)

Commissione formazione

*A cura di inf. Frigerio Daniela**

Alla domanda "Quali dovrebbero essere le funzioni del Collegio IPASVI nei confronti degli iscritti?" molti di voi hanno messo la formazione come funzione secondaria e non indispensabile, dichiarando che il ruolo principe del Collegio dovrebbe essere la tutela della professione e del professionista. E quindi il fatto che il Consiglio decida di investire risorse umane ed economiche nella formazione potrebbe essere visto da alcuni di voi, inutile e superfluo. In merito a questo mi sento di fare una riflessione con voi. Non possiamo pensare che il riconoscimento professionale, e di conseguenza economico, ci sia dovuto dall'organizzazione sanitaria per status; questa sarebbe una concezione lobbistica e corporativistica della professione, quanto mai anacronistica di questi tempi. Se le organizzazioni aziendali non ci riconoscono come unici possessori di una competenza, abilità – conoscenza, e di conseguenza indispensabili; se non sono certe che quello che è di competenza dell'infermiere, è esclusivo e specifico disciplinare, non ci metterà molto a sostituire l'infermiere con figure meno qualificate che possono svolgere le stesse funzioni. Florence Nightingale nel 1872 diceva che "La nostra professione di Infermiere è tale che noi retrocediamo continuamente se non ci sforziamo di divenire di giorno in giorno migliori". Ecco quindi perché crediamo che tutelare la professione voglia dire anche continuare a formarla; perché questo vuol dire renderla qualificata, unica e indispensabile per l'organizzazione sanitaria, significa darle maggior credibilità agli occhi della popolazione, darle pari dignità rispetto a tutte le professioni sanitarie. Ci rendiamo altresì conto che i vostri bisogni formativi non vengono soddisfatti in toto dalle nostre proposte che possono essere carenti sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Per questo motivo, per il 2014, vorremmo migliorare la proposta, proponendo nuove metodologie formative quali per esempio la formazione su campo, oltre che venire incontro il più possibile alle vostre richieste espresse tramite i questionari di gradimento. Nel frattempo abbiamo cercato di rendere più equa e funzionale l'iscrizione ai corsi tramite l'accesso diretto dal sito del Collegio, ma tante cose si possono fare per rispondere alle vostre esigenze e quindi terremo conto di tutte le vostre proposte, critiche e giudizi che vorrete farci pervenire.

ECM…COSA CAMBIA…

Con la determina della CNFC del 17 luglio 2013 si stabilisce che l'esonero (corsi di formazione post base) e l'esenzione (congedo maternità obbligatoria, congedo parentale, congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap, aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari…) alla formazione continua è valido nella misura di 4 crediti per mese e solo se il corso o il periodo di sospensione dall'attività professionale abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese (Ad esempio un corso della durata di un mese e 10 giorni da diritto all'esonero di 4 crediti)

**Infermiera - Villa Beretta Referente commissione formazione Collegio IPASVI*



PUBBLICHIAMO LA DETERMINA DELLA CNFC (COMMISSIONE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA) DEL 17 LUGLIO 2013

Esoneri, Esenzioni, Tutoraggio Individuale, Formazione all'estero, Autoapprendimento, Modalità di registrazione e Certificazione

1. ESONERI

I professionisti sanitari che frequentano, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base[1] propri della categoria di appartenenza e durante l'esercizio dell'attività professionale, sono esonerati dall'obbligo formativo ECM. L'esonero riguarda l'intero periodo di formazione nella misura di 4 crediti per mese e solo se il corso di formazione abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese[2]. Sono altresì esonerati i professionisti sanitari domiciliati o che esercitano la propria attività professionale presso le zone colpite da catastrofi naturali in virtù dell'Accordo Stato – Regioni del 19 Aprile 2012 e della decisione della Commissione nazionale per la formazione continua del 20 giugno 2012[3] e limitatamente al periodo definito con determina della stessa Commissione. Il professionista sanitario che frequenta corsi di formazione manageriale, ai sensi dell'articolo 16-quinquies del D.lgs. n. 502/92, è esonerato dall'obbligo formativo ECM nella stesa misura prevista al capoverso precedente. La Commissione

nazionale per la formazione continua si riserva di valutare eventuali posizioni non previste dal presente paragrafo.

2. ESENZIONI

Sono esentati dall'obbligo formativo ECM, nella misura di 4 crediti per ogni mese nel quale il periodo di sospensione dell'attività professionale sia superiore a 15 giorni[4], i professionisti sanitari che sospendono l'esercizio della propria attività professionale a seguito di:

a. congedo maternità obbligatoria: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
b. congedo parentale: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
c. adozione e affidamento preadottivo: D.lgs. n. 151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
d. adozione internazionale aspettativa non retribuita durata espletamento pratiche: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
e. congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
f. aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
g. permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
h. assenza per malattia così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
i. richiamo alle armi o servizio volontariato alla C.R.I.: Art.14 R.D. Legge 10/8/1928, n.2034 e artt.36 e 245 del R.D. n.484/1936 e successive modifiche e integrazioni
j. aspettativa per incarico direttore sanitario aziendale e direttore generale: Art.3 bis, comma 11 D.lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni
k. aspettativa per cariche pubbliche elettive: D.lgs. n. 29/93 e successive modifiche e integrazioni; art. 2 L. 384/1979 e successive modifiche e integrazioni; art. 16 bis comma 2 bis D.lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni
l. aspettativa per la cooperazione con i paesi in via di sviluppo e distacchi per motivi sindacali così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza.

I periodi di esonero e di esenzione sono cumulabili ma non sovrapponibili nell'ambito del triennio, ad eccezione degli esoneri definiti dalla Commissione Nazionale per le catastrofi naturali. La Commissione nazionale per la formazione continua si riserva di valutare eventuali posizioni non previste nei punti indicati del presente paragrafo.

TUTORAGGIO INDIVIDUALE

Ai tutor che svolgono formazione pre e post laurea[5] prevista dalla legge e ai professionisti sanitari che svolgono attività di tutoraggio all'interno di tirocini formativi e professionalizzanti pre e post laurea previsti dalla legge[5], sono riconosciuti crediti formativi ECM nella misura di 4 crediti per mese di tutoraggio[6]. I crediti così acquisiti, calcolati unitamente ai crediti ottenuti per docenza/pubblicazioni scientifiche/ricerche, non possono eccedere il 60% del monte crediti triennale al netto degli esoneri, delle esenzioni e delle riduzioni di cui ai paragrafi 1, 2 e 7 della presente determina.

Sono esclusi dal riconoscimento dei crediti per attività di tutoraggio individuale, gli assegnatari di uno specifico incarico istituzionale di insegnamento anche a titolo gratuito.

I crediti, nella misura di cui sopra, sono riconosciuti anche a chi svolge attività di tutoraggio nell'ambito di specifici PFA, solo se le attività svolte sono inquadrate nel programma formativo del professionista interessato.

CREDITI PER FORMAZIONE ALL'ESTERO

Fermo restando quanto stabilito dall'accordo Stato - Regioni del 5 novembre 2009[7], ai professionisti sanitari che frequentano corsi di formazione individuale all'estero[8] sono riconosciuti crediti ECM nella misura del 50% dei crediti attribuiti dal singolo evento accreditato all'estero. I crediti acquisibili tramite formazione individuale all'estero non possono superare il 50% dell'obbligo formativo triennale. Nel caso in cui l'evento accreditato all'estero supera i 50 crediti formativi sono riconosciuti al massimo 25 crediti ECM.

Il professionista sanitario, ultimata la frequenza, dovrà inoltrare la documentazione relativa all'evento

[1] Sono considerati corsi di formazione post-base:
- corso di specializzazione universitaria, dottorato di ricerca, master universitario, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999 n. 509, pubblicato nella G.U. n. 2 del gennaio 2000; Decreto 22 ottobre 2004, n.270 e successive modifiche ed integrazioni;
- corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Decreto Legislativo 17 agosto 1999 n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli;
- formazione complementare (es. corsi effettuati ai sensi dell'art. 66 "Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza" di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000 n.270 Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale);
- corsi di formazione e aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) " Piano di interventi contro l'AIDS" di cui alla Legge 5 giugno 1990, n.135, pubblicata nella G.U. n.132 dell'8 giugno 1990 per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza);
- corso di specializzazione in Psicoterapia per Medici e Psicologi, di cui al Decreto 11 dicembre 1998, n. 509 Regolamento recante norme per il riconoscimento degli istituti abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'articolo 17, comma 96, della legge 15 maggio 1997, n. 127.

[2] Ad esempio un corso di formazione della durata di un mese e 10 giorni dà diritto all'esonero di 4 crediti ECM.

[3] Determina della CNFC del 20 giugno 2012 per gli eventi sismici che hanno colpito la regione Emilia – Romagna.

[4] L'unità mese è considerato il periodo di sospensione dell'attività professionale non inferiore a 16 e non superiore a 31 giorni. Ad esempio il professionista sanitario che sospende l'attività professionale per un mese e 10 giorni ha diritto all'esenzione di 4 crediti ECM.

(programma, contenuti, etc.) e quella attestante la frequenza e il superamento del test di apprendimento all'ente accreditante di riferimento (CNFC, Regione, Provincia autonoma) ovvero al soggetto da esso indicato (ad esempio ufficio formazione dell'azienda presso cui presta servizio) ovvero per i liberi professionisti, al proprio Ordine/Collegio/Associazione professionale, ovvero tramite portale Co.Ge.A.P.S. per i professionisti che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non iscritti alle Associazioni. I suddetti enti, valutata la documentazione prodotta dal professionista, provvederanno ad inserire tali attività nel tracciato record da inviare alla CNFC/Regioni/Province autonome e al Co.Ge.A.P.S.
Nel caso in cui esistano accordi tra regioni transfrontaliere validamente sottoscritti e comunicati alla Commissione nazionale e/o ente accreditante regionale per la formazione continua possono essere riconosciuti tutti i crediti acquisiti tramite l'evento formativo accreditato all'estero e comunque non oltre i 50 crediti per evento.
I Provider accreditati in Italia possono realizzare progetti formativi aziendali[9] (PFA) all'estero attinenti settori e tecnologie innovative non applicate o implementate nel territorio nazionale, a condizione che siano compatibili con l'esercizio della professione sanitaria per la quale sono erogati. L'accreditamento di tali PFA segue lo stesso iter procedurale dell'accreditamento degli eventi all'estero accreditati in Italia. Possono essere registrati esclusivamente i crediti maturati dalla formazione individuale all'estero a partire dal 1 gennaio 2008, fatto salvo quanto già precedentemente riconosciuto pur in carenza di una più specifica normativa.

LIBERI PROFESSIONISTI: CREDITI INDIVIDUALI PER AUTOAPPRENDIMENTO

Ai liberi professionisti sono riconosciuti crediti ECM per:

a) attività di autoapprendimento ossia l'utilizzazione individuale di materiali durevoli e sistemi di supporto per la formazione continua preparati e distribuiti da Provider accreditati[10];
b) autoapprendimento derivante da attività di lettura di riviste scientifiche, di capitoli di libri e di monografie non preparati e distribuiti da provider accreditati ECM e privi di test di valutazione dell'apprendimento con il limite del 10% dell'obbligo formativo individuale triennale (fino ad un massimo di 15 crediti nel triennio).

MODALITÀ DI REGISTRAZIONE

L'Ordine, il Collegio e l'Associazione professionale di riferimento sono competenti a riconoscere gli esoneri, le esenzioni e i crediti ECM acquisiti tramite gli istituti di cui alla presente determina, previa presentazione, da parte del professionista sanitario, della relativa documentazione (A titolo meramente esemplificativo della documentazione valida: attestato di frequenza corsi di formazione post-base, documentazione comprovante il periodo di sospensione dell'attività professionale, attestazione di svolgimento dell'attività di tutoraggio rilasciata dall'ente per il quale si è esercitata l'attività di tutoraggio, etc.).
L'Ordine, il Collegio e l'Associazione professionale di appartenenza provvedono alla valutazione di coerenza con le vigenti disposizioni in materia di ECM e alla registrazione nella banca dati Co.Ge.A.P.S. della posizione del proprio iscritto in riferimento a esoneri, esenzioni e ai crediti ECM acquisiti tramite gli istituti di cui alla presente determina. I professionisti sanitari che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non iscritti alle Associazioni inoltrano alla Commissione nazionale per la formazione continua, tramite il portale del Co.Ge.A.P.S., la richiesta di registrazione dell'esonero, dell'esenzione e dei crediti ECM acquisiti tramite gli istituti di cui alla presente determina.
La competenza al riconoscimento dell'esonero, dell'esenzione e dei crediti ECM acquisiti tramite gli istituti di cui alla presente determina per i professionisti sanitari che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non iscritti alle Associazioni, è posta rispettivamente:

- in capo alla sezione IV della CNFC per gli esoneri, le esenzioni e tutoraggio individuale;
- in capo alla sezione V della CNFC per i crediti per formazione all'estero;
- in capo al Gruppo liberi professionisti della CNFC per l'autoapprendimento di cui alla lettera b del paragrafo 5 della presente determina.

Le sezioni IV, V e il Gruppo liberi professionisti ai fini del riconoscimento dell'esonero, dell'esenzione e dei crediti ECM acquisiti tramite gli istituti di cui alla presente determina, si avvalgono del componente della Commissione dell'area sanitaria di riferimento ed eventualmente, se la professione di riferimento non coincide, di un esperto della professione sanitaria del richiedente. Successivamente, il parere delle sezioni IV, V e del Gruppo liberi professionisti viene approvato dalla CNFC e comunicato al Co.Ge.A.P.S. All'atto della registrazione nella banca dati Co.Ge.A.P.S. vengono assegnati alle attività formative di cui alla presente determina gli obiettivi formativi corrispondenti alla/e attività svolta/e.

---

[5] Laurea magistrale, dottorato, master, specializzazione e corsi di perfezionamento con CFU previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999 n. 509; Decreto 11 dicembre 1998, n.509. Laurea triennale, laurea magistrale, dottorato, master, specializzazione e corsi di perfezionamento con CFU previsti e disciplinati dal Decreto del MIUR del 22 ottobre 2004 n. 270 e successive modifiche ed integrazioni.

[6] L'unità mese è considerata il periodo non inferiore a 16 giorni e non superiore a 31 giorni di tutoraggio anche non continuativo e cumulabile nel triennio di riferimento. A titolo esemplificativo: 10 giorni di tutoraggio a gennaio possono essere cumulati con 10 giorni di tutoraggio a maggio. Tale periodo dà diritto a 4 crediti ECM.

[7] Cfr. Paragrafo "Attività formative realizzate all'estero" dell'Accordo Stato – Regioni 5 novembre 2009.

[8] E' definita formazione individuale all'estero la formazione non accreditata in Italia e svolta nei paesi dell' U.E., in Svizzera, negli Stati Uniti e in Canada.

RIDUZIONE DELL'OBBLIGO FORMATIVO TRIENNALE

L'Accordo Stato - Regioni del 19 Aprile 2012 ha stabilito in 150 crediti il debito formativo complessivo per il triennio 2011 – 2013 e ha previsto, inoltre, la possibilità, per tutti i professionisti sanitari, di riportare dal triennio precedente (2008 – 2010) fino a 45 crediti.

Si conviene, tuttavia che, la riduzione, da attuarsi con criterio proporzionale, si calcola secondo il seguente metodo:

- riduzione di 15 crediti nel triennio 2011-2013 se il professionista ha acquisito da 30 a 50 crediti nel triennio 2008-2010
- riduzione di 30 crediti nel triennio 2011-2013 se il professionista ha acquisito da 51 a 100 crediti nel triennio 2008-2010
- riduzione di 45 crediti nel triennio 2011-2013 se il professionista ha acquisito da 101 a 150 crediti nel triennio 2008-2010.

L'obbligo formativo annuale per il professionista sanitario (non libero professionista) è di un terzo del proprio fabbisogno triennale (50 crediti/anno), al netto delle riduzioni derivanti da esenzioni ed esoneri. Il professionista sanitario può discostarsi del 50% dall'obbligo formativo annuale.

Crediti acquisiti nel triennio 2008-2010	Fabbisogno Triennale 2011-2013	Fabbisogno annuale 2011-2013
Da 101 a 150	105	Da 17,5 a 52,5
Da 51 a 100	120	Da 20 a 60
Da 30 a 50	135	Da 22,5 a 67,5

REGISTRAZIONE DEI CREDITI OTTENUTI NEL PERIODO 2008/2013 MA NON REGISTRATI NEL DATABASE CO.GE.A.P.S.

E' ammessa la registrazione manuale di crediti ECM acquisiti nel periodo 2008/2013 non ancora presenti nella banca dati Co.Ge.A.P.S. I professionisti sanitari iscritti ad Ordini, Collegi ed Associazioni, ai fini della registrazione nella banca dati Co.Ge.A.P.S. di crediti acquisiti nel periodo di cui al comma 1 del presente paragrafo, presentano la richiesta, completa di attestato di partecipazione e di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, all'Ordine, Collegio o Associazione di appartenenza.

I professionisti sanitari non iscritti ad Ordini, Collegi ed Associazioni, previa registrazione della propria posizione anagrafica presso la banca dati Co.Ge.A.P.S., trasmettono la richiesta, di crediti acquisiti nel periodo di cui al comma 1 del presente paragrafo, completa di attestato di partecipazione e di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, tramite portale Co.Ge.A.P.S., alla Commissione nazionale per la formazione continua. Le richieste, dei professionisti sanitari non iscritti ad Ordini, Collegi ed Associazioni, saranno poste alla verifica ed eventuale approvazione dalla Commissione nazionale per la formazione continua. Ai professionisti sanitari che hanno svolto attività di docenza e tutor per eventi ECM accreditati al sistema nazionale e regionale ECM e realizzati prima del 31 dicembre 2010 sono attribuiti 2 crediti ECM per evento a prescindere dalle ore di docenza effettivamente svolte salvo rettifiche individuali che i professionisti comunicheranno all'Ordine, Collegio, Associazione, sulla base dei relativi specifici attestati.

QUANTIFICAZIONE DEI CREDITI

Gli istituti di cui alla presente determina che regolano il computo dei crediti formativi su base annuale sono espressi, a fini quantificativi, su base triennale, nel rispetto dei parametri contenuti nell'Accordo Stato – Regioni del 19 aprile 2012.

ULTERIORE DEFINIZIONE DI DETTAGLIO DEGLI OBIETTIVI 10, 20, 14 E 17 AI FINI DELLA CORRETTA COSTRUZIONE E GESTIONE DEL "DOSSIER FORMATIVO"

Al fine di permettere la corretta costruzione del dossier formativo e per agevolare la verifica della corrispondenza degli obiettivi rispetto alla pianificazione, si chiarisce che i seguenti obiettivi vanno coniugati con le rispettive aree di seguito indicate:

1. L'obiettivo formativo n. 10, in applicazione dell'accordo Stato – Regioni del 19 aprile 2012, può essere assegnato alle aree formative come di seguito indicato:

Obiettivo	Area
10a: Epidemiologia– Prevenzione e Promozione della salute **con acquisizione di nozioni tecnico professionali**	a) "obiettivi tecnico-professionali"
10b: Epidemiologia– Prevenzione e Promozione della salute **con acquisizione di nozioni di processo**	b) "obiettivi di processo"
10c: Epidemiologia – Prevenzione e Promozione della salute **con acquisizione di nozioni di sistema**	c) "obiettivi di sistema"

2. L'obiettivo formativo n. 20, in applicazione dell'accordo Stato – Regioni del 19 aprile 2012, può essere assegnato alle aree formative come di seguito indicato:

[9] Insieme coordinato e coerente di singoli eventi formativi, attinenti ad uno specifico ed unitario obiettivo nazionale o regionale, organizzato da una azienda sanitaria pubblica o privata per il proprio personale dipendente o convenzionato appartenente ad una o più categorie professionali.

[10] Per l'autoapprendimento non è richiesta l'azione di guida o di supporto di un tutor ma esclusivamente i processi di valutazione (verifica dell'apprendimento).

Obiettivo	Area
20 a: Tematiche speciali del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie **con acquisizione di nozioni tecnico professionali**	a) "obiettivi tecnico-professionali"
20 b: Tematiche speciali del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie **con acquisizione di nozioni di processo**	b) "obiettivi di processo"
20 c: Tematiche speciali del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie **con acquisizione di nozioni di sistema**	c) "obiettivi di sistema"

3. Gli obiettivi formativi n. 14 e 17, in applicazione dell'accordo Stato – Regioni del 19 aprile 2012, possono essere assegnati, rispettivamente, alle aree formative come di seguito indicato:

Obiettivo	Area
14: Accreditamento Strutture Sanitarie e dei Professionisti. La cultura della qualità	b) "obiettivi di processo"
17: Argomenti di carattere generale: Informatica e lingua Inglese scientifica di livello avanzato. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN.	c) "obiettivi di sistema"

Ai fini della corretta costruzione del dossier formativo, il provider è tenuto ad indicare l'obiettivo formativo di riferimento ai professionisti sanitari che partecipano al corso ECM.
L'obiettivo formativo di riferimento del singolo corso dovrà essere facilmente identificabile dal professionista sanitario e indicato dal provider in maniera chiara ed in posizione evidente oltre che nella documentazione della fase istruttoria e nell'attestato di partecipazione, anche nei materiali (informatici, cartacei, etc.) di promozione dell'evento e nel programma dei lavori.
L'obiettivo formativo dovrà essere espresso indicandone il numero e il titolo in base a quanto stabilito dall' accordo Stato – Regioni del 19 aprile 2012 e dal paragrafo 10 della presente determina per quanto concerne gli obiettivi 10, 20, 14 e 17.

CERTIFICAZIONE DEI CREDITI

La certificazione dei crediti viene effettuata, per i professionisti sanitari iscritti a Ordini, Collegi ed Associazioni maggiormente rappresentative, tramite il portale Co.Ge.A.P.S.
Per i professionisti sanitari non iscritti a Ordini, Collegi e Associazioni, la certificazione avverrà tramite il portale Co.Ge.A.P.S. e successiva trasmissione alla Segreteria della Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina.
La Segreteria della Commissione nazionale per la formazione continua è autorizzata alla certificazione nei termini di cui sopra. Di tale attività dovrà essere fornita puntuale informazione alla Commissione.
La certificazione si riferisce esclusivamente al numero dei crediti acquisiti nel triennio di riferimento.
Tale certificazione prevederà i due livelli di seguito specificati:

1) attestazione dei crediti formativi: attestazione rilasciata da Ordini, Collegi e Associazioni e dalla Segreteria della Commissione nazionale per i professionisti che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate per tutta la formazione svolta in un triennio, con indicazione del numero dei crediti effettivamente registrati;
2) certificazione del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo del triennio: attestazione rilasciata a cura di Ordini, Collegi e Associazioni e della Segreteria della CNFC per i professionisti che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate nel caso in cui il professionista abbia soddisfatto l'intero fabbisogno formativo individuale triennale (valutazione quantitativa tenendo conto dell'obbligo formativo individuale del triennio)

TABELLA RIASSUNTIVA
EVENTI FORMATIVI PRIMO SEMESTRE 2014

EVENTO	SEDE	DATA	Data apertura
Il procedimento disciplinare nel comparto sanità	Como – Centro Card. Ferrari	29 gennaio 2014	7 gennaio 2014 ore 8.30
Assemblea annuale e convegno	Como – Opera Don Guanella	26 febbraio 2014	27 gennaio 20104 ore 8.30
L'infermiere e le sindromi geriatriche	Como – Centro Card. Ferrari	10 marzo 2014	10 febbraio 2014 ore 8.30
Il monitoraggio del paziente e il riconoscimento delle alterazioni elettrocardiografiche	Como – Centro Card. Ferrari	12 marzo 2014	12 febbraio 2014 ore 8.30
L'approccio linguistico comportamentale nella comunicazione efficace	Como – Centro Card. Ferrari	2 aprile 2014	3 marzo 2014 ore 8.30
Gli indicatori di appropriatezza: ricaduta organizzativa nella professione infermieristica	Como – Centro Card. Ferrari	7 maggio 2014	7 aprile 2014 ore 8.30
L'Intelligenza Emotiva nella professionalità. Sviluppo delle competenze comunicativo-relazionali per ben-lavorare	Como – Centro Card. Ferrari	19 giugno 2014	19 maggio 2014 ore 8.30

I programmi degli eventi formativi sono disponibili sul sito del collegio www.ipasvicomo.it sezione "iscriviti ai nostri corsi".

Nota tecnica per la nuova modalità di iscrizione on line agli eventi formativi:
Una volta effettuata l'iscrizione ed il pagamento dell'evento (a mezzo bollettino postale o bonifico bancario), entro 7 giorni dall'iscrizione bisogna rientrare nel sito nella sezione invia pagamento http://www.ipasvicomoeventi.it/SegnalaPagamento.aspx), ed inserire la data di pagamento ed il codice di controllo che è stato inviato il giorno stesso dell'iscrizione sulla pec con la conferma di iscrizione.
Attenzione, il codice di controllo è formato da 9 numeri, ed è diverso dalla password di accesso per l'iscrizione al corso che è unica e non modificabile.
Ad ogni evento formativo è invece abbinato un codice di controllo, utilizzabile per; comunicazione avvenuto pagamento, verifica iscrizione e cancellazione evento.
In assenza di questa comunicazione, il sistema, dopo 7 giorni dall'avvenuta iscrizione procederà alla cancellazione del nominativo.

Il personale di segreteria è a completa disposizione
per qualsiasi ulteriore informazione in merito.



Novembre 2013
Conseguimento Diploma di Laurea in Infermieristica

*a cura di Lia Bari**

Ho sempre voluto fare qualcosa di significativo per valorizzare il traguardo, per ora, più importante e più bello della mia vita: diventare infermiera. Così ho deciso di raccontarVi un granello della mia esperienza, sia come studente universitaria che come tirocinante in reparto, per poterVi trasmettere, anche solo a parole, cosa ha significato per me diventare un'infermiera e per cercare di eliminare quei luoghi comuni che la gente al di fuori dell'ambiente sanitario dimostra di avere quando esprime la propria opinione riguardo la categoria dei professionisti infermieri.



Essere infermiera è qualcosa di più che fare l'infermiere: è una scelta di vita. Mi sono innamorata piano piano ed ogni giorno di questa professione perché mi sono sentita sempre più viva, soddisfatta, contenta, orgogliosa per quello che con gioia, dedizione, amorevolezza, passione e allo stesso tempo fatica e sacrificio costruivo passo dopo passo.

Essere infermiera è scommettere tra compagni quale argomento si tratterà nelle lezioni di anatomia, infermieristica, chirurgia, medicina, farmacologia; è non vedere l'ora di ricevere un'urgenza, di prendere una vena, di fare un prelievo, di sottoporsi come cavia a qualche macabra procedura. E' fare 160 km ogni giorno per imparare, conoscere nozioni teoriche che sono la base di ciò che sarà il tuo lavoro. E' fare turni ed orari assurdi, è provare su dei pupazzi a fare iniezioni, è piangere la sera a letto o la mattina in macchina con la musica a palla perché pensi che non ce la potrai mai fare, è parlare coi tuoi amici di quello che fai e vedere sulle loro facce un'espressione che ti dice: "Non hanno capito nulla!!!".

Essere infermiera è andare in tirocinio il primo anno e capire cosa significa stare accanto a persone che hanno bisogno di te per le cose più semplici: pranzare, bere un po' d'acqua, andare in bagno, lavarsi, passeggiare, chiacchierare, scherzare, sorridere…. È insegnare simpatiche canzoni per invogliarle a lavarsi le ascelle e improvvisarsi parrucchiera per farle sentire più belle; è imparare a star loro vicino con dignità, rispetto e umiltà nelle attività della vita di ogni giorno che ci rendono uomini.

Essere infermiera è andare in tirocinio il secondo anno e iniziare a eseguire tutta una serie di procedure, imparate a memoria in maniera impeccabile in università, confrontandosi con la realtà degli ospedali e delle strutture della zona: mancanza di risorse e materiale, problemi politici, amministrativi ed economici; allo stesso tempo però alleni il tuo spirito critico per far fronte a situazioni disagiate e complesse. La voglia di imparare, di fare, di "rubare" il lavoro, la propria creatività e inventiva: stimoli che ti spronano a raggiungere risultati impressionanti per le persone di cui ti prendi cura. L'emozione, l'ansia, la paura di essere giudicati da infermieri che lavorano da anni e ti vedono come lo studente saputello e da persone che necessitano di cure e giustamente pretendono servizi di qualità, ti mettono alla prova, ti fanno riflettere, ti incitano a dover diventare una persona sempre più competente, preparata e responsabile. E nelle situazioni più difficili in cui credi di non farcela e vuoi mollare, arriva quell'Infermiere che ti dà fiducia, che ti sprona a venir fuori perché vede oltre le tue paure, i tuoi dubbi, il tuo sentirti non all'altezza e allora capisci che ce la puoi fare e che da lì in poi nessuno avrebbe mai più potuto fermarti.

Essere infermiera è andare in tirocinio il terzo anno e diventare responsabile, autonoma; è confrontarsi con i colleghi e instaurare con loro rapporti forti e veri; è mettersi in discussione da ogni punto di vista e assaporare esattamente il mondo del lavoro vero e proprio. E' diventare definitivamente consapevoli di che cosa significa essere infermiere: oltre a procedure, terapie e burocrazia, è affrontare ogni giorno casi diversi e unici e utilizzare tutti i mezzi a disposizione per risolverli quali conoscenze, pratica, leggi, valori, linee guida, esperienze personali, intuito e quindi rispettare prima di tutto la volontà della persona assistita.

Essere infermiera è vedere una famiglia gioire per la nascita di un figlio che pesa 700 grammi, è vedere l'amore di un marito e di due bambini verso la propria moglie e madre che sta per morire di cancro, è vedere riaprire gli occhi di un ragazzo dopo un mese di coma, è farsi sgridare da un vecchietto perché gli asciughi la faccia con una salvietta troppo ruvida, è vedere la disperazione, la rabbia e il dolore di un padre e di una madre che piangono sul corpo del loro figlio venuto a mancare durante una corsa pomeridiana per un arresto cardio-circolatorio; è vedere negli occhi dei parenti la paura e l'angoscia per una persona cara e allo stesso tempo la fiducia che ripongono in te perché tutto possa andare bene, è vedere brillare quegli occhi di gioia quando la situazione si conclude positivamente accogliendo un grazie che non è quello che si dice quando si lascia passare una persona

al semaforo o al supermercato ed è invece vederli luccicare per le lacrime quando la situazione è critica e drammatica e allora non ti resta che porger loro la tua spalla per farli piangere. E' tendere, stringere la mano ad una qualsiasi persona che ha bisogno, che ha bisogno di un infermiere.
Essere infermiera è responsabilità, competenza, sacrificio, esperienza, creatività, cura, riflessione, capacità critica e decisionale, tutela, curiosità, lealtà, riservatezza, fiducia e discrezionalità.
Essere infermiera è anche sbagliare, chiedere scusa, essere fragile, avere dei momenti di sconforto e debolezza ed essere arrabbiati.
Essere infermiera è provare emozioni, saperle condividere, vivere e gestire, è farsi toccare e coinvolgere dalle situazioni senza mai cadere nel giudizio e preservando anche il proprio benessere interiore.
Essere infermiera è riconoscersi tale di fronte a se stessi, alle persone assistite, alla professione stessa e alla società, dando garanzie, difendendo i diritti dell'uomo e assicurando prestazioni di qualità

Essere infermiera è per me essere la vera Lia!
GRAZIE A TUTTE LE PERSONE CHE HANNO CREDUTO IN ME E CHE CON AFFETTO MI HANNO SOSTENUTO SEMPRE!

** infermiera neolaureata*

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI DAL 23/07/2013 AL 26/11/2013

INFERMIERI - NUOVE ISCRIZIONI

BALDO	CHIARA	LAMPERTI	ANNALISA MARIA
BALINT	MARIA CRINA	LUNGU	VERONICA
BEDETTI	VALENTINA	LURASCHI	PAOLO
CANTONE	MARIA BEATRICE	MARCOLIN	YELENIA
CASARTELLI	GIULIA	MARTINELLI	CHIARA
CASSINARI	LUCIA	META	MERITA
COLOMBO	SAMANTHA	MICHELUZZI	MONICA
COTOFANU	RAMONA MADALINA	NACCI	SIMONE
CUSMÀ PICCIONE	RICCARDO	NAGY	GHIZELA-NOEMI
FODARO	ANDREA	OSTINELLI	GLORIA
FRESCA	MICHELA	PETRAGLIA	FEDERICA
GAFFURI	MIRIAM	PIAZZOLI	DANIELE
GAZZOLA	ALICE	RUSU	CRISTINA
GUBERTI	JENNY	VOLONTÈ	DOMENICO
INAMA	VIOLA	ZANELLO	RITA

INFERMIERI – ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO

BALDO	CLAUDIA	LUCCHIARI	DANNY
DAL LAGO	MARCO OLIVO	MARINOSCI	WANDA RITA
DE SANTIS	FRANCESCA	MIRANDA	CARMEN
DI NARDO DI MAIO	ISABELLA	PASSAFARO	GIOVANNI
LAI	SANDRA		

CANCELLAZIONI

INFERMIERI – CESSATA ATTIVITÀ LAVORATIVA

BREGA	PATRIZIA	ESPINOZA SUAREZ	VICTORIA PATRICIA
MARTELLI	ARMIDA		

INFERMIERI – TRASFERIMENTI AD ALTRI COLLEGI

DARDHA	THIMI	BELLABARBA	EVA
MUCUTA	ECATERINA	TALERICO	RITA
BIANCHI SR.	PIERINA		

S. Natale 2013

“Un momento nel tempo ma non come un momento di tempo, un momento del tempo ma il mondo fu creato attraverso quel momento: poiché senza significato non c’è tempo, e quel momento diede significato al tempo.”

da - I Cori della Rocca - T. S. Eliot



Natività di Giotto - particolare

“All’uomo che soffre,
Dio non dona
un ragionamento
che spieghi tutto,
ma offre la sua risposta
nella forma
di una presenza
che accompagna”

Papa Francesco

Presidente, Consiglio Direttivo,
Collegio Revisori dei Conti e
personale Amministrativo augurano
Buon Natale e Felice 2014