ISSN 2281-9479

Aprile 2014 - N. 55

Agorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

San Fedele Intelvi fraz. Erbonne (Co) paesaggio

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
Emergenza lavoro Infermieri 2

ATTUALITÀ
Ordini è la volta buona? 4
Dibattito sulle competenze - esito "Cabina di Regia" 11
Stili di vita - campagna salute Regione Lombardia 14
Regole di funzionamento del servizio sanitario regionale 15
Nota di chiarimento Cogeaps 16
Cogeaps – attivazione call-center 19
Obbligatorietà assicurativa per infermieri 20

È EVIDENTE CHE...
Il triage psichiatrico territoriale (TPT): quale percorso formativo, quali competenze e quale responsabilità per l'infermiere? 22

INFERMIERISTICA E CURE COMPLEMENTARI
L'accoglienza e la raccolta dati nelle medicine complementari, come nell'assistenza infermieristica 26

INFERMIERI AL CINEMA 29

NEWS FROM THE WEB 32

POSTA E RISPOSTA 34

ARTICOLI ORIGINALI
Casa di Gabri: risposta assistenziale intermedia, tra famiglia e ospedale, alla disabilità complessa 36
DIEN CHAM/N Multiriflessologia Facciale 42

DAL COLLEGIO
Eventi formativi 45
Iscrizioni e cancellazioni 54
Requisito iscrizione - residenza o domicilio professionale 55
Gestione Separata Enpapi – attività di docenza 56
Convenzioni 58
Segreteria informa 60
Elezioni prossimo triennio - candidature 62

EDITORIALE

EMERGENZA LAVORO INFERMIERI

a cura del dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

Tema di questo editoriale è l'emergenza lavoro degli Infemrieri non tanto riferita al problema della disoccupazione (specie giovanile) ma che riguarda chi un lavoro lo ha già.

Questa emergenza assume i contorni di un disagio diffuso che si evidenzia nella esprienza lavorativa di molti.

Questo "disagio", osservandosi in azione nell'esperienza quotidiana, assume diverse forme e modalità riconducibili ad una sostanziale insofferenza e demotivazione per le proprie attività professionali.

Comprendere come sia possibile "LAVORARE MEGLIO E CON PIÙ SODDISFAZIONE" rappresenti la sfida principale che viviamo oggi nella nostra professione.

L'aspetto più interessante di questa emergenza-lavoro è comprendere "da dove origina" e "come sia possibile affrontarla".

Possiamo, innanzitutto, rilevare uno scollamento evidente tra INTENZIONE ed ESPERIENZA. Nelle intenzioni ciascuno di noi vorrebbe essere motivato, vorrebbe lavorare bene, in serenità, con passione, invece, l'esperienza lavorativa non dimostra più la bellezza della professione (che ci ha in una qualche misura attratti e fatto scegliere di esercitarla) ma, spesso, evidenzia prevalentemente limiti e determina delusione. Ciò che traspare con maggior frequenza è un lamento continuo oppure una arrabbiatura verso tutto e tutti che nel tempo diventano indifferenza o cinismo.

Le cause di questo disagio e delle sue conseguenze più gravi, possono derivare dal contesto esterno a noi stessi oppure essere il frutto di un errore nella nostra posizione sul lavoro.

Non si vuole certamente ridurre il peso delle cause contingenti ma non è il tema di questo editoriale. Indubbiamente le cause esterne (mancanza di risorse, il prolungamento dell'età lavorativa, i colleghi che non fanno quello che dovrebbero, i

pazienti più esigenti, la retribuzione non adeguata, ecc, ecc,) sono in molti casi un fattore decisivo e non secondario del nostro disagio ma, non dobbiamo commettere l'errore di considerare solo questa parte del problema, sulla quale ciascuno di noi (spesso) può incidere relativamente poco. Del resto poco importa poichè il quotidiano che taglia le gambe incombe incessantemente quasi indipendentemente dalle situazioni contingenti, tanto è presente nei diversi contesti.

Risulta più interesante (e concreto) considerare il valore dell'esperienza che facciamo ogni giorno sul nostro posto di lavoro, spesso sottovalutata.

C'è una difficoltà oggettiva a fare esperienza. Spesso ci si ferma solo alla sua superficie.

L'esprienza non si può certo definire in anni di servizio o con misure quantitative (n. di turni, n. di pazienti assistiti, diversità dei casi trattati, ecc.), e allora in cosa consiste? Quale è il fattore essenziale dell'esperienza?

È la capacità di giudicare quello che si sperimenta, accrescendo l'autocoscienza professionale.

Mi spiego: si parte da un fatto sperimentato da cui deriva una valutazione sul suo valore e significato che modifica il modo di pensare o di agire. Se non c'è questa modifica stabile nel tempo l'esperienza si perde e non può più dirsi tale. Non a caso si dice "maturare un'esperienza".

Aiutarci a maturare esperienza è probabilmente l'aiuto più concreto che possiamo darci in modo da far emergere l'ESSENZIALE del nostro lavoro.

L'essenziale è che riemerga la persona, l'umanità che è in noi (e con essa anche quella dei nostri assistiti, dei nostri colleghi, ecc). Solo nella esplosione della ricchezza della nostra persona possiamo cogliere la bellezza e la profondità della nostra professione e rimanerci attaccati, anche dentro situazioni contingenti difficili.

Per fortuna l'esperienza di molti di noi si caratterizza per questa bellezza e profondità (che nelle professioni di aiuto assume una forma privilegiata) segno della grande umanità che cè tra gli infermieri. Si tratta di dare maggior voce a queste esperienze positive (a volte dimenticate o sottovalutate) attraverso una forma di testimonianza e racconto.

Ritengo che anche nella nostra esperienza individuale possiamo reprire un episodio, un momento nel quale ci siamo sentiti "più veri" o "soddisfatti". Conservando nella nostra memoria (anche la memoria è un fattore essenziale dell'esperienza) questi fatti (anche piccoli) possiamo sperare in un cambiamento (stabile e duraturo) di autocoscienza come risposta al disagio descritto all'inizio di questo editoriale.

Non dobbiamo dimenticare, però, che "il senso di impotenza accompagna ogni seria esperienza di umanità. È questo senso dell'impotenza che genera la solitudine".

Quindi, paradossalmente, più si è ricchi di umanità e più facilmente si può sperimentare un senso di impotenza, che diventa solitudine nel senso che è personale e deve trovare risposta in noi stessi e non negli altri. In fondo anche il disagio che proviamo costiutisce il sintomo principale che ci segnala quanto desideriamo il cambiamento.

Per questo è decisivo chiederci quanto desideriamo veramente cambiare la situazione in cui viviamo la nostra esperienza lavorativa.

A volte, anche le esperienze positive che facciamo non riusciamo a valorizzarle per quello che effettivamente sono, con tutto il carico di disagio, impotenza e solitudine che le caratterizzano in quanto "esperienze di umanità". Senza uno di questi fattori mancherebbe qualcosa per qualificarle come tali.

Due nota bene finali.

Questo lavoro individuale non richiede particolari precondizioni o spiccate doti personali pertanto è proponibile a tutti in qualsiasi momento o situazione.

Quanto descritto chiede di fissare lo sguardo sul positivo che c'è nella propria esprienza (anche di disagio) senza insistere su di uno sforzo moralistico sul proprio limite o sulla propria incoerenza. Quello che conta di più è una "tensione al vero" che caratterizzi il nostro essere Infemrieri e che rende possibile sperimentare il positivo che è presente nella esprienza professionale di ciascuno, forse, anche per chi non ha ancora un lavoro.

È questa la sfida aperta per ciascuno di noi per affrontare adeguatamente l'emergenza infermieri di oggi

Ordini professionali: è la volta buona?

A cura della redazione

Il Ministro alla Salute, Beatrice Lorenzin, ha presentato al Consiglio dei Ministri un Disegno di Legge "ominibus", contenente varie norme di interesse sanitario, tra cui il complessivo riordino della disciplina degli Ordini e comprendente la trasformazione dei Collegi delle professioni sanitarie infermieristiche, di ostetrica e dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, in Ordini.

Il DDL prevede due interventi innovativi:

a) adegua la normativa di riferimento agli ordini vigilati dal Ministero della salute in riferimento al loro funzionamento interno;

b) muta la denominazione di collegio in ordine per effetto del mutato quadro ordinamentale e formativo

L'iter del DDL n. 1324, è all'esame della commissione Igiene e Sanità del senato e dalle prime discussioni potrebbero esserci degli ostacoli da superare

Una criticità oggettiva è che il ddl contiene numerosi argomenti (come si capisce anche solo dal titolo) tra di loro correlati solamente dall'appartenere al vasto mondo della sanità.

In effetti la presidente della Commissione ha proposto lo "spacchettamento" dei vari argomenti in provvedimenti distinti. Questa ipotesi potrebbe da un alto allungare i tempi di approvazione mentre dall'altro potrebbe anche accorciarli e rendere più chiara la discussione sui nuovi ordini.

Lo schema di provvedimento consta di 26 articoli, suddivisi in sette capi. Nella relazione di presenazione del testo leggiamo: *"Il capo II è dedicato al tema degli ordini e professioni sanitarie. In particolare, l'articolo 3 interviene con una riforma organica degli ordini e collegi delle professioni sanitarie, con un intervento diretto di riordino per il riassetto della normativa vigente risalente alla legge istitutiva degli ordini di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, allo scopo di rendere, in maniera immediata, il sistema più aderente alle esigenze odierne e assicurarne la funzionalità anche nell'interesse dei cittadini utenti. Si tratta, quindi, di un ammodernamento della disciplina ordinistica delle professioni sanitarie in una dimensione anche globalizzata che scaturisce peraltro dai principi recati dalla direttiva 2005/36/CE, recepita con il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, nonché dalle proposte di modifica della predetta direttiva, tra le quali figura la previsione di un sistema di allerta per comportamenti non coerenti con la deontologia professionale. Tali professioni, quindi, per la loro specificità rispetto ad altri ordinamenti professionali, richiedono il mantenimento del ruolo di garanzia della qualità del livello di professionalità a tutela del diritto costituzionale della tutela della salute"*

Una novità rilevante è rappresentata dalla separazione tra la la funzione istruttoria e quella giudicante, con l'istituzione degli **Uffici istruttori di Albo** a livello regionale.

Altra novità interessante è la previsione dell'istituzione di federazioni di livello regionale

Per quanto attiene le professioni sanitarie non mediche vengono trasformati gli attuali collegi in Ordini e costiutito un albo per ciascuna delle 22 professioni.

Avremo quindi questi Ordini con le rispettive Federazioni Nazionali.

1. ordini delle professioni infermieristiche (che comprenderà l'albo degli Infermieri e quello degli Infermieri Pediatrici)

2. ordini professionali delle ostetriche (con l'albo delle Ostetriche);
3. ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (con gli albi di tutte le altre professioni compresa quella dell'asssitente sanitario)

Tra gli Organi dell'Ordine accanto ai tradizionali Presidente, Consiglio Direttivo e Revisori dei Conti, si aggiunge la commissione Albo finalizzata a garantire la rappresentanza delle diverse professioni secondo modalità di individuare nei rispettivi statuti. Questi organi dureranno in carica quattro anni anzichè gli attuali tre.

Molti aspetti concreti (come la composizione della commissione di albo) sono rinviati a successivi provvedimenti regolamentari e ai rispettivi statuti secondo quanto indicato rispettivamente nei commi 5 e 6.

ECCO IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

DDL n. 1324 recante " Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale"

Capo I (omissis...)

Capo II
Professioni sanitarie

Art. 3.
(Riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie)
1. Al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, i capi I, II e III, sono sostituiti dai seguenti:

«Capo I
DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Art. 1. - *(Ordini delle professioni sanitarie)* -- 1. In ogni provincia o città metropolitana sono costituiti gli Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari, dei farmacisti e dei biologi. Qualora il numero dei professionisti residenti nella provincia sia esiguo ovvero sussistano altre ragioni di carattere storico, topografico, sociale o demografico, il Ministero della salute, su proposta delle rispettive Federazioni nazionali e d'intesa con gli Ordini interessati, può disporre che un Ordine abbia per circoscrizione due o più province finitime.
2. Gli Ordini e le relative Federazioni nazionali:
a) sono enti pubblici non economici e agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale;
b) sono dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare e sottoposti alla vigilanza del Ministero della salute. Gli Ordini e delle Federazioni sono finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti e non gravano sulla finanza pubblica;
c) promuovono e assicurano l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità dell'esercizio professionale e delle professioni, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della loro funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei princìpi etici dell'esercizio professionale indicati nei codici deontologici al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva;
d) verificano il possesso dei titoli abilitanti all'esercizio professionale e curano la tenuta e la pubblicità degli albi dei professionisti e, laddove previsti dalle norme, di specifici elenchi;
e) assicurano un adeguato sistema di informazione sull'attività svolta per garantire accessibilità e trasparenza alla loro azione;
f) partecipano con funzioni consultive nelle procedure relative alla programmazione dei fabbisogni di professionisti e concorrono alle attività formative e all'esame di abilitazione all'esercizio professionale;
g) concorrono con le istituzioni sanitarie e formative pubbliche e private alla promozione, organizzazione e valutazione delle attività formative e dei processi di aggiornamento per lo sviluppo continuo professionale di tutti i sanitari iscritti agli albi, promuovendo il mantenimento dei requisiti professionali anche tramite i crediti formativi acquisiti sul territorio nazionale e all'estero;
h) separano, nell'esercizio della funzione disciplinare, a garanzia del diritto di difesa, dell'autonomia e

della terzietà del giudizio disciplinare, la funzione istruttoria da quella giudicante. A tal fine, in ogni regione vengono costituiti uffici istruttori di albo, composti da un numero compreso tra cinque e undici iscritti sorteggiati tra i componenti delle commissioni disciplinari della corrispettiva professione, garantendo la rappresentanza di tutti gli Ordini, e un rappresentante estraneo alla professione nominato dal Ministro della salute. Nel caso di regioni con un solo ordine professionale o delle province autonome sono costituiti, rispettivamente, uffici istruttori interregionali o interprovinciali. Gli uffici istruttori, sulla base di esposti o su richiesta del presidente della competente commissione disciplinare, o d'ufficio, compiono gli atti preordinati all'instaurazione del procedimento disciplinare, sottoponendo all'organo giudicante la documentazione acquisita e le motivazioni per il proscioglimento o per l'apertura del procedimento disciplinare, formulando in questo caso il profilo di addebito. I componenti degli uffici istruttori non possono partecipare ai procedimenti relativi agli iscritti al proprio albo di appartenenza;
i) vigilano sugli iscritti agli albi, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività professionale, compresa quella societaria, irrogando sanzioni disciplinari secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito.

Art. 2. - *(Organi)* -- 1. Sono organi degli Ordini delle professioni sanitarie:
a) il presidente;
b) il Consiglio direttivo;
c) la commissione di albo;
d) il collegio dei revisori.
2. Ciascun Ordine elegge in assemblea, fra gli iscritti agli albi, a maggioranza relativa di voti ed a scrutinio segreto:
a) il Consiglio direttivo, che, fatto salvo quanto previsto per la professione odontoiatrica dall'articolo 6 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è costituito da sette componenti, se gli iscritti all'albo non superano il numero di cinquecento, da nove componenti se gli iscritti all'albo superano i cinquecento ma non i mille e cinquecento, da quindici componenti se gli iscritti all'albo superano i mille e cinquecento; con decreto del Ministro della salute è determinata la composizione del Consiglio direttivo dell'Ordine dei tecnici di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;
b) la commissione di albo, che, per la professione odontoiatrica è costituita da cinque componenti del medesimo albo, se gli iscritti non superano i mille e cinquecento, da sette componenti se gli iscritti superano i mille e cinquecento ma sono inferiori a tremila e da nove componenti se gli iscritti superano i tremila e per la professione medica è costituita dalla componente medica del Consiglio direttivo; con decreto del Ministro della salute è determinata la composizione delle commissioni d'albo all'interno dell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;
c) il collegio dei revisori dei conti, composto da tre iscritti quali componenti effettivi ed un iscritto quale revisore supplente. Nel caso di Ordini con più albi, fermo restando il numero dei componenti, è rimessa allo statuto l'individuazione di misure atte a garantire la rappresentanza delle diverse professioni.
3. L'assemblea elettorale è valida in prima convocazione quando abbiano votato almeno un quarto degli iscritti, in seconda convocazione qualunque sia il numero dei votanti purché non inferiore al decimo degli iscritti.
4. Le votazioni devono aver luogo in tre giorni consecutivi, dei quali uno festivo, con forme e modalità che ne garantiscano la piena accessibilità in ragione della numerosità degli aventi diritto, dell'ampiezza territoriale e delle caratteristiche geografiche. Il presidente è responsabile del procedimento elettorale.
5. Avverso la validità delle operazioni elettorali è ammesso ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.
6. I componenti del Consiglio direttivo durano in carica quattro anni e l'assemblea per la loro elezione deve essere convocata nel terzo quadrimestre dell'anno in cui il Consiglio scade. La proclamazione degli eletti deve essere effettuata entro il 31 dicembre dello stesso anno.
7. Ogni Consiglio direttivo elegge nel proprio seno, a maggioranza assoluta degli aventi diritto, il presidente, il vicepresidente, il tesoriere e il segretario, che possono essere sfiduciati, anche singolarmente, dalla maggioranza dei due terzi degli aventi diritto.
8. Il presidente ha la rappresentanza dell'Ordine di cui convoca e presiede il Consiglio direttivo e le assemblee degli iscritti; il vicepresidente lo sostituisce in caso di assenza o di impedimento e disimpegna le funzioni a lui eventualmente delegate dal presidente.

Art. 3. - *(Compiti del Consiglio direttivo e della commissione di albo)* -- 1. Al Consiglio direttivo di ciascun Ordine spettano le seguenti attribuzioni:
a) compilare e tenere gli albi dell'Ordine e pubblicarli all'inizio di ogni anno;
b) vigilare sulla conservazione del decoro e dell'indipendenza dell'Ordine;

c) designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti e organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
d) promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti, anche in riferimento alla formazione universitaria finalizzata all'accesso alla professione;
e) interporsi, se richiesto, nelle controversie fra sanitari, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse;
f) provvedere all'amministrazione dei beni spettanti all'Ordine e proporre all'approvazione dell'assemblea il bilancio preventivo e il conto consuntivo;
g) proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti la tassa annuale, anche diversificata, necessaria a coprire le spese di gestione, nonché la tassa per il rilascio dei pareri per la liquidazione degli onorari.
2. Alle commissioni di albo spettano le seguenti attribuzioni:
a) proporre al Consiglio direttivo l'iscrizione all'albo della professione;
b) assumere, nel rispetto dell'integrità funzionale dell'Ordine, la rappresentanza esponenziale della professione;
c) dare esecuzione ai provvedimenti disciplinari operanti nei confronti di tutti gli iscritti negli albi e a tutte le altre disposizioni di ordine disciplinare e sanzionatorio contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
d) esercitare le funzioni gestionali comprese nell'ambito delle competenze proprie, come individuate dallo statuto;
e) dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare la professione.
3. Contro i provvedimenti per le materie indicate ai commi 1, lettera a), e 2, lettere a) e c), è ammesso ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

Art. 4. - *(Scioglimento dei Consigli direttivi)* -- 1. I Consigli direttivi possono essere sciolti quando non siano in grado di funzionare regolarmente.
2. Lo scioglimento è disposto con decreto del Ministro della salute, sentite le rispettive Federazioni nazionali. Con lo stesso decreto è nominata una commissione straordinaria di tre componenti iscritti al medesimo Ordine. Alla commissione competono tutte le attribuzioni del Consiglio disciolto.
3. Entro tre mesi dallo scioglimento si deve procedere alle nuove elezioni.

Capo II
DEGLI ALBI PROFESSIONALI

Art. 5. - *(Albi professionali)* -- 1. Ciascun Ordine ha uno o più albi permanenti, in cui sono iscritti i professionisti della rispettiva professione, ed elenchi per categorie di professionisti laddove previste da specifiche norme.
2. Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie è necessaria l'iscrizione al rispettivo albo.
3. Per l'iscrizione all'albo è necessario:
a) avere il pieno godimento dei diritti civili;
b) essere in possesso del prescritto titolo accademico ed essere abilitati all'esercizio professionale in Italia;
c) avere la residenza o il domicilio o esercitare la professione nella circoscrizione dell'Ordine.
4. Fermo restando quanto disposto dal decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali, possono essere iscritti all'albo gli stranieri in possesso dei requisiti di cui al comma 3, che siano in regola con le norme in materia di ingresso e soggiorno in Italia.
5. Gli iscritti che si stabiliscono in un Paese estero possono a domanda conservare l'iscrizione all'Ordine professionale italiano di appartenenza.
Art. 6. - *(Cancellazione dall'albo professionale)* -- 1. La cancellazione dall'albo è pronunziata dal Consiglio direttivo, d'ufficio o su richiesta del Ministro della salute o del procuratore della Repubblica, nei casi:
a) di perdita del godimento dei diritti civili;
b) di accertata carenza dei requisiti professionali di cui all'articolo 5, comma 3, lettera b);
c) di rinunzia all'iscrizione;
d) di morosità nel pagamento dei contributi previsti dal presente decreto;
e) di trasferimento all'estero, salvo quanto previsto dall'articolo 5, comma 5.
2. La cancellazione, tranne nei casi di cui al comma 1, lettera c), non può essere pronunziata se non dopo aver sentito l'interessato.

Capo III
DELLE FEDERAZIONI NAZIONALI

Art. 7. - *(Federazioni nazionali)* -- 1. Gli Ordini provinciali sono riuniti in Federazioni nazionali con sede in Roma, che assumono la rappresentanza esponenziale delle rispettive professioni presso enti e istituzioni nazionali.

2. Alle Federazioni nazionali sono attribuiti compiti di indirizzo e coordinamento e di supporto amministrativo agli Ordini e alle Federazioni regionali, ove costituite, nell'espletamento dei compiti e delle funzioni istituzionali.
3. Le Federazioni nazionali raccolgono e aggiornano le norme deontologiche in un codice nazionale unico per tutti gli iscritti agli albi, definendo le aree condivise tra le diverse professioni, con particolare riferimento alle attività svolte da équipe multiprofessionali in cui le relative responsabilità siano chiaramente identificate ed eticamente fondate.

Art. 8. - *(Organi delle Federazioni nazionali)* 1. Sono organi delle Federazioni nazionali:
a) il presidente;
b) il Consiglio nazionale;
c) il Comitato centrale;
d) la commissione di albo, per le Federazioni comprendenti più professioni;
e) il collegio dei revisori.
2. Le Federazioni sono dirette dal Comitato centrale costituito da quindici componenti, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 6 della legge 24 luglio 1985, n. 409.
3. La commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri si compone di nove membri. I primi eletti entrano a far parte del Comitato centrale della Federazione nazionale a norma dei commi secondo e terzo dell'articolo 6 della legge 24 luglio 1985, n. 409; con decreto del Ministro della salute è determinata la composizione delle commissioni di albo dell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.
4. I rappresentanti di albo eletti si costituiscono come commissione disciplinare di albo con funzione giudicante. È istituito l'ufficio istruttorio nazionale di albo, costituito da cinque componenti sorteggiati tra quelli facenti parte dei corrispettivi uffici istruttori regionali e da un rappresentante estraneo alla professione nominato dal Ministro della salute.
5. Ogni Comitato centrale elegge nel proprio seno, a maggioranza assoluta degli aventi diritto, il presidente, il vicepresidente, il tesoriere e il segretario, che possono essere sfiduciati, anche singolarmente, con la maggioranza qualificata dei due terzi degli aventi diritto.
6. Il presidente ha la rappresentanza della Federazione, di cui convoca e presiede il Comitato centrale e il Consiglio nazionale, composto dai presidenti degli Ordini professionali; il vicepresidente lo sostituisce in caso di assenza o di impedimento e disimpegna le funzioni a lui eventualmente delegate dal presidente.
7. I Comitati centrali sono eletti dai presidenti dei rispettivi Ordini, nel primo trimestre dell'anno successivo all'elezione dei presidenti e Consigli direttivi degli Ordini professionali, tra gli iscritti agli albi, a maggioranza relativa dei voti e a scrutinio segreto.
8. Ciascun presidente dispone di un voto per ogni cinquecento iscritti e frazione di almeno duecentocinquanta iscritti al rispettivo albo provinciale.
9. Avverso la validità delle operazioni elettorali è ammesso ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.
10. Il Consiglio nazionale è composto dai presidenti dei rispettivi Ordini.
11. Spetta al Consiglio nazionale l'approvazione del bilancio preventivo e del conto consuntivo della Federazione, su proposta del Comitato centrale.
12. Il Consiglio nazionale, su proposta del Comitato centrale, stabilisce il contributo annuo che ciascun ordine deve versare in rapporto al numero dei propri iscritti per le spese di funzionamento della Federazione.
13. All'amministrazione dei beni spettanti alla Federazione provvede il Comitato centrale.
14. Al Comitato centrale di ciascuna Federazione spettano le seguenti attribuzioni:
a) predisporre, aggiornare e pubblicare gli albi e gli elenchi unici nazionali degli iscritti;
b) vigilare sul piano nazionale, alla conservazione del decoro e dell'indipendenza delle rispettive professioni;
c) coordinare e promuovere l'attività dei rispettivi Ordini;
d) promuovere e favorire, sul piano nazionale, tutte le iniziative di cui all'articolo 3, comma 1, lettera d);

e) designare i rappresentanti della Federazione presso commissioni, enti od organizzazioni di carattere nazionale;
f) dare direttive di massima per la soluzione delle controversie di cui alla lettera e) del comma 1 dell'articolo 3.
15. Alle commissioni di albo di ciascuna Federazione spettano le seguenti attribuzioni:
a) dare il proprio concorso alle autorità centrali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possano interessare la professione degli Ordini;
b) esercitare il potere disciplinare, a norma del comma 4.
16. Contro i provvedimenti adottati ai sensi del comma 15, lettera, b), è ammesso ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.
17. I Comitati centrali possono essere sciolti quando non siano in grado di funzionare regolarmente. Lo scioglimento è disposto con decreto del Ministro della salute. Con lo stesso decreto è nominata una commissione straordinaria di cinque componenti iscritti agli albi professionali della categoria; alla commissione competono tutte le attribuzioni del Comitato disciolto. Entro tre mesi dallo scioglimento si deve procedere alle nuove elezioni».
2. I presidenti delle Federazioni nazionali di cui all'articolo 8, comma 1, lettera a), del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato n. 233 del 1946, come introdotto dal comma 1 del presente articolo, sono membri di diritto del Consiglio superiore di sanità.
3. Gli Ordini e i rispettivi organi in essere alla data di entrata in vigore della presente legge restano in carica fino alla fine del proprio mandato con le competenze ad essi attribuite dalla legislazione vigente; il rinnovo avverrà con le modalità previste dalla presente legge e dai regolamenti attuativi di cui al comma 5.
4. Gli organi delle Federazioni nazionali di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato n. 233 del 1946, come introdotto dal comma 1 del presente articolo, restano in carica fino alla fine del proprio mandato; il loro rinnovo avverrà con le modalità previste dalle disposizioni di cui al presente articolo e dai regolamenti attuativi di cui al comma 5.
5. All'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo si provvede entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, mediante uno o più regolamenti adottati con decreto del Ministro della salute ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, previo parere delle Federazioni nazionali interessate, da esprimere entro novanta giorni dalla richiesta. Tali regolamenti disciplinano:
a) le norme relative all'elezione degli organi, ivi comprese le commissioni di albo, il regime delle incompatibilità e il limite dei mandati degli organi degli Ordini e delle relative Federazioni nazionali;
b) i criteri e le modalità per l'applicazione di atti sostitutivi o per lo scioglimento degli Ordini;
c) la tenuta degli albi, le iscrizioni e le cancellazioni dagli albi stessi;
d) la riscossione ed erogazione dei contributi, la gestione amministrativa e contabile degli Ordini e Federazioni;
e) l'istituzione delle assemblee dei presidenti d'albo con funzioni di indirizzo e coordinamento delle attività istituzionali a questi affidate;
f) le sanzioni ed i procedimenti disciplinari, i ricorsi e la procedura dinanzi alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.
6. Lo statuto delle Federazioni nazionali, approvato dai Consigli nazionali, definisce:
a) la costituzione e l'articolazione delle Federazioni regionali o interregionali, il loro funzionamento e le modalità della contribuzione strettamente necessaria all'assolvimento delle funzioni di rappresentanza esponenziale delle professioni presso gli enti e le istituzioni regionali di riferimento;
b) le attribuzioni di funzioni e le modalità di funzionamento degli Organi;
c) le modalità di articolazione territoriale degli Ordini;
d) l'organizzazione e gestione degli uffici, del patrimonio, delle risorse umane e finanziarie.
7. Fino alla data di entrata in vigore dei regolamenti e degli statuti di cui rispettivamente ai commi 5 e 6 si applicano, per quanto compatibili, le disposizioni del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, nonché i regolamenti di organizzazione delle Federazioni nazionali.
8. A decorrere dalla data di entrata in vigore dei regolamenti e degli statuti di cui rispettivamente ai commi 5 e 6, sono abrogati gli articoli 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27 e 28 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233.
9. Dalla data di entrata in vigore della presente legge i collegi delle professioni sanitarie e le rispettive Federazioni nazionali sono trasformati nei seguenti:
a) i collegi e le Federazioni nazionali degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici d'infanzia (IPASVI) in Ordini delle professioni infermieristiche e Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche. L'albo delle vigilatrici d'infanzia assume la denominazione di albo degli infermieri pediatrici;
b) i collegi delle ostetriche in Ordini delle professioni delle ostetriche;
c) i collegi dei tecnici sanitari di radiologia medica in Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle

professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.
10. La professione di assistente sanitario confluisce nell'Ordine di cui al comma 9, lettera c), del presente articolo ai sensi dell'articolo 4 della legge 1° febbraio 2006, n. 43.
11. Le Federazioni nazionali degli Ordini di cui al comma 9, lettere a), b) e c), assumono la denominazione, rispettivamente di Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, Federazione nazionale degli Ordini delle professioni ostetriche e Federazione nazionale degli Ordini delle professioni di tecnico sanitario di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.
12. Agli Ordini di cui al comma 9 si applicano le disposizioni di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dal comma 1 del presente articolo.
13. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, oltre all'albo dei tecnici sanitari di radiologia medica e all'albo dell'assistente sanitario sono istituiti, presso gli ordini di cui al comma 9, lettera c), gli albi per le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ai quali possono iscriversi i laureati abilitati all'esercizio di tali professioni, nonché i possessori di titoli equipollenti o equivalenti alla laurea abilitante, ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42.
14. Rimangono ferme le disposizioni di cui agli articoli 5 e 7, comma 2, della legge 1° febbraio 2006, n. 43, in materia di istituzione, trasformazione e integrazioni delle professioni sanitarie.
(omissis)

Art. 5.
(Esercizio abusivo della professione sanitaria)
1. All'articolo 348 del codice penale, dopo il primo comma, è aggiunto il seguente: "Se l'esercizio abusivo riguarda una professione sanitaria, la pena è aumentata da un terzo alla metà".

Art.8.
(Modifica dell'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, di cui regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e sostituzione del socio di farmacia).
1. L'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, è sostituito dal seguente:
«Art. 102. – 1. Il conseguimento di più lauree o diplomi dà diritto all'esercizio cumulativo delle corrispondenti professioni o arti sanitarie. **Gli esercenti le professioni o arti sanitarie possono svolgere, in qualsiasi forma, la loro attività in farmacia, ad eccezione dei professionisti abilitati alla prescrizione di medicinali.**
2. I sanitari abilitati alla prescrizione dei medicinali che facciano qualsiasi convenzione con farmacisti sulla partecipazione all'utile della farmacia, quando non ricorra l'applicazione delle disposizioni contenute negli articoli 170 e 172, sono puniti con la sanzione amministrativa da 10.000 euro a 50.000 euro»
(omissis)

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 16 aprile 2014

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.

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

IPASVI

Protocollo P-343/I.01
Data 17/01/2014
Rif.

PEC

Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi
LORO SEDI

Ai Presidenti delle Associazioni Infermieristiche
LORO SEDI

Oggetto Competenze infermieristiche

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

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

Come preannunciato, ieri si è svolto l'incontro tra il Ministero della salute e le Rappresentanze sindacali dei Medici, della dirigenza sanitaria e del Comparto sanità.

Il protocollo inerente la "cabina di regia" è stato riesaminato e al testo sono state apportate alcune "piccole modifiche, ma non sostanziali". Non sono state, quindi, accolte le richieste delle Rappresentanze sindacali dei Medici e della dirigenza sanitaria .

Verranno tempestivamente fornite le ulteriori informazioni inerenti il proseguo dell'iter per la presentazione dell'articolato inerente le competenze avanzate e specialistiche dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico alla Conferenza Stato Regioni.

Cordiali saluti

La presidente
Annalisa Silvestro

Allegato 1

notizie in pillole a cura di S. Citterio

Liguria. Infermieri in intramoenia allargata per garantire la continuità assistenziale

Lo prevede una proposta di legge approvata dalla commissione Salute del Consiglio regionale che autorizza il personale sanitario non medico a svolgere la libera professione singolarmente anziché in équipe a supporto del medico. L'attività potrà essere esercitata nell'azienda in cui il professionista lavora o in intramoenia allargata. 12 MAR - Riorganizzare l'attività svolta da infermieri, ostetriche e tecnici sanitari e della prevenzione che operano nelle strutture pubbliche per favorire lo sviluppo delle professionalità e garantire al contempo la continuità assistenziale fra ospedale e domicilio. È questo l'obiettivo della legge approvata il 10 marzo scorso, a larghissima maggioranza, dalla Commissione Salute e Sicurezza sociale del Consiglio regionale della Liguria. Il provvedimento è il frutto dell'unificazione di due proposte di legge (una presentata da Ezio Chiesa del Gruppo misto-Liguria Viva, l'altra presentata da Valter Ferrando, del Pd, e altri consiglieri di maggioranza) e riguarda circa 20 mila operatori del settore sanitario in Liguria tra infermieri professionali, ostetriche, tecnici sanitari (che operano in laboratori di analisi e servizi di radiologia), tecnici di riabilitazione e prevenzione. Il testo unificato, che verrà iscritto all'ordine del giorno di una delle prossime sedute del Consiglio regionale, autorizza il personale sanitario non medico a svolgere attività libero professionale singolarmente: attualmente tale attività può essere svolta solo in équipe a supporto del medico. Questa modifica consente, quindi, di assicurare continuità assistenziale fra ospedale, territorio e domicilio. L'attività libero professionale potrà essere esercitata nella stessa azienda sanitaria in cui il professionista presta la propria opera oppure in regime di intramoenia allargata e dovrà essere regolamentata e autorizzata dall'azienda stessa. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore della legge, la giunta regionale dovrà emanare, attraverso una direttiva, le linee guida a cui dovranno attenersi le aziende sanitarie per redigere l'elenco di chi intende svolgere l'attività libero professionale e organizzare il servizio. Entro i 120 giorni successivi, le Asl dovranno adeguarsi alle nuove norme. Si tratta, ha commentato il presidente della Commissione Valter Ferrando, di una legge "molto attesa da migliaia di operatori di un settore strategico della sanità. Il testo unificato dà uniformità e continuità all'assistenza, rispondendo alle necessità manifestate in più occasioni e in più sedi sia dalle organizzazioni di categoria sia dalle associazioni che si occupano di tutela del malato. Una volta approvata dal Consiglio regionale, questa legge consentirà al paziente, sia in ospedale che a domicilio, un'assistenza più snella, efficace e, contemporaneamente, fornita da personale altamente qualificato che già opera nella struttura pubblica. Sicuramente – ha proseguito Ferrando, che è anche medico chirurgo e lavora da quasi trent'anni al San Martino-Ist di Genova - l'esperienza maturata nella professione mi ha aiutato a intercettare meglio le esigenze di una sanità che ponga il malato al centro di ogni attività in ospedale, sul territorio e in famiglia e questa legge rappresenta un importante contributo in questa direzione". Secondo il presidente della Commissione Salute e Sicurezza sociale il testo di legge è anche "il dovuto riconoscimento a tanti professionisti che lavorano con impegno in un ambiente sempre più complesso e difficile. Questa legge gli consentirà di poter esprimere al meglio la propria professionalità avendo anche qualche miglioramento economico, visti i ripetuti blocchi dei rinnovi contrattuali introdotti dalla Spending review".

(tratto da www.q uotidianosanità.it)

Protocollo Ministero Salute, Regioni e OOSS "Cabina di Regia"

PROPOSTA CON EMENDAMENTI APPROVATI IL 16 GENNAIO 2014

PREMESSA

Il Ministero della Salute, le Regioni e le Organizzazioni Sindacali della dirigenza medico-veterinaria, sanitaria, tecnica, professionale e del Comparto Sanità, al trentacinquesimo anno dalla costituzione del Servizio Sanitario Nazionale, ribadiscono il ruolo centrale e strategico del sistema sanitario nazionale universale e solidale, quale scelta fondamentale di civiltà e di attuazione dei diritti costituzionali nel nostro Paese.

La promozione, il consolidamento e il potenziamento della natura di sistema sanitario nazionale universale e solidale necessitano di una innovata responsabilizzazione e protagonismo delle istituzioni, delle rappresentanze istituzionali, sindacali e professionali di tutti gli operatori del sistema, nella fase di monitoraggio e realizzazione degli obiettivi di salute. In quest'ottica è necessario realizzare una "cabina di regia" permanente di livello nazionale, che veda la presenza delle rappresentanze istituzionali, sindacali e professionali di tutti gli operatori del sistema, che funga da coordinamento per la promozione e diffusione di buone pratiche e nel contempo realizzi un costante monitoraggio e adeguata verifica dei risultati attesi.

Le ragioni di questo percorso sono:

- la convinzione che i processi di modifica previsti dal nuovo Patto per la Salute e l'avvio dell'applicazione dei costi standard, hanno bisogno di attuarsi con la comprensione, la condivisione ed il coinvolgimento di tutti i protagonisti, *in primis* i professionisti sanitari, che dovranno quotidianamente monitorarli e verificarne gli effetti;
- la conferma che il ruolo centrale, nelle prestazioni rese ai cittadini, è rappresentato dalle competenze delle professioni mediche e veterinarie, delle professioni sanitarie e della dirigenza sanitaria, e di oltre 30 profili professionali laureati, tutti caratterizzati da specifici ambiti di autonomia;
- il ribadire il primato della prevenzione nel processo di attuazione del diritto alla salute, il cui potenziale innovativo è ancora da sviluppare appieno nella promozione degli stili di vita ed in una più incisiva politica ambientale;
- la convinzione che il sistema stesso deve avviare una profonda modifica dell'organizzazione del lavoro, in particolare in alcuni ambiti settoriali e territoriali, che sia funzionale ai bisogni di salute della collettività, all'evoluzione scientifica, tecnologica e che valorizzi l'accrescimento professionale e formativo di tutto il personale, anche per portare a sistema le "buone pratiche e le nuove sperimentazioni" già condivise e consolidate in alcuni territori del Paese.
- la necessità di definire i criteri per gli standards assistenziali per medici ed infermieri nonché per le altre professioni e profili del personale del SSN adottati dal Ministero della salute, dalle Regioni e dalle Aziende Sanitarie con la partecipazione delle Organizzazioni sindacali.

LA CRISI COME OPPORTUNITÀ

Il superamento della crisi finanziaria che ha investito il SSN, ed in generale lo stato sociale del nostro Paese, richiede anche la partecipazione e la responsabilizzazione del personale sia nell'ambito della riqualificazione della spesa pubblica sia sul tema del risanamento dei conti. Ciò anche avvalendosi delle specifiche competenze scientifiche, organizzative e professionali: è lo stesso sforzo ed impegno richiesto al mondo del lavoro in altre fasi storiche di difficoltà del nostro Paese.

Le parti ritengono, infatti, che la sostenibilità del sistema sanitario pubblico non attiene esclusivamente a ragioni economico-finanziarie,

ma anche e soprattutto all'inappropriatezza, a inefficienze organizzative e gestionali e all'uso *"improprio e consumistico"* della domanda di salute, tutte variabili su cui è necessario incidere.
In questo contesto occorre utilizzare, con modalità virtuose, le risorse necessarie, riorientando la spesa e investendo nei processi di innovazione organizzativa e di evoluzione professionale, con una visione unitaria del sistema salute. In tutto ciò il ruolo e la partecipazione degli operatori è fondamentale. La ricchezza di idee e di impegno innovativo sia in ambito professionale, sia in ambito lavorativo del personale del SSN, deve esprimersi non solo nei classici luoghi di rappresentanza settoriale, ma anche nelle fasi della riorganizzazione dei servizi per la realizzazione di nuove metodologie organizzative sia a livello nazionale, sia a livello locale.

LA CABINA DI REGIA

Nel precisare che la cabina di regia è uno strumento che non può e non deve sostituirsi ad alcun confronto istituzionalmente e contrattualmente previsto, si ritiene importante prevederne l'istituzione come occasione e opportunità per dare un ruolo forte ad un coordinamento nazionale sulla regolazione della vita professionale ed organizzativa degli operatori del sistema sanitario e per ribadire il tratto universale e unitario del sistema salute.
La cabina di regia, composta dai rappresentanti istituzionali e da un rappresentante per ogni organizzazione sindacale rappresentativa del comparto, delle aree dirigenziali e dell'area convenzionata, deve intendersi come uno strumento per il confronto permanente unitario e partecipato sugli ambiti di sviluppo professionale, organizzativo e formativo collegati alle innovazioni introdotte da norme legislative, contrattuali, e da specifiche intese.
La cabina di regia avvierà un confronto permanente anche sui contenuti del Patto per la Salute, nell'ambito del quale monitorare e verificare la revisione dei modelli organizzativi, sia ospedalieri che territoriali, valutando le sperimentazioni in corso e promuovendo le buone pratiche.
L'attività della cabina di regia dovrà basarsi sui seguenti presupposti:

a) il processo di innovazione nell'organizzazione del lavoro in sanità si realizza in modo plurale, anche con il concorso di più professioni che attuano, in autonomia, responsabilità e competenza, la salvaguardia della salute dei cittadini;
b) il ruolo e le responsabilità diagnostiche e terapeutiche e riabilitative, sono in capo ai medici anche per favorirne l'evoluzione professionale a livello organizzativo e ordinamentale;
c) gli infermieri e le altre professioni sanitarie, nell'ambito delle responsabilità già delineate dagli specifici profili professionali di riferimento, sono garanti del processo assistenziale, ed è per questo che è necessaria e non più rinviabile l'evoluzione professionale verso le competenze avanzate e di tipo specialistico;
d) I Medici, i Veterinari, i Dirigenti sanitari, gli infermieri e gli altri Professionisti della Salute riconoscono i relativi e specifici campi di intervento, autonomia e responsabilità anche alla luce della costante evoluzione scientifica e tecnologica, e concorrono a garantire unitarietà dei percorsi di cura e di assistenza attraverso l'integrazione multi professionale degli obiettivi, nei sistemi complessi per obiettivi, e attraverso criteri di verifica e di valutazione degli esiti e dei risultati;
e) I profili professionali della dirigenza sanitaria (biologi, chimici, fisici, farmacisti, psicologi), ferme restando le specifiche competenze professionali previste dai rispettivi ordinamenti legislativi vigenti, concorrono in maniera rilevante all'effettuazione e sviluppo dei percorsi di diagnosi cura e assistenza in ambito sanitario e contribuiscono all'integrazione professionale nei sistemi complessi in ambito multiprofessionale anche alla luce della costante evoluzione tecnico scientifica;
f) Medici, infermieri e gli altri professionisti della salute riconoscono e convengono che, ferme restando le responsabilità gestionali, la responsabilità professionale sulle decisioni e gli atti compiuti nell'ambito dei processi di cui sono garanti è personale e posta in capo a colui che tali decisioni e atti ha assunto e compiuto anche nell'esercizio di competenze avanzate o di tipo specialistico

Stili di vita favorevoli alla salute: una buona regione per...

A cura di Direzione Generale Sanità Lombardia

È in atto la campagna di comunicazione sulla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute promossa dalla Direzione Generale Sanità e rivolta a tutti i cittadini lombardi.
I messaggi sulla opportunità di adottare, attraverso semplici comportamenti, uno stile di vita favorevole alla salute, sono veicolati da immagini riferite a soggetti "storico-culturale -geografici" del contesto territoriale regionale.
La campagna, finanziata dal Ministero della Salute - CCM nell'ambito del programma nazionale "Guadagnare Salute- Rendere facili le scelte salutari,"- sarà diffusa oltre che su web, su tutto il territorio regionale tramite locandine cartacee e promocard

Bevi ogni giorno acqua in abbondanza
Fai sempre una sana prima colazione: evita di saltare i pasti e a tavola varia le tue scelte
Consuma almeno 2 porzioni di frutta e 2 porzioni di verdura ogni giorno
Consuma quotidianamente i cereali (pane, pasta, riso etc.)
Mangia pesce almeno 2 volte alla settimana (fresco o surgelato)
Ricordati che i legumi forniscono proteine di buona qualità e fibre
Limita il consumo di grassi, soprattutto quelli di origine animale, privilegiando l'olio extravergine di oliva
Non eccedere nel consumo di sale
Limita il consumo di dolci e di bevande caloriche
Evita la sedentarietà e sfrutta ogni occasione per essere attivo (se possibile vai a scuola/lavoro a piedi, evita l'ascensore e utilizza le scale, fai giardinaggio, porta a spasso il cane etc.)
Cammina almeno 30 minuti al giorno, tutti i giorni, a passo svelto
Pratica un'attività sportiva almeno 2 volte alla settimana (o in alternativa usa il fine settimana per passeggiare, andare in bici, nuotare, ballare etc.)
Ricorda che smettere di fumare è possibile
Fonte: Ministero della Salute - D.G. Prevenzione sanitaria
Per saperne di più:
www.promozionesalute.regione.lombardia.it
800 318 318
Campagna finanziata dal Ministero della Salute-CCM nell'ambito del programma Guadagnare Salute

Per saperne di più:
www.promozionesalute.regione.lombardia.it

Regole di funzionamento del servizio sanitario regionale

Il documento approvato con D.G.R. 1185 del 20/12/2013 fornisce alle Aziende e agli operatori gli indirizzi per il 2014, delineando l'evoluzione del Sistema Sanitario con riguardo agli aspetti programmatori, agli interventi per il miglioramento della qualità, dell'appropriatezza, dell'efficienza. La delibera include azioni volte al perseguimento dei principi di equità, semplificazione, comunicazione, trasparenza e di lotta alla corruzione.
Attenzione è riservata infine ai temi della ricerca, dell'internazionalizzazione e cooperazione.

Per realizzare tali indirizzi le **risorse** economiche messe a disposizione per il 2014 sono superiori dell'1,7% rispetto al 2013, ammontando a 17 miliardi 795 milioni di euro.

Alla sfida delle **cronicità** è dedicato ampio spazio all'interno delle Regole 2014. Ciò alla luce dei numeri che emergono dall'analisi epidemiologica e del bisogno assistenziale e che spingono a riordinare il Sistema per mantenere il livello qualitativo raggiunto in questi anni:

- sono 3 milioni, cioè il 30% della popolazione, i pazienti cronici presenti in Regione, il cui trattamento assorbe circa il 70% della spesa sanitaria relativa alle attività di ricovero e cura, alla specialistica ambulatoriale e ai consumi di farmaci;
- sono 600 mila le persone in condizione di cronicità socio sanitaria;
- nelle RSA il 70% degli ospiti sono affetti da demenze, di cui il 36% con forme gravi;
- in alcuni presidi la percentuale di pazienti cronici supera il 90/95%

Il costante aumento delle cronicità sta dunque spingendo Regione Lombardia a ripensare il modello assistenziale, nel doppio senso della territorializzazione e della collaborazione sempre più stretta con l'ambito sociale.

Le Regole 2014 segnano un cambio di paradigma: un passaggio dall'erogazione di prestazioni a una presa in carico integrata della persona, che garantisca una continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri.
Il sistema lombardo già da tempo si sta muovendo lungo tale direttrice: negli ultimi 10 anni i ricoveri sono significativamente diminuiti, mentre sono aumentate le attività ambulatoriali; inoltre l'ambito sanitario è sempre più strettamente legato a quello sociale.
Alla luce di ciò, tra i possibili obiettivi del nuovo modello di governance vengono indicati il completamento e la piena definizione sia di un modello a rete per l'assistenza ospedaliera, sia di un assetto organizzativo in grado di consolidare lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio, puntando sugli aspetti di prossimità, flessibilità, presa in carico e continuità delle cure.
Come confermato dalla positiva sperimentazione del CreG, il circuito virtuoso della continuità ospedale-territorio sarà perseguito dalla costituzione di un distinto polo territoriale in grado di generare una propria offerta e una propria capacità di attrazione alternativa all'ospedale.
La finalità perseguita dunque non è tanto quella di incrementare la quantità dell'offerta, quanto piuttosto quella di organizzare la presa in carico dei bisogni del cittadino, con particolare attenzione alle demenze, alla presenza nello stesso paziente di più patologie, al completamento della rete delle cure palliative, al riordino della riabilitazione e alla neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza

(tratto da www. sanita.regione.lombardia.it)

Sistema Sanitario Regione Lombardia

Pubblichiamo la nota con cui abbiamo segnalato al COGEAPS e alla commissione nazionale ECM alcune criticità che stanno emergendo in relazione alla messa a regime del sistema ECM previsto per il 2014. Di seguito la risposta che ci è pervenuta dal COGEAPS.

COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI - VIGILATRICI D'INFANZIA
DELLA PROVINCIA DI COMO
Ist.ai sensi Legge 29-10-54 n. 1049

Como, 26 marzo 2014

Prot1500/14/III.1

Alla c.a.
Presidente Cogeaps
Dott. Bovenga Sergio
info@cogeaps.it
Segretario Commissione Nazionale
per la Formazione Continua
Dott.ssa Maria Linetti
info@forumecm.it
E p.c.
Presidente Federazione Nazionale IPASVI
Dott.ssa Annalisa Silvestro
Federazione Nazionale
federazione@ipasvi.legalmail.it

Oggetto: segnalazione

Con la presente si intende portare a conoscenza alcune situazioni anomale legate all'acquisizione dei crediti ECM, venutasi a creare con nostri iscritti.

In più occasioni, questo Collegio, a domande degli iscritti rispetto all'obbligo di acquisire i crediti per chi lavora all'estero e mantiene l'iscrizione al Collegio (siamo terra di confine con la Svizzera), ha risposto che tale obbligo non sussisteva, suffragato anche dalla risposta pubblicata sul sito della Segreteria Nazionale ECM – faq direttamente dalla dott.ssa Linetti, che per completezza di informazione si allega (**all. 1**).

Uno degli iscritti in questione, ha recentemente sottoposto il quesito al Co.Ge. A.P.S. e la risposta è stata diametralmente opposta, motivata dal fatto che l'iscritta ha mantenuto l'iscrizione al Collegio durante l'attività all'estero (**all.2**) .

Altro quesito riguarda il tema degli esoneri/esenzioni che in riferimento alla determina del 17 luglio u.s. devono essere conteggiati in misura di 4 crediti mese. Nelle disposizioni precedenti (es. in caso di maternità) l'esenzione dall'acquisizione dei crediti riguardava l'intero anno nel quale ricadeva la maggior parte dei mesi o la totalità dei mesi di astensione obbligatoria. Pertanto si chiede di indicare la decorrenza delle disposizioni della determina che, se risultasse retroattiva, potrebbe generare notevoli criticità per coloro a cui è stata fornita l'indicazione precedente e che ovviamente non ha acquisito crediti.
In questo quadro si inserisce anche la comunicazione pervenuta dal Presidente COGEAPS del 10/2/2014 secondo la quale solamente l'1% degli iscritti al C ollegio di Como sarebbe certificabile positivamente per il triennio formativo 2011/2013. A titolo esemplificativo, dai dati in nostro possesso, solo nel 2012 risultano 606 iscritti che hanno acquisito crediti FAD in Med, certificati dall'IPASVI. Risulta quindi poco probabile che solamente 915 professionisti (26%) abbiano frequentato eventi ECM nell'anno, pur valutando possibili doppie frequenze.

Quindi pur nella consapevolezza della incompletezza dei dati indicata anche nella lettera di accompagnamento, tali dati sorprendono e alimentano perplessità circa il corretto funzionamento dell'intero sistema che rischia di ricadere sui Collegi IPASVI e sui singoli iscritti.

Si segnala, infatti, che alcune Cooperative e/o Aziende prima di valutare la collaborazione con un libero professionista infermiere chiedono la certificazione/attestazione dei crediti acquisiti. In taluni casi le richieste non si limitano alla semplice fornitura degli attestati ma viene richiesto, così come previsto dalla determina del 17 luglio 2013, la certificazione dei crediti.

Si segnala infine che siamo ancora in attesa della risposta del Dott. Cestari ad una mail che evidenziava alcune criticità tecniche del sistema di registrazione, in particolare rispetto alle anagrafiche. (**all. n. 3**)

Alla luce di quanto indicato, attendiamo precise e corrette informazioni alle quali poter fare riferimento, visto che l'anello di congiunzione tra l'iscritto ed il Cogeaps, come anche da Voi più volte ribadito, è e sarà il Collegio di appartenenza.

Nella certezza che si possa avviare una proficua collaborazione restiamo in attesa di cortese e sollecito riscontro.

Distinti saluti.

Il Presidente IPASVI COMO
Dott. Stefano Citterio

Co.Ge.A.P.S.
Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie

PROT 17-C/14

Alla c.a. del dott. Stefano Citterio

Presidente IPASVI Como

Roma, 02/04/2012

Gentile dott. Citterio,

nel ringraziarLa per i quesiti da Lei posti con la lettera prot 1500/14/III.1 del 26 u.s. provo a fornirLe alcuni chiarimenti.

Per quanto riguarda i problemi da Voi segnalati a livello di anagrafica, mi fa piacere comunicarLe che la criticità relativa a infermieri/infermieri pediatrici è già stata risolta, come riferitomi dal nostro responsabile tecnico dott. Cestari.

Relativamente invece ai codici fiscali non corretti e ai profili non aggiornati, siamo già in contatto con la Federazione Nazionale che ci ha assicurato l'invio delle nuove anagrafiche per i prossimi giorni: pertanto, anche questi problemi potranno trovare la loro soluzione in tempi brevi.

Relativamente all'applicazione della determina della CNFC del 17/07/2013, essa si riferisce al triennio 2011-2013, e per alcune specifiche categorie segnalate nella determina stessa, anche a quello precedente, 2008-2010.

Per quanto riguarda la formazione svolta dagli iscritti al Suo Collegio (ma ovviamente vale per tutti) i dati si riferiscono esclusivamente a quanto presente nella banca dati nazionale del Co.Ge.A.P.S. e pertanto, come precisato nella lettera di accompagnamento, è possibile che sia mancante parte dei crediti non ancora trasmessi dai sistemi regionali. Inoltre è bene sapere che alcune Regioni attendono 90 giorni, oltre il completamento dell'anno, per trasmettere le partecipazioni ECM, ragion per cui la maggior parte dei dati del 2013 dovrebbero essere disponibili già a partire dalle prossime settimane.

Si ricorda altresì che molti crediti ECM relativi a partecipazioni a corsi FAD sono visibili in banca dati dopo molto tempo dal rilascio del relativo attestato di partecipazione, perché i relativi corsi sono ancora "aperti"; le norme prevedono infatti che i Provider trasmettano i dati dei partecipanti soltanto quando il corso FAD è definitivamente chiuso (per corsi FAD aperti 12 mesi ciò si traduce in una latenza molto lunga). Alcuni corsi, ad esempio "FAD In Med", rientrano in questa categoria: alcuni di essi sono stati prorogati e si sono conclusi solo da poco, altri invece sono ancora aperti. Rammento che i provider hanno 90 giorni di tempo per

trasmettere i dati al Co.Ge.A.P.S. e pertanto gli eventi relativi agli ultimi mesi del 2013 potevano essere legittimamente trasmessi entro il 31 marzo 2014. Il Consorzio a sua volta riceve e carica nella banca dati tutti i nuovi report con una cadenza quasi quotidiana, per avere un database quanto più aggiornato, il cui limite è legato unicamente a due fattori: la tempestività e puntualità nella trasmissione dei dati da parte di tutti i provider e la disponibilità di anagrafiche aggiornate da parte degli Ordini, Collegi e Associazioni. Naturalmente è un work in progress che coinvolge tutti gli attori, ognuno per le relative attribuzioni.

In merito alla certificazione/attestazione dei percorsi formativi dei professionisti, il sistema non è ancora avviato, anche in considerazione di quanto appena esposto riguardo, ad esempio, alla incompleta trasmissione dei corsi FAD, e si prevede che abbia inizio fra poche settimane.

Tra l'altro, mi fa piacere informarLa che, su proposta del Co.Ge.A.P.S., le Federazioni Nazionali degli Ordini, Collegi ed Associazioni, stanno valutando la possibilità di sollevare le rispettive sedi territoriali provinciali/interprovinciali da tutte le incombenze che precedono e sono funzionali alla certificazione vera e propria (inserimento di esoneri, esenzioni, crediti mancanti, ecc.) affidando centralmente al Consorzio tutte queste attività in modo da consentire agli Ordini, Collegi e Associazioni solo la compilazione del Certificato vero e proprio. Se tale ipotesi troverà conferma nei prossimi giorni, in occasione dell'Assemblea del Co.Ge.A.P.S., ne verrà data tempestiva comunicazione, insieme alle indicazioni operative.

In relazione invece all'obbligo di formazione ECM per i professionisti sanitari che operano all'estero, pur rimanendo iscritti al proprio Albo italiano, mi preme sottolineare che la questione è di stretta pertinenza della Commissione Nazionale Formazione Continua, non rientrando nelle competenze del Co.Ge.A.P.S. la possibilità di indicare norme né, tantomeno, di modificarle.

Tanto precisato, a quanto ci consta, i punti da definire sono due, uno riguarda l'obbligo formativo e il secondo il raggiungimento dei crediti:

- Un professionista iscritto in Italia per la legge 148/2011 è tenuto a all'obbligo ECM
- L'attività all'estero non è tra le ragioni di esoneri ed esenzioni dall'ECM.

Quindi, è acquisito l'obbligo per il professionista, secondo le norme in essere, di svolgere formazione ECM, in quanto iscritto, anche se non svolge la professione sanitaria in Italia.

Un professionista può farsi riconoscere corsi formativi svolti all'estero (UE, Svizzera, Stati Uniti e Canada), e farseli registrare in banca dati ECM Co.Ge.A.P.S. per il 50% del suo obbligo formativo. Le partecipazioni a formazioni estere possono venire riconosciute in crediti ECM con valore di crediti pari alla metà dei crediti formativi assegnati nel Paese estero oppure con il rapporto di mezzo credito per ogni ora di formazione e in ogni caso con il limite di 25 crediti per evento formativo.

A breve sarà resa disponibile ad Ordini, Collegi, Associazioni e presso Co.Ge.A.P.S. la funzione e le modalità operative per registrare tale attività da parte del Professionista.

In sintesi, se un Professionista mantiene l'iscrizione in Italia dovrà sottostare all'obbligo ECM, che potrà essere soddisfatto per il 50% del fabbisogno da crediti esteri. La restante parte dovrà essere acquisita in Italia o tramite corsi FAD.

Spero che questi chiarimenti abbiano contribuito a dirimere qualche dubbio e nel confermarLe la disponibilità del Consorzio nel fornire tutto il supporto possibile e necessario Le invio i miei più cordiali saluti

Il Presidente

Dott. Sergio Bovenga

▪ Co.Ge.APS c/o FNOMCeO ▪ P.zza Cola di Rienzo 80/A ▪ 00192 Roma
▪ Tel. 0636000893 ▪ Fax 0636001793 ▪ E-mail info@cogeaps.it

Ecm e Dossier formativo: attivato un call-center per i professionisti sanitari

L'iniziativa è del Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie). Disponibile anche un canale dedicato di posta elettronica.

Il Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie) è un organismo che riunisce le Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi e le Associazioni dei professionisti della salute che partecipano al programma di Educazione Continua in Medicina (Ecm).

Contestualmente all'apertura della banca dati del Co.Ge.A.P.S. ai singoli professionisti sanitari dal 2 dicembre u.s., è stato attivato un Call Center per rispondere ai quesiti e dare supporto ai professionisti sanitari, sia per la compilazione del Dossier Formativo per il triennio 2014-2016, sia per fornire soluzioni ad eventuali quesiti sul funzionamento della banca dati del Consorzio o sul sistema Ecm e sulla corrispondente normativa.

Il numero da comporre è **06/42749600**, scegliendo con il tastierino numerico l'opzione 4. La linea è attiva dal lunedì al venerdì, dalle ore 9 alle ore 16. È stato altresì attivato un indirizzo e-mail dedicato: **ecm@cogeaps.it** per offrire un supporto ulteriore.

Già molti professionisti si sono rivolti al Call Center del Consorzio per ricevere un ausilio, tanto a livello tecnico quanto a livello informativo, sia via mail che via telefono e permane un ulteriore margine di operatività da potere utilizzare.

Ulteriori informazioni sono reperibili anche sul sito istituzionale del Co.Ge.A.P.S. (http://www.cogeaps.it)

www.ipasvicomo.it

Molti di voi, che hanno sottoscritto l'assicurazione con Willis proposta da IPASVI negli anni passati, si saranno accorti di alcuni cambiamenti intervenuti nella forma di comunicazione e pubblicizzazione. Anche in merito al rinnovo potrebbero intervenire alcune modifiche. Alcune ragioni di ciò sono contenute in questa comunicazione che vi invitiamo a leggere. Resta invariato quanto già comunicato rispetto all'obbligo di assicurazione pubblicato nel numero precedente di Agorà.

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

IPASVI

PEC Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi
LORO SEDI

Circolare n. 6/2014
Prot. P-1277/III.01

Data 3 marzo 2014

Oggetto: Obbligatorietà assicurativa per Infermieri

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

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

È pervenuta da alcuni Presidenti la richiesta di un aggiornamento sull'obbligatorietà assicurativa per gli infermieri e sulla posizione che intenderà assumere a tal proposito questa Federazione.

Si richiama alla memoria dei Collegi in indirizzo che la FNC aveva attivato una convenzione assicurativa a cui potevano liberamente aderire tutti gli iscritti Ipasvi e costituito, parallelamente, un "Sistema di protezione".

Il successo dell'iniziativa aveva prodotto un aumento significativo degli oneri amministrativi e informativi a carico degli uffici centrali della FNC, tanto da produrre la decisione di interrompere (come comunicato con nota n. prot. P-2138/III.01 dell'11/5/2011) l'impegno diretto, rimettendo il tutto a Promesa - Associazione senza scopo di lucro - che, in collaborazione con un broker assicurativo (la Willis Italia SpA), ha offerto agli infermieri interessati la possibilità di mantenere/aderire ad una convenzione assicurativa.

Nell'ultimo triennio il quadro normativo di riferimento si è radicalmente modificato; l'art. 3, comma 5, lettera e) del Decreto legge n. 138 del 2011 (convertito in legge n. 148 del 14/09/2011) ha previsto l'obbligatorietà assicurativa per i professionisti sanitari e rinviato l'osservanza dell'obbligo al prossimo 15 agosto 2014.

L'ultima parte della norma citata stabilisce che: "*Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali (ovvero Comitati centrali) e dagli enti previdenziali dei professionisti*".

Per agevolare l'applicazione dell'obbligatorietà assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, il successivo art. 3, secondo comma, del Decreto legge n. 158 del 2012 (c.d. Decreto Balduzzi) ha prodotto l'apertura, presso il Ministero della salute, di due tavoli di concertazione con la partecipazione delle Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi delle professioni sanitarie: il primo dedicato a disciplinare le procedure e i requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei relativi contratti; il secondo, finalizzato alla costituzione di un Fondo destinato a coprire i professionisti sanitari che non riescono più a reperire una idonea assicurazione professionale.

La FNC ha partecipato attivamente ai lavori presso il Ministero della salute che si sono svolti sino a luglio del 2013 e che riprenderanno il 10 marzo p.v. ed i cui esiti, soprattutto per quanto attiene i requisiti minimi, sono in via di formalizzazione.

In considerazione di quanto descritto, la FNC attiverà un percorso di approfondimento e riflessione per predisporre quanto di necessità per la realizzazione di una gara assicurativa (ex D.L. n. 138/2011) finalizzata a definire le "condizioni generali delle polizze assicurative" che, nel rispetto del D.L. n. 158/ 2012, forniscano la miglior risposta all'obbligatorietà assicurativa.

Si coglie l'occasione di questo aggiornamento informativo, per invitare i Collegi in indirizzo a eliminare dai propri Siti web e da altre comunicazioni, ogni collegamento esistente fra le polizze assicurative in essere e l'Ipasvi o la Willis Italia SpA.

Ciò per superare ogni confusività e dare modo alla FNC di svolgere, dopo la discussione e definizione con codesti Collegi, la funzione indicata nelle norme di riferimento con trasparenza, autonomia e concorrenzialità.

Nel ringraziare per la fattiva collaborazione, si inviano cordiali saluti.

La presidente
Annalisa Silvestro

RISCOSSIONE QUOTE ANNO 2014

Ricordiamo agli iscritti che il termine per il pagamento della quota di iscrizione per l'anno 2014 è scaduto il 28/02/2014
Coloro i quali non hanno ancora provveduto al pagamento della quota, sono pregati di versare al più presto l'importo di € 70,00 utilizzando una delle seguenti modalità:

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

intestato a Collegio IPASVI Como – causale "quota di iscrizione anno 2014" ed inviare copia della ricevuta via fax al n. 031/262538

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

Per qualsiasi informazione contattare la segreteria.

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

È evidente che...

rubrica curata da Cavallaro Loredana e Gerletti Jeannette
Tutor Corso di Laurea in Infermieristica Università dell'Insubria - sezione di Como

Il triage psichiatrico territoriale (TPT): quale percorso formativo, quali competenze e quale responsabilità per l'infermiere?

*A cura di Daniele Piazzoli**

... il "Triage Psichiatrico Territoriale" (TPT) è stato ideato dagli infermieri Raucci Vincenzo e Spaccapeli Giovanni, applicato in via sperimentale dallo staff del CPS di Monza ed in seguito dal CPS di Como. Lo scopo è quello di definire strumenti organizzativi ed operativi di valutazione che permettano all'equipe medico-infermieristica di valutare le situazioni urgenti ed utilizzare una medesima codifica ed un medesimo linguaggio tecnico, sia in ambito intra-professionale che inter-professionale. Garantire prestazione clinico\assistenziale celere ed efficace, dotare il personale infermieristico e medico di un linguaggio comune per la codifica degli interventi in urgenza sono gli obiettivi cardine di questo progetto. (Raucci, 2010).

Le caratteristiche dell'operatore "triagista" sono ben note già da prima dell'avvento del TPT (anno 2001, linee giuda sul triage, atto d'intesa Stato-Regioni), ma quali abilità e specifiche personali deve possedere il professionista per esprimersi al meglio in ambito psichiatrico territoriale rimane un campo piuttosto dubbio. Da qui si è delineata la seguente domanda per la ricerca bibliografica effettuata: "Quale percorso formativo, competenze e responsabilità deve possedere l'infermiere triagista per l'applicazione del TPT ?".

Il termine "triage" deriva dal francese "trier", che significa scegliere, classificare, catalogare. Il sistema di triage, quindi, è uno strumento organizzativo pensato per gestire gli accessi non programmati ad un servizio per acuti. (Raucci *et al*, 2006)

Bisogna però precisare che in ambito psichiatrico si parla di: CRISI, definita come uno stato di squilibrio psicologico in cui la persona si sente incapace di affrontare la sua situazione attuale. (N. Sands et al 2013); URGENZA PSICHIATRICA, stato psicopatologico acuto del paziente di per sé stesso, per sua intrinseca natura e indipendente dalle pressioni esterne. Richiede un rapido intervento.(Raucci et al, 2006) ; EMERGENZA PSICHIATRICA, caratterizzata dalle circostanze o dall'ambiente; richiede un intervento tempestivo a seguito della rottura di un equilibrio con l'ambiente stesso. (Raucci *et al,* 2006) I segni di imminente o conclamata emergenza psichiatrica comprendono: gravi perturbazioni del pensiero, agitazione estrema, atti autolesivi e comportamenti aggressivi. (N. Sands *et al,* 2013)

I contesti di applicazione possono essere sostanzialmente due: il Pronto Soccorso ospedaliero ed il territorio, ovvero l'intero bacino in cui opera l'equipe del Centro Psico Sociale (CPS), cioè l'ambiente in cui vive il paziente, ambulatorio compreso. (Raucci *et al,* 2006)

MATERIALI E STRUMENTI

Utilizzando gli strumenti della biblioteca scientifica dell'azienda ospedaliera Sant'Anna, attraverso il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL), è stato possibile accedere alle banche dati: *Comulative Index for Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) versione *plus with full text* e Medline, consultato tramite la piattaforma ufficiale della *National Library of Medicine* (NLM) degli Stati Uniti d'America, Pubmed.

In primo luogo è stata svolta una ricerca per *Medical Subject Headigns* (Mesh) su banca

dati Medline, poi per *Headigs* su banca dati CINAHL, quindi in parola libera per includere le pubblicazioni non ancora indicizzate. Di seguito vengono riportate le stringhe di ricerca utilizzate.

PUBMED:

((("Triage"[Mesh]) AND ((("Psychiatric Nursing"[Mesh]) OR "Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Ill Persons"[Mesh]) OR "Mental Health"[Mesh]))) OR (((((mental[Title/Abstract]) OR psycos*[Title/Abstract]) OR psychiatr*[Title/Abstract]) OR psycot*[Title/Abstract]) AND triage[Title/Abstract])*

CINAHL:

(((MH "Mental Health" OR MH "Mental Disorders+") AND MH "Triage") OR ((mental OR psycos* OR psychiat* OR psycot*) AND triage))*

Dal momento che si vuole centrare l'attenzione sullo specifico professionale dell'infermiere in ambito psichiatrico territoriale e prendere in considerazione la sola fascia di popolazione adulta, è stato deciso di : considerare solo quei risultati non prodotti prima dell'anno 2006, ovvero la data di presentazione del TPT, considerare sia la letteratura Italiana che in lingua Inglese; considerare solo lavori con oggetto persone adulte, ovvero escludendo tutta la fascia di popolazione al di sotto dei 18 anni di età; considerare solo lavori prodotti su territori "occidentali", escludendo i paesi orientali e del sud del mondo a causa dell'enorme differenza culturale e sociale rispetto all'ambiente per cui è stato pensato il TPT; considerare solo articoli e pubblicazioni di cui fosse possibile reperire il full text.

In ultimo, sono stati consultati vari siti e banche dati on line di interesse per la professione infermieristica: www.ipasvi.roma.it/ita/ilisi (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche), www.salute.gov.it (ministero della salute), www.snlg-iss.it (Sistema Nazionale Linee Guida), www.giudeline.gov (National Guideline Cleringhouse), www.sign.ac.uk (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), www.evidencebasednursing.it, www.icn.ch (International Council of Nurses), www.joannabriggs.edu.au (Joanna Briggs institute, Australia), www.psychiatryonline.it

DISCUSSIONE

Con la riforma psichiatrica, i cui principi cardine troviamo nelle leggi 180\1978 e 833\1978, abbiamo assistito alla chiusura delle strutture manicomiali, all'apertura dei Centri Psichiatrici Ambulatoriali (come i CPS), dei Centri Diurni, degli SPDC e di strutture più o meno protette, come i Centri Riabilitativi ad Alta, Media e Bassa assistenza (CRA, CRM, CRL). Le suddette trasformazioni normative e organizzative si ripercuotono, inevitabilmente, sul quotidiano operare dell'infermiere del territorio; situazioni di urgenza\emergenza andranno affrontate in prima persona attraverso fondamentali elementi quali la formazione continua e l'adozione di protocolli prestabiliti. (Raucci et al 2006) Quindi risulta importante definire meglio quale formazione e competenze deve possedere il professionista per operare in tale ambito territoriale, visto l'assetto qualitativamente nuovo e non ancora del tutto esplorato che, inevitabilmente, evoca responsabilità prima demandate ad altri.

Vincenzo Raucci, con un articolo intitolato : "Le competenze dell'infermiere nei servizi di salute mentale" (2010), afferma che il lavoro si divide essenzialmente in due fasi, accoglienza ed assegnazione dei rispettivi codici colore. (Raucci, 2010)

K. Wright *et al.*, in una ricerca descrittiva del 2012, riconoscono come fondamentale: aspetto e atmosfera, comportamento, comunicazione, pericolosità e ambiente in cui si opera. (Wright *et al.* 2012)

Gli autori concordano su svariati punti come comunicazione, ambiente e raccolta di informazioni riguardanti la persona in stato di emergenza psichiatrica. A questo riguardo Vincenzo Raucci, in un articolo descrittivo del 2010, sostiene che la valutazione dello stato di urgenza si compone principalmente del colloquio, durante il quale l'infermiere segnalerà: l'eventuale autosospensione della terapia (indicando da quanto tempo), il disturbo dei processi di pensiero, lo stato di agitazione, lo stato di ansia, lo stato di aggressività.

Valutati gli item appena descritti si procederà all'assegnazione del relativo codice colore attraverso la scheda di TPT e, in base al grado di urgenza, la persona assistita verrà visitata in tempi più o meno rapidi dallo psichiatra (Raucci, 2010). Per quanto riguarda l'assegnazione dei codici è necessario aderire alla classica suddivisione in quattro colori, come da triage ospedaliero, personalizzata e adattata da Spaccapeli e Raucci per

l'ambito psichiatrico di urgenza\emergenza. Va inoltre detto che tale metodica rappresenta un'opportunità per gli infermieri di evidenziare e valorizzare quanto già quotidianamente realizzato nei Servizi territoriali (Raucci, 2010) e, grazie alla gestione sul territorio che porta ad una riduzione dell'ospedalizzazione, si può prevedere una riduzione dei costi per la sanità pubblica (Raucci et al 2006). Raucci e Spaccapeli, nell'ideazione del loro progetto di TPT, hanno previsto per l'infermiere un percorso formativo che tiene conto di alcuni fattori: esperienza lavorativa minima in DSM di almeno due anni (di cui almeno la metà in SPDC), stage documentativo in tutti i servizi del DSM (calibrato in base al valore didattico di ogni servizio in funzione del triage), corso di formazione apposito (durata di almeno tre mesi e di almeno 90 ore).

Trattando l'argomento dell'istruzione del professionista infermiere, una ricerca descrittiva, prodotta da Deborah Purves nell'anno 2009, indaga le attitudini professionali degli operatori sanitari in ambito psichiatrico. Sono stati intervistati 61 professionisti, di cui il 62% infermieri. Lo studio riscontra una relazione positiva tra istruzione e atteggiamenti professionalmente validi in ambito di triage psichiatrico territoriale. I partecipanti a questo studio con più di 4 anni di formazione post-laurea hanno la più alta frequenza di atteggiamento positivo in tutte le dimensioni. Inoltre si afferma che, comunemente, gli operatori impegnati con persone con diagnosi di disturbo di personalità, mancano di fiducia, abilità e conoscenze per guidare la loro pratica: questo può essere direttamente collegato a problemi e carenze educative. (Purves, 2009)
Infine altri studi concentrano la loro attenzione sulla abilità comunicative, morali ed empatiche richieste all'infermiere per lavorare nel triage psichiatrico. (Wright *et al.*, 2012)

CONCLUSIONI

In seguito alla ricerca ed analisi condotta si può facilmente intuire come l'ambito psichiatrico, sopratutto nel caso di emergenza\urgenza, sia particolarmente complicato e pretenda dal professionista un profondo impegno fisico e mentale. Questo è dovuto sicuramente all'estrema diversità con cui si presenta la patologia, all'eterogeneità di operatori e pazienti, alla giovane età della situazione normativa ed organizzativa in cui operiamo o alla scarsa offerta formativa nel campo. Tuttavia bisogna riconoscere con umiltà che lo stigma circa la vera follia abbia sempre condizionato le azioni di ognuno di noi, operatori e non. La follia che è da sempre imprevedibile, incontenibile, disordinata, anarchica, nella società contemporanea, dove tutto deve rispettare i canoni preconfezionati di bellezza e perfezione, tendiamo senza indugio a rifiutare, ghettizzare, contenere in ogni sua espressione diversa. Al contrario la vera immagine che dobbiamo tenere a mente è quella di un individuo solo, che vive in condizioni di disagio, ammalato, triste, impotente eppure portatore di risorse appena sopite, forse seriamente compromesse ma spesso capace di insospettabili recuperi personali e sociali.
L'atteggiamento del professionista infermiere deve essere improntato ad instaurare un'efficace relazione terapeutica che rappresenta l'obiettivo primario e che caratterizza l'operare in psichiatria come aspetto fondamentale. (Raucci *et al.* 2006)
Il punto cardine è proprio la conoscenza, che sconfigge la paura, che deve guidare il nostro operato, che fornisce strumenti ed abilità per fare bene e sempre meglio il nostro lavoro. Vari autori concordano su questo fatto, riconoscendo che è necessario impostare un percorso formativo post laurea di primo livello per quei professionisti che desiderano cimentarsi con l'ambito psichiatrico. A questo riguardo si può delineare l'*identikit* del

professionista di Triage Psichiatrico Territoriale: è un infermiere determinato, con una stabile personalità, con delle convinzioni morali ben definite, una forte identità professionale maturata attraverso diverse esperienze lavorative e formative, in possesso di diverse abilità che spaziano da quelle relazionali, comunicative, al lavoro in equipe, all'empatia. Per quanto riguarda la formazione sono auspicabili quattro anni di formazione post-laurea di primo livello, comprensivi di tirocinio e stage nei servizi del DSM, almeno due anni di esperienza lavorativa nel settore (preferibilmente in SPDC). Quindi si può calcolare un'età minima di 28\30 anni per l'infermiere triagista di TPT.

Bisogna però riconoscere, con un velo di rammarico, che non esiste una vasta letteratura Italiana a riguardo, anche se ci possiamo arrogare il vanto di essere una delle poche realtà che ha subito un'evoluzione della cultura psichiatrica che si è allontanata dall'idea di "manicomio" per approdare ad una gestione territoriale della persona con patologia di natura psichiatrica.

Per il futuro si può ipotizzare un potenziamento del corso di laurea di primo livello in infermieristica, aumentando il monte ore dedicato alla psichiatria, o anche prevedere l'istituzione di un master di primo livello dedicato all'area di urgenza\emergenza psichiatrica territoriale

BIBLIOGRAFIA

- Bassi M., Di Giannantonio M., Ferrannini L., Mencacci C., Munizza C. (2003). Politiche sanitarie in psichiatria. Milano: Masson.
- Brown A. M., Clarke D. E. (2013) Reducing uncertainty in triaging mental health presentations: Examining triage decision-making; International Emergency Nursing, 20: 5
- Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. 2ª edizione. Milano: Masson.
- Chiaranda M. (2012) Urgenza ed emergenza. Istituzioni. 3° edizione. Padova: Piccin- Nuova Libraria.
- Dickerson F.B., Lehman A.F. (2012) "Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia, 2011, Update.".FOCUS THE JOURNAL OF LIFELONG LEARNING IN PSYCHIATRY, 10 (2)
- Glick I., Stekoll A.H., Spencer Hays, (2011)"The Role of the Family and Improvement in Treatment Maintenance, Adherence, and Outcome for Schizophrenia.". Journal of Clinical Psychopharmacology, 31 (1)
- Gruppo Formazione Triage (GFT) (2005) Triage Infermieristico. 2° edizione. Milano: McGraw-Hill.
- Kalra G., Christodoulou G., Jenkins R., Tsipas V., Christodoulou N., Lecic-Tosevski D., Mezzich J., Bhugra D. (2012) Mental health promotion: Guidance and strategies. European Psychiatry, 27: 81–86.
- Wright K., McGlen I., Dykes S. (2012) Mental health emergencies: using a structured assessment framework. Emergency Nurse, 19 (10): 28-35.
- Olfson M., Marcus S. C., Wilk J.,West J. C. (2006) "Awareness of Illness and Nonadherence to Antipsychotic Medications Among Persons With Schizophrenia.", PSYCHIATRIC SERVICES, 57 (2).
- Purves D, Sands N. (2009) Crisis and Triage Clinicians' Attitudes Toward Working With People With Personality Disorder. Perspectives in Psychiatric. Care, 45 (3).
- Raucci V. (2010) Le competenze dell'infermiere nei servizi di salute mentale. IO INFERMIERE, (2).
- Raucci V., Spaccapeli G. (2006) Triage Psichiatrico Territoriale (TPT) e gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria. Atti del convegno, Ronchi dei Legionari (GO), Iniziative Formative Infermieristiche e Scientifiche (In.Form).
- Regione Lombardia (2002) Piano regionale triennale per la salute mentale in attuazione de Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004. Milano.
- Regione Lombardia (2001) Atto d'intesa Stato-Regioni, Linee guida sul triage. Milano G.U. 285.
- Sands N. (2009) An Exploration of Clinical Decision Making in Mental Health Triage. Archives of Psychiatric Nursing, 23 (4): 298–308.
- Sands N., Elsom S., Marangu E., Keppich-Arnold S., Henderson K. (2013) Mental Health Telephone Triage: Managing Psychiatric Crisis and Emergency; Perspectives in Psychiatric Care. Wiley Periodicals Inc., 49: 65–72.
- Sironi C., Baccin G. (2006) Procedure per l'assistenza infermieristica. Milano: Masson.
- Sontag S., (2002) Malattia come metafora. Cancro e AIDS. Milano: Mondadori.
- Toniolo E., Grossi A.,(2006) Oltre lo stigma, strategie di prevenzione in psichiatria. Torino: Centro Scientifico Editore.

Estratto dall'elaborato finale per il conseguimento del Diploma di Laurea in Infermieristica-Università degli studi dell'Insubria di Varese-sede di Como-a.a.2012/2013 di Daniele Piazzoli
indirizzo posta elettronica: daniele.piazzoli@teletu.it

** Infermiere COF Lanzo Hospital - Clinica Ortopedica e Fisiatrica - Ramponio Verna - Como*

L'accoglienza e la raccolta dati nelle medicine complementari, come nell'assistenza infermieristica

A cura di Valentina Iacchia*

Mi sembra significativo iniziare la nostra dissertazione valutando l'ideagramma della lingua cinese riguardante l'ascolto attivo, si può notare come nella grafica vengano rappresentati gli "organi di senso" al fine di dimostrare che vi è la necessità di attivarli nell'accoglienza dell'altro; vi è rappresentato il "cuore" come aspetto emotivo sempre presente nella relazione e l'attenzione unitaria come presenza attivante totale nei confronti dell'utente. È chiaro che una "presenza" di questo tipo ci mette nelle condizioni di cogliere con maggior puntualità i bisogni di assistenza a cui dobbiamo rispondere come professionisti. Credo che puntualizzare l'importanza dell'ascolto attivo sia fondamentale al fine di non solo "registrare" la comunicazione dell'altro piuttosto che analizzarla in tutte le sue componenti. Questa metodologia d'approccio inoltre ci permette di ridurre il rischio d'errore di interpretazione del bisogno che l'altro esprime in modo manifesto o meno. Per di più l'attenzione a queste modalità di rapporto con le persone ci predispongono a relazioni più autentiche presupposto per superare le relazioni alienanti. L'inautenticità ci rende confusi. Inoltre quando ci si dichiara su un piano di verità non si esercita potere sull'altro, l'altro è libero di scegliere e solo in questa condizione la relazione può crescere e far maturare entrambi gli interlocutori. L'autenticità è un profondo stato di ri-appropriazione di se stessi. Alcuni autori, tra questi, Maharishi Mahesh Yogi (per la medicina Ayurvedica), Huang Di Nei Jing (dal testo

(ideogramma Cinese dell'ascolto attivo)

classico dell'imperatore giallo) e più conosciuto per noi professionisti dell'ambito assistenziale: Carl Rogers, descrivono molto bene la condizione di empatia definendo il consulente empatico colui che sa utilizzare il "come se" ossia, sento il mondo delle emozioni dell'altro come se fossero le mie ma senza perdere mai di vista l'importanza di NON proiettare i miei sentimenti (Identificazione Adesiva). Per essere in grado di fare ciò bisogna aver ben chiari i propri schemi di riferimento sia valoriali che esistenziali senza che questi vengano imposti a quelli del cliente con un atteggiamento di estremo rispetto e di NON GIUDIZIO (decentramento cognitivo). Questi aspetti vengono descritti sia sui libri Vedici sia nel grande testo dell' Imperatore Giallo dove ben 6000 anni AC venivano definite le modalità per accogliere le persone e per raccogliere un'anamnesi accurata

Saper godere di queste consapevolezze ci rende liberi e libera l'altro ma è necessario che ci sia un'attenzione vera e costante e anche una conoscenza dei vari principi teorici, ad esempio le sei dimensioni, che sottostanno all'ascolto attivo:

1) **Il contenuto** in questa dimensione si valuta cosa l'altro ci vuole dire, di cosa ci sta parlando?, quali sono le sue opinioni in merito a ciò che sta dicendo? È in questa fase che iniziamo a riflettere su ciò che potrebbe essere il **messaggio implicito** del nostro interlocutore.
2) **Autorappresentazione o rivelazione di sé** È quella dimensione dove l'altro ci racconta qualcosa di sè in modo più o meno consapevole. In **Medicina Cinese** viene chiesto all'interlocutore di scrivere una qualità che si ritiene di possedere e di riflettere su quale strategia sottostà all'utilizzo di questa qualità nelle relazioni con gli altri.
3) **Appello o richiesta** È quella fase in cui si cerca di identificare cio' che ci richiede la persona, sia dal punto di vista esplicito che implicito o addirittura ciò che ci chiede di fare o non fare.
4) **Relazione** in questa dimensione si sonda come l'altro esprime la relazione con me, cioè la relazione che abbiamo in corso e come eventualmente intende modificarla, le domande che ci porremo sono: come l'altro mi percepisce? Che relazione ha con me?
5) **Espressione** è la dimensione del **non verbale**, cioè tutto ciò che passa al di là delle parole e che ci aiuta a renderci conto di ciò che sente l'altro: posture, mimica facciale, comportamento gestuale orientamento del corpo nello spazio, tono della voce, accento, sospiri, pianti, tipo abbigliamento, cura dei particolari.
6) **Contesto** ovvero dove si svolge il dialogo, dove siamo? A casa dell'utente, in ospedale, in reparti per acuti, in lungodegenze, nello studio infermieristico, nella sua stanza.

In alcuni capitoli della **BHAGAVAD-GITA** (testo Vedico di riferimento nella cultura Indiana) viene descritto l'atteggiamento che deve avere il medico ayurvedico nel momento del primo approccio con l'utente e i benefici che ne derivano per il paziente; di seguito cerco di sintetizzare e tradurre il loro pensiero: ASPETTI POSITIVI PER L'OPERATORE:

- la sensazione di aver compreso meglio la richiesta che l'altro ci fa;
- saper leggere i messaggi non verbali e comprendere il messaggio inespresso;
- riuscire a pianificare in modo più oggettivo gli obiettivi che si vogliono raggiungere;
- applicare strategie relazionali più efficaci al raggiungimento dell'obiettivo;
- saper valutare l'effettivo raggiungimento dell'obiettivo con modalità lineari, etiche e chiare;
- lavorare su se stesso, stimolando una visione critica del suo operato

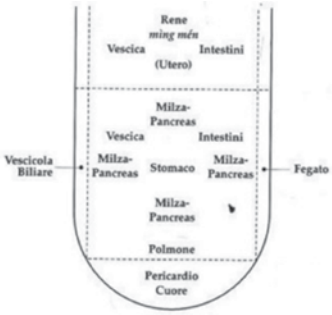
ASPETTI POSITIVI PER L'INTERLOCUTORE:

- La sensazione di essere davvero importante per qualcuno;
- l'idea di essere degno di essere ascoltato;
- viene facilitata la comprensione dei "blocchi" (problematiche) perché viene favorita l'introspezione;
- la condizione di crisi viene vissuta come costruttiva e spinta al cambiamento (si scende negli inferi per risalire in modo verticale);
- si sperimenta il NON giudizio e la non ridicolizzazione dei problemi.

Ritengo davvero interessante e sconvolgente pensare che queste riflessioni/indicazioni sono presenti su testi antichi di altre culture e che nella nostra cultura occidentale a volte sono modalità relazionali non ancora

completamente conosciute ed applicate. Inoltre nelle medicine antiche al primo colloquio di raccolta dati, si uniscono alcune modalità diagnostiche tipiche della loro medicina tipo: "diagnosi del polso" sia in medicina Ayurvedica che in medicina Cinese; la" valutazione della lingua"; diagnosi "secondo i cinque elementi" in medicina Cinese; "auscultazione e olfattazione", ecc; Riassumendo ad esempio il pensiero Ayurvedico i metodi per diagnosticare le condizioni di una persona possono raggrupparsi in tre categorie:

- **Aptopadesh**, fare riferimento a un'autorità (conoscenza senza dubbi, analisi di laboratorio)
- **Pratyakcha**, percezione diretta attraverso i sensi e la mente
- **Anuman**, inferenza, deduzione, ragionamento sostenuto dalla logica. Resta comunque un cardine per tutte le discipline la capacità di osservazione Infatti l'osservazione della persona è uno dei momenti più importanti della raccolta dati, perché attraverso l'ispezione il personale sanitario (medico e infermiere) presta attenzione ad aspetti generali e particolari di quel determinato individuo, rilevando quali parti del corpo mantengono un aspetto sano e quali invece se ne discostano e manifestano il disequilibrio energetico in atto. Tutto ciò che abbiamo affrontato dimostra che un "ascolto attivo" e la riduzione (o comunque la consapevolezza) delle barriere comunicative sono alla base dell'apertura all'esperienza dell'interesse e dell'amore autentico verso l'altro, condizione per raggiungere al massimo gli obiettivi assistenziali



"Coloro che sono stati ascoltati "attivamente" maturano sotto il profilo emotivo, si aprono all'esperienza, stanno meno sulla difensiva, diventano più accettanti e meno autoritari".(Carl Rogers in L'ascolto attivo)
"Dio ci ha dato due orecchie, ma soltanto una bocca, proprio per ascoltare il doppio e parlare la metà".

(Epitteto)

BIBLIOGRAFIA:
- Carkhuff R., L'arte di aiutare – Manuale, Erickson, Trento 1987
- Carkhuff R., L'arte di aiutare – Quaderno Di Esercizi, Erickson, Trento 1987
- Castelli S., La Mediazione. Teorie E Tecniche, Milano, Raffaello Cortina, 1996
- Spalletta E., F. Germano F., Microcounseling e Microcoaching, Sovera, Roma, 2008
- Nanetti F., L'arte di comunicare, Pendragon, Bologna 2010
- Goleman D., Lavorare con intelligenza emotiva, Rizzoli, Milano, 1998
- Carl Rogers "L'ascolto attivo" Astrolabio
- Franco Nanetti, La via della trasformazione interiore, 2012
- BHAGAVAD-GITA, Caraka Samhita e Sushruta Samhita (testi Vedici antichi)
- L. Sotte – M. Muccioli "Diagnosi e terapia in agopuntura e medicina cinese" ed.Tecniche Nuove
- G. Amaducci e C. Gradellini L'infermieristica tra scienza e persona. Teoria e metodo dell'agire professionale

**ostetrica libero professionista*

RESIDENZA DI INFERMIERISTICA TEATRALE
Caramanico Terme (Pe) Convento delle Clarisse – dal 12 al 18 maggio 2014
Una trentina di infermiere/i, una Residenza, sette giorni e sei notti tra laboratori, spettacoli e concerti, un viaggio dentro l'Infermieristica, il Teatro, l'Arte, la Filosofia e la Cultura; l'Infermieristica Teatrale: l'arte del comunicare, del curare e del prendersi cura. Evento non accreditato ECM
http://blog.residenzeteatrali.org/eventi/residenza-infermieristica-teatrale/

Infermieri al cinema...

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

Dopo i primi due film sulla malattia oncologica, il secondo appuntamento con "Infermieri al cinema ……" fa immergere nel mondo della vecchiaia e della demenza degenerativa invalidante con le pellicole "La sconfinata giovinezza" e "Amour"
Buona lettura

LA SCONFINATA GIOVINEZZA

La Sconfinata Giovinezza è un film del 2010 di Pupi Avati con Fabrizio Bentivoglio, Francesca Neri, Serena Grandi, Gianni Cavina, Lino Capolicchio, Manuela Morabito, Erika Blanc, Osvaldo Ruggieri, Vincenzo Crocitti, Brian Fenzi, Marcello Caroli, Riccardo Lucchese, Lucia Gruppioni.

Lino Settembre è un giornalista sportivo amato dai colleghi e apprezzato dal pubblico. Con sua moglie Chicca vive una vita coniugale serena, priva di gravi turbolenze, entrambi soddisfatti della professione che svolgono; l'unico travaglio che ha accompagnato i venticinque anni del loro matrimonio la mancanza di figli, ma questo, anziché rischiare di compromettere la loro unione l'ha misteriosamente rinsaldata.

Alcuni segnali, come la perdita della memoria o difficoltà nella parola, sono i primi sintomi di un terribile male che si sta per abbattere sulla loro vita. I primi problemi vengono vissuti da Chicca e Lino con il sorriso sulle labbra, ma progressivamente dovranno fare i conti con una malattia che non da tregua, l'Alzheimer. I coniugi, nonostante siano sposati da tanti anni, rappresentano una forma di amore impossibile che è destinato a trasformarsi in una tragedia. Il percorso però che porterà a una fine inevitabile, per lo meno terrena, di questo rapporto è costituito da alcuni passaggi necessari, scanditi dalla progressione inesorabile della malattia. Nel film il tema della malattia viene raccontato in forma immediata; i dolore viene esibito in modo diretto tanto da sublimarlo in un crescendo drammatico, che rischia facilmente di avere un sapore ricattatorio nei confronti del pubblico.

Sebbene un cartello all'inizio della proiezione dichiari che il film è un puro frutto della finzione, molto di quello che viene raccontato richiama l'esperienza personale di Pupi Avati, da sempre un autore che lavora molto attingendo dalla propria autobiografia, sia per quanto riguarda la storia della malattia che i flashback dell'infanzia dai colori desaturati del giovane Lino. Fin dal titolo il regista ci suggerisce che il suo film non è solo una discesa nella spirale della malattia, ma anche un percorso a passi indietro verso un'infanzia lontana ma che può anche tornare: così accade per la regressione di Lino e ugualmente per Chicca. Nella sua negazione di essere madre, scopre nel marito il figlio che non ha mai avuto, con cui giocare e da curare, una forma di completamento di quello che non ha mai avuto come coppia.

Fabrizio Bentivoglio affronta un ruolo difficile con dignità e capacità, reggendo anche a confronto con una demenza senile precoce che rischiava di essere presentata in modo banale o ridicola; un'invecchiatissima Francesca Neri si cala bene nel ruolo di Chicca,

che della vicenda rappresenta forse la vittima principale della malattia del marito. Non a caso l'Alzheimer viene definito la malattia dei parenti che presto diventano dei portatori di cure e non più dei familiari.
Ne esce un film forte, probabilmente non solo per la tematica che affronta, capace di toccare l'animo degli spettatori e di non dare false speranze o consolazioni, piuttosto di farli perdere nell'illusione di una giovinezza ritrovata.

AMOUR

Amour è un film drammatico francese del 2012 scritto e diretto da Michael Haneke. Ha vinto l'Oscar come miglior film straniero alla 85ª edizione del 2013 e la Palma d'oro alla 65ª edizione del Festival di Cannes. Con Isabelle Huppert, Jean-Louis Trintignant, William Shimell, Emmanuelle Riva.

"Amour" è un brivido che attraversa un corpo immerso nella realtà quotidiana, ripetitiva, faticosa, straziante, quando le circostanze del vivere spingono l'uomo a sperimentare il dolore e la sofferenza, quando l'uomo diviene spettatore del più atroce degli spettacoli terreni: non solo la morte, ma il morire della persona amata. L'amore di Haneke è un amore che si stende fino alle estreme conseguenze, non è l'idillio di una coppia, non è la celebrazione e del trionfo e del romantico. È qualcosa di primordiale e indicibile, è qualcosa che si trasfigura in parte nell'abitudine e nel gesto amorevole che si fa consuetudine, ma che riemerge come forza e slancio, sofferenza, disperazione, rabbia e cattiveria, cura e dolcezza in un ventaglio di emozioni variegato come la coda di un pavone. Emozioni spesso mute e soffocate che emergono dall'abisso di uno sguardo.
Anne e Georges sono due anziani insegnanti di musica in pensione, la cui vita viene sconvolta da una malattia aggressiva e inaspettata che affligge la donna, immobilizzandone parte del corpo.
Lei costretta a un vivere che la priva sempre più della dignità. Lui indaffarato nel prendersi cura di lei in un cammino faticoso e lacerante. Il percorso è duro e sfiancante.
La morte e il morire che perlopiù possiamo sperimentare sono il morire e la morte degli altri, di quelli che ci circondano e se la morte, per quanto assurda e imperativa, può essere compresa come condizione stessa del vivere umano, il processo del morire non solo manifesta la fragilità umana, ma ne mette in questione la dignità. L'esperienza del morire dell'altro è allora una domanda che interroga l'uomo direttamente su cosa renda vita una vita. Che lo chiama a comprendere anche l'amore in nuove forme, in insoliti gesti. "Amour" è una pellicola delicata e sfuggente, non già un inno del sentimentalismo, ma sempre una rara ricerca delle più estreme terre cui l'uomo si possa spingere. Il destino cinico e spietato costringe, infatti, la coppia ad andare sempre oltre, in un vortice di miglioramenti e ricadute della malattia, tra la disperazione che vorrebbe concludere forzatamente lo strazio del vivere e la dolcezza dei momenti in cui il ricordo del passato si infiltra nel presente attraverso una vecchia foto, con le note di un brano musicale. Ma il cammino della vita è diretto in un'unica direzione e l'irrevocabile destino esige di essere affrontato."Amour" è quel che resta del film una volta svanito l'oggetto filmico che lo rappresenta, è quel lieve sentimento che l'immagine ha evocato. Quel silenzio che può dire autenticamente qualcosa. Amour.

COMMENTO

Entrambi i film toccano corde profonde, scatenano forti emozioni e non lasciano indifferente chi, come l'infermiere, è in contatto quotidiano con le pene altrui: due film che non si possono consigliare "a cuor leggero".
Quante volte come infermieri ci troviamo a vivere situazioni di sofferenza, incontriamo persone con storie tristissime e perfette, di quella tristezza e di quella perfezione in cui si radica la cognizione del dolore ….. vediamo la sofferenza del paziente con Alzheimer,

malattia che distrugge la psiche il fisico delle persone e dei loro famigliari sino ad arrivare a minare i rapporti costruiti negli anni; vediamo la sofferenza di una malattia degenerativa che vede i famigliari spettatori della morte e del morire della persona amata, come accade per Anne e Georges.
Due film diversi, ma che ci coinvolgono profondamente come professionisti. Nel primo caso aiutandoci a conoscere la realtà e il dolore che si celano dietro la malattia. Nel secondo caso invitandoci a riflettere sul nostro essere infermieri – premurosi e competenti oppure scostanti e impersonali - accanto alla persona che ha perso la propria autonomia e, indifesa, si affida completamente alle nostre cure.
Spesso ci troviamo a percorrere un pezzo di strada con i pazienti e i loro familiari e, al di là di fornire risposte ai loro bisogni di assistenza infermieristica, offriamo presenza e conforto, condividendo la tragedia di una malattia che, come tutte le malattie non ha un perché.
Ed è forse, in virtù di questo, che il cane di Lino bambino si chiama proprio "Perché": una domanda costante in tutte le pagine della Vita cui raramente si è in grado di dare esaurienti risposte. Eppure si continua a sperare di poterne trovare almeno una

"[...] per Frances Haslam, che chiese perdono ai suoi figli
perché moriva così lentamente,
per i minuti che precedono il sonno,
per il sonno e la morte,
quei due tesori occulti,
per gli intimi doni che non elenco,
per la musica, misteriosa forma del tempo."
(J. L. Borges, "Altro poema dei doni")

** 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

Una presa in carico più "territoriale" dei pazienti affetti da malattie rare

Con le Regole di Sistema 2014 si è individuato un percorso condiviso con le Asl e le AO affinché sia assicurata una presa in carico uniforme ed efficace delle persone affette da malattie rare su tutto il territorio regionale. Nonostante già nel 2001 si fosse stabilita con d.g.r. VII/7328 del 11/12/2001 l'esenzione per i farmaci necessari alla cura di queste malattie, ancor oggi un accesso rapido alle terapie può essere ostacolato dalla complessità della normativa, dalle differenze organizzative tra le Aziende, dalla varietà delle esigenze assistenziali. Con la recente nota n H1.2014.0003501 del 28/01/2014 si vogliono meglio definire i ruoli di ASL e AO ed evidenziare le competenze dei Presidi di Rete Malattie Rare (RMR) e delle strutture presenti nel luogo di residenza dell'assistito. È compito dello specialista che opera nel Presidio della Rete Malattie Rare identificato per la specifica malattia prescrivere la terapia farmacologica, attraverso la redazione di una Scheda per la Prescrizione dei Farmaci (Piano Terapeutico) che ha validità massima di un anno, è rinnovabile dal medico specialista del Presidio e va fatta pervenire al medico curante (Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta) e alla ASL di residenza dell'assistito perché sia erogata in regime di esenzione. Il documento specifica inoltre che il Presidio debba essere in grado di garantire l'erogazione delle terapie. La struttura territoriale, individuata dal Presidio di RMR regionale, provvede all'infusione di terapie complesse che comportano assistenza ospedaliera, qualora venga richiesto dal paziente l'accesso alla terapia nel luogo più vicino alla residenza. Il Presidio di RMR prende contatti con i clinici di competenza della struttura e concorda le modalità di accesso, garantendo la continuità di cura ed informando il nucleo RMR dell'ASL di residenza. Inoltre, per attivare la procedura di presa in carico del paziente presso una struttura diversa dal Presidio Asl, strutture e Presidi di RMR dovranno sottoscrivere un protocollo d'intesa da inviare al Centro di Coordinamento della Rete Regionale Malattie Rare e alla DG Salute, che lo pubblicherà sul sito regionale. Si evitano così spostamenti che possono risultare economicamente onerosi e/o gravosi in termini di spreco di tempo, con conseguente peggioramento della qualità della vita. Il Presidio di RMR si fa carico inoltre della fornitura delle terapie in fascia H e dei farmaci registrati all'estero che si possono somministrare a domicilio (orali e sottocutanee), dei farmaci caratterizzati da particolari difficoltà di reperimento e/o di gestione e di quelli inseriti nei Registri Farmaci sottoposti a Monitoraggio predisposti da AIFA. Per ridurre gli accessi del paziente si deroga dai 60 giorni previsti per la rendicontazione in File F, secondo quanto disposto dalla DGR n° X / 1185 del 20/12/2013, consentendo anche la copertura sino a 90 giorni, al fine di far coincidere la visita di controllo con la fornitura/erogazione della terapia.

(tratto da www. sanita.regione.lombardia.it)

News from the web

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

Infermieristica su youtube in attesa del nostro video

COME È STATO ANNUNCIATO NELL'ASSEMBLEA ANNUALE STIAMO REALIZZANDO UN VIDEO PER POMUOVERE LA FIGURA DELL'INFERMIERE. IN ATTESA DEL NOSTRO VIDEO VI PROPONIAMO UNA SELEZIONE DI FILMATI TRATTI DAL MONDO DEL WEB.

www.youtube.com/watch?v=FqAikImC7xA
"Gli infermieri lavorano con grande passione e guadagnano stipendi da fame" Gino Strada propone l' abolizione del profitto della sanità. Secondo Strada gli ospedali sono diventati aziende interessate solo al fatturato, mettendo questo davanti alla salute delle persone.

La proposta di Gino Strada

www.youtube.com/watch?v=MalnkdKCcxI
per noi infermieri che ci siamo sempre.....

cosi è l'infermiere !

www.youtube.com/watch?v=I5TBv_4jzFY
video informativo di nurse 24

La voce degli infermieri

www.youtube.com/watch?v=TI4zyI1TGXI
video sui mestieri e sulle professioni realizzati dalla redazione di Okkupati, la trasmissione di RAI TRE sulle politiche del lavoro (in collaborazione anche con la Provincia di Salerno)

L'infermiere

www.youtube.com/watch?v=Duape1UlQEc
Il video è realizzato da http://quotidianoinfermieri.blogspot.it per divulgare il giuramento di Florence Nightingale che i neo infermieri si impegnano a rispettare per tutta la vita.

www.youtube.com/watch?v=SsjbL0kghxc
Video realizzato da Studenti Infermieri d'oltreoceano.

infermieri: il giuramento di Florence Nightingale

Infermiere Protagonista - Footloose Nursing School Style

**Caposala pronto soccorso ospedale Valduce e vice presidente Collegio IPASVI*

notizie in pillole a cura di S. Citterio

Approvato il PSSL 2014-2018: nuovi indirizzi in materia di sicurezza e salute in ambiente di lavoro (01/2014)
Tutelare la sicurezza e la salute sui luoghi di lavoro è per Regione Lombardia un obiettivo strategico, sia per le evidenti implicazioni che l'azione riveste a garanzia della vita dei lavoratori, sia perché i fattori in gioco sono, più in generale, elementi basilari per gli equilibri dell'assetto socio-economico regionale. Approvato dalla Giunta regionale in una delle ultime sedute del 2013, il nuovo "Piano Regionale 2014 - 2018 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro", a valenza quinquennale, anche muovendo dall'evidenza scientifica che la mancanza di lavoro genera mancanza di salute, rilancia l'impegno istituzionale, confermando la volontà di consolidare un metodo di lavoro fondato sui principi della condivisione delle responsabilità nell'individuazione di strategie e nell'applicazione di indirizzi tra i diversi attori (istituzioni, imprese, organizzazioni sindacali, ecc.), stimolando partecipazione e consenso.
In tal senso il nuovo strumento di programmazione:
- sviluppa i contenuti a partire dai risultati ottenuti dagli interventi promossi dal Piano 2011-2013;
- è orientato alla riduzione del tasso infortunistico e delle malattie professionali, favorendo al contempo l'emersione delle denunce delle stesse;
- intende consolidare il modello organizzativo praticato nel triennio passato, fondato sui principi della responsabilità condivisa e che ha reso Regione Lombardia centro di eccellenza per la promozione di una cultura di prevenzione in grado di raggiungere gli obiettivi in materia di sicurezza e salute sul lavoro.

Elementi cardine della programmazione 2014-2018 sono il sostegno alle imprese del territorio per mantenere competitivo il tessuto produttivo e attrarre nuovi finanziamenti, attraverso la diffusione di una cultura della legalità e della trasparenza. Da qui la scelta di una strategia regionale che punta su un approccio olistico in grado di integrare i diversi aspetti che gravitano attorno al tema, così da assicurare che i rischi vengano efficacemente identificati, valutati per priorità e affrontati.
Tra i principi ispiratori del Piano 2014-2018 si evidenziano le seguenti linee strategiche di azione:
- la semplificazione, intesa quale superamento degli aggravi amministrativi e burocratici a vantaggio:
  1. dell'applicazione efficace delle norme esistenti;
  2. dell'uniformità degli interventi di controllo effettuati dagli organi di vigilanza;
  3. dell'offerta di servizi telematici al cittadino/impresa;
  4. del confronto costante tra Istituzioni e Parti Sociali per il superamento delle criticità;
- la sostenibilità, mediante l'adozione volontaria da parte delle imprese di politiche di Responsabilità Sociale d'Impresa, la promozione nelle aziende delle buone prassi esistenti nonché la valorizzazione di percorsi virtuosi di autocontrollo;
- l'intersettorialità, intesa come collaborazione e coordinamento fra tutti i soggetti coinvolti nonché come ricerca da parte della Direzione Generale Salute di un approccio trasversale alla materia.

Infine verrà favorita una presenza istituzionale sui tavoli dedicati a temi che impattano sulla salute del cittadino e del lavoratore in relazione all'evento EXPO 2015, che genererà inevitabilmente un forte impatto sul territorio sia nella fasi di preparazione che di realizzazione dell'evento, con conseguente ricaduta sulle attività delle ASL Lombarde.

(tratto da www. sanita.regione.lombardia.it)

Posta e risposta

*a cura del dott. Stefano Citterio**

D. Buonasera,
sono un'infermiera presso una r.s.a
Ho partecipato al corso relativo le sindromi geriatriche, del quale sono molto soddisfatta, ma ho dovuto usare un giorno di ferie come disposto dalla direzione amministrativa.
Volevo chiederVi se è permesso negare il giorno di permesso retribuito dedicato ai corsi di formazione obbligando ad utilizzare le ferie oppure se esiste una norma che regoli la gestione per la partecipazione ai corsi di formazione ECM.
In merito ho letto di una recente sentenza del tribunale di Pescara del Giugno scorso in cui un'azienda ha dovuto concedere 2 giorni di permesso ad un'infermiera anziché di ferie come inizialmente era stata obbligata fare.

Aspettando un vostro gentile riscontro
Porgo distinti saluti

R. Gent.ma Sig.ra
faccio seguito al colloquio telefonico intervenuto.
Per poter rispondere correttamente al quesito da lei posto sono opportune due premesse.
La prima riguarda il fatto che l'obbligo di acquisizione dei Crediti ECM è del Professionista che può scegliere le modalità e i tempi più opportuni per ottenere i crediti richiesti. È altrettanto vero che è un interesse anche della struttura che il professionista acquisisca i crediti dovuti poiché nel sistema di accreditamento regionale è previsto che le strutture certifichino che i professionisti che lavorano per loro abbiano assolto gli obblighi formativi. (DGR IX/3540 del 30 maggio 2012).
La seconda riguarda la tipologia di contratto con la quale è assunta, ovvero se sono previsti (come generalmente avviene nella maggioranza dei contratti di lavoro pubblici e privati) dei permessi per l'aggiornamento e la formazione. In caso affermativo le consiglio di presentare formale richiesta scritta (potrebbe esserci una modulistica o una procedura interna da seguire) per la giornata di aggiornamento che intende frequentare.
Sarà compito della struttura risponderle se è possibile concederle il permesso richiesto. La struttura potrà negarle il permesso solo se è necessaria la sua presenza in servizio o se la tipologia di aggiornamento non è coerente con le funzioni/attività svolte nella struttura.
Disponibile ad eventuali chiarimenti.
Cordiali saluti.

**Presidente Collegio IPASVI di Como*

notizie in pillole a cura di S. Citterio

Droga. Quasi 150mila studenti italiani consumatori abituali. La metà di cannabis. Ma è boom anche di cocaina, eroina, sintetiche e allucinogeni. I primi dati del report IFC-CNR
Il dato nell'ultimo rapporto che sarà presentato nei prossimi giorni. Oltre al consumo di cannabis colpisce quello di cocaina (18.500 abituali), eroina (16 mila), sintetiche e allucinogeni (19 mila ciascuno). La ricercatrice Molinaro: "Dati molto preoccupanti. I consumi vanno dietro al mercato e l'aumento visibile già da due anni è dovuto a una maggiore disponibilità".
17 MAR - Sembra un bollettino di guerra, con feriti lievi e gravi. In questo caso i feriti lievi possono essere considerati i consumatori occasionali e quelli gravi coloro che ormai sono di fatto assuefatti al consumo di

droghe "leggere" o "pesanti" che siano. I numeri più alti si registrano per la cannabis che arruola ormai un esercito di 75.000 persone. E stiamo parlando di ragazzi che la fumano 10 o più volte al mese. Studenti italiani, fotografati da una ricerca di Espad-Italia (European school survey on alcohol and other drugs) e realizzata dal Reparto di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari dell'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche di Pisa (Ifc -Cnr), condotta su 45.000 studenti distribuiti su oltre 500 scuole italiane e che verrà presentato ufficialmente tra due settimane. Qui ne anticipiamo quindi solo alcuni dati insieme al commento secco della dottoressa Sabrina Molinaro: "I consumi vanno dietro al mercato – specifica la responsabile della ricerca dell'Ifc-Cnr – e l'aumento che registriamo già da due anni è dovuto ad un aumento della disponibilità. Ma oltre questo, la nostra maggiore preoccupazione, quindi, in questo momento, è l'aumento tra i giovani di coloro che fanno un uso frequente di sostanze stupefacenti". E sì, perché, come dicevamo, i numeri fanno impressione. Non tanto le percentuali quanto quelli assoluti che danno la dimensione di un vero e proprio piccolo esercito di giovani che sembra di nuovo coinvolto nella spirale degli stupefacenti. Di tutti i tipi. Perché se è vero che il dato sulla cannabis potrebbe anche non colpire più di tanto, soprattutto tra coloro che insistono sulla definizione di droga "leggere" per la cannabis e i suoi derivati, quello su cocaina, eroina, allucinogeni e sintetiche, non lascia dubbi su un fenomeno in ascesa e molto preoccupante. Secondo i numeri antipatici oggi dalla dottoressa Molinaro sono infatti 18.500 i giovani consumatori abituali (ovvero che la consumano 10 o più volte al mese) di cocaina, 16 mila quelli schiavi dell'eroina e 38 mila quelli che fanno uso abituale di droghe sintetiche e allucinogeni (divisi alla pari, 19mila per le une e altri 19mila per gli altri). Ma vediamo i dati nel dettaglio. Il risultato principale che emerge dai dati dell'indagine è che tra gli studenti italiani non solo crescono i consumi occasionali (uso una o più volte l'anno) di cannabis (dal 21,5% del 2011 al 25% del 2013) e stimolanti (dal 2,4% al 2,8%), ma cresce anche la quota di studenti che fa un uso frequente. In particolar modo aumentano i consumatori frequenti di cannabis (da 2,5% del 2011 a 3,2% nell'ultimo anno), e allucinogeni (da 0,6% a 0,8%), ma anche di cocaina (dal 0,6% del 2011 a 0,8% dell'ultimo anno) ed eroina (da 0,5% a 0,7%). Nell'anno si stima che gli studenti che hanno utilizzato cannabis almeno una volta siano circa 580.000 e quasi 75.000 l'hanno consumata quasi quotidianamente, mentre sono circa 65.000 quelli che hanno utilizzato cocaina almeno una volta nell'ultimo anno (il 2,8%) e 18.500 (cioè lo 0,8% degli studenti italiani) quelli che ne ha fatto un uso intensivo, per 10 o più volte nell'ultimo mese. Sono circa 36.000, invece, gli studenti italiani che hanno provato eroina e/o altri oppiacei almeno una volta nella vita (l'1,5%) e di poco inferiore è il numero di chi l'ha utilizzata nell'ultimo anno, 28.000, cioè l'1,2% degli studenti; di questi poco meno di 16.000, quasi l'1% degli studenti italiani, l'hanno consumata per 10 o più volte nell'ultimo mese. E le droghe sintetiche? Stimolanti sintetici e allucinogeni vanno di pari passo. Sono circa 66.000 i ragazzi che nell'anno anno prima della rilevazione hanno fatto uso di stimolanti e 60.000 quelli che hanno assunto allucinogeni, numeri che corrispondono rispettivamente al 2,8% e 2,5% degli studenti italiani. Sono invece 19.000 per ciascuna sostanza gli studenti che hanno utilizzato queste sostanze 10 o più volte nell'ultimo mese. Il pianeta "cannabis". Usi e abitudini dei giovani italiani. 132 mila i consumatori "problematici" Sul tema cannabis, di grande attualità dopo la pronuncia della Consulta che ha bocciato la legge Fini-Giovanardi e il recente decreto del Governo che ha colmato il 'vuoto legislativo' lasciato dalla sentenza, il rapporto segnala come i consumi di cannabis tra i giovani è nel complesso abbastanza simile a quello di 15 anni fa, ma dopo un andamento tendenzialmente in discesa fino al 2006, si osserva ora una ripresa dei consumi tra il 2012 ed il 2013. I giovani che hanno sperimentato la sostanza almeno una volta nella vita sono 3 su 10 e il consumo nell'ultimo anno riguarda il 25% dei ragazzi. Mentre il consumo attuale (30 giorni precedenti alla compilazione del questionario) riguarda il 16% degli studenti e, fra questi, 1 su 5 (poco più di 75.000 ragazzi) consuma cannabis quasi quotidianamente (20 o più volte al mese, "frequent users"). La maggior parte dei giovani fuma cannabis occasionalmente, non più di 10 volte durante l'anno (61%), soprattutto le ragazze (70%; M=55%). Ed il 27% la consuma più assiduamente, 20 o più volte durante l'anno. Per la maggior parte si tratta di un uso esclusivo della sostanza, l'84% cioè non ha usato altre sostanze illegali, preferendo utilizzare le sostanze legali: il 62% ha fumato quotidianamente almeno 1 sigaretta, soprattutto le ragazze; l'11% ha bevuto alcolici quasi tutti i giorni ed il 14% ha utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica. Per i ricercatori sono circa 132.000 i consumatori problematici di cannabis, risultati tali secondo il test di screening per la valutazione del comportamento problematico CAST - Cannabis Abuse Screening Test, inserito nella survey ESPAD-Italia®, (pari al 6% di tutti gli studenti e al 68% dei frequent users).

(tratto da www.q uotidianosanità.it)

Casa di Gabri: risposta assistenziale intermedia, tra famiglia e ospedale, alla disabilità complessa

A cura di:
Giulia Bortolami, Stefano Besseghini*, Laura Loriato**
*Sergio Besseghini ***
*Angelo Selicorni****

ABSTRACT
Non raramente bambini affetti da patologie complesse, sindromiche o neurologiche (gravi paralisi cerebrali), restano ricoverati in patologie neonatali o reparti di degenza pediatrica per lunghissimo tempo se non per tutta la loro esperienza di vita. Ciò determina un'esperienza particolarmente pesante per il bambino e per la sua famiglia oltre che un costo notevole per la sanità pubblica. Casa di Gabri dal 2009 sta sperimentando un modello di accoglienza intermedia tra casa ed ospedale rivolto a: bambini con patologie talmente complesse da non poter essere gestite a domicilio, bambini con patologie molto complesse per un percorso lento extra ospedaliero di preparazione alla domiciliazione, bambini le cui famiglie necessitano di periodi di "sollievo temporaneo". La struttura ha una convenzione formale con la Clinica Pediatrica della Fondazione MBBM di Monza e un programma di collaborazione con La Fondazione "Together to Go" di Milano. Utilizza un programma di Telemedicina gestito dal personale infermieristico presente 24 ore su 24 nella struttura per la comunicazione con i referenti medici. Nel corso di questi 4 anni sono stati ospitati 18 bambini di cui 4 attualmente residenti, per un totale di 5311 giorni di accoglienza, appartenenti alle seguenti categorie: patologia sindromica/malformativa 8 pz (44,4%), sofferenze perinatali e prematurità 8 pz (44,4%), cardiopatie 2 (11,2%). 9 bambini sono di nazionalità italiana e 9 provenienti da famiglie di nazionalità straniera. 5 bambini (27,8%), per un totale di 1662 giorni di degenza, sono stati accompagnati sino all'exitus, 9 (50%) sono stati invece affidati alle loro famiglie o a famiglie adottive (2027 giorni di degenza), 4 (22,2%) sono attualmente residenti (1622 giorni di degenza). Utilizzando il modello dei bisogni di assistenza secondo Marisa Cantarelli, prima teorica italiana di assistenza infermieristica, abbiamo identificato 11 aree di necessità per ogni paziente, i bambini ospitati mostrano in media la necessità di supporto per 7,4 bisogni (67,2%). Tenendo conto del delta di spesa tra il 'costo del bambino' in eventuale ricovero di degenza ordinaria (600 euro /die) e in caso di ospitalità nella nostra struttura (150 euro/die), Casa di Gabri ha comportato un risparmio economico per la Sanità Lombarda di 2 416 950 pari a 604 237,5 euro/anno. Se compariamo questo risparmio con il costo totale in questi 4 anni della struttura stessa, pari a 448 966 euro, 112 241euro/anno, ben si comprende come, anche dal punto di vista economico, esperienze di questo tipo debbano essere modellizzate.

INTRODUZIONE

Casa di Gabri è una comunità socio sanitaria che accoglie neonati e bambini ad alta complessità assistenziale e tecnologicamente dipendenti. Accreditata dal 2011 in regione Lombardia, è una struttura che fa parte della rete assistenziale presente intorno al bambino malato: si propone in alternativa all'ospedale o all'abitazione ricreando un ambiente famigliare e accogliente, avendo le attrezzature sanitarie necessarie a garantire un alto livello di assistenza dei bambini complessi. Sono presenti 4 camerette 'personalizzate', una cucina e spazi da utilizzare per attività educative e di gioco. Ha una recettività di 5 + 2 (sollievo) posti letto. È presente un'equipe multidisciplinare (infermieri 24 ore su 24, educatori, medico genetista, medico rianimatore, fisioterapista) che utilizza strumenti innovativi quali la telemedicina per migliorare il passaggio di informazioni e per facilitare le consulenze tra le varie figure professionali. Collabora con servizi territoriali (Distretti asl, Comuni, Scuola) e ospedalieri, in particolare con la Fondazione Monza e Brianza per il bambino e la sua mamma.

Gli obiettivi che Casa di Gabri si propone comprendono il garantire una continuità assistenziale a bambini con gravi patologie che causano disabilità severe e che presentano bisogni complessi di tipo sanitario, non trascurando quelli educativi; accompagnare la famiglia in un percorso di addestramento all'utilizzo di ausili (device, pompe per infusione ecc..) necessari alla gestione del piccolo in modo tale da giungere all'autonomia nell'assistenza al bambino; accogliere per brevi periodi bambini complessi dal punto di vista assistenziale offrendo alle famiglie un 'sollievo temporaneo' nella quotidiana cura al domicilio; prendersi cura, qualora dovesse verificarsi, della parte terminale della vita del bambino, accompagnando lui e i famigliari, se presenti, a un evento che necessita di una grande partecipazione umana.

In questo articolo vengono esposti dati riguardanti le patologie dei bimbi accolti in questi quattro anni e il livello di complessità assistenziale richiesto, viene comparato il 'costo del bambino' in un ipotetico ricovero di degenza ospedaliera al 'costo del bambino' presso Casa di Gabri, sulla base del costo della struttura stessa. L'analisi di quanto raccolto mira a evidenziare l'unicità e l'utilità di esperienze di questo tipo, sulla base di numerosi e molteplici aspetti (sanitari, sociali, economici..).

MATERIALI E METODI

I dati raccolti sono esemplificati in una tabella, la quale riporta le iniziali del nome e cognome del bambino e la data di nascita, la diagnosi, la durata della degenza e il motivo della dimissione. Sono presenti inoltre undici colonne dedicate alla complessità assistenziale, nella descrizione di quest'ultima abbiamo scelto di fare riferimento ai bisogni di assistenza secondo il modello delle prestazioni di Marisa Cantarelli, prima teorica italiana di assistenza infermieristica.

Sono quindi state individuate undici aree di necessità per le quali i singoli pazienti necessitano supporto:

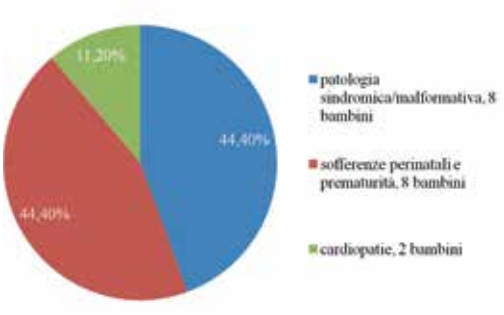
1. bisogno di respirare, 8 bambini;
2. bisogno di alimentarsi e idratarsi, 16 bambini;
3. bisogno di eliminazione urinaria e intestinale, 8 bambini;
4. bisogno di igiene, 17 bambini;
5. bisogno di movimento, 14 bambini;
6. bisogno di riposo e sonno, 3 bambini;
7. bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatorie, 7 bambini;
8. bisogno di un ambiente sicuro, 18 bambini;
9. bisogno di interazione nella comunicazione, 14 bambini;
10. bisogno di procedure terapeutiche, 15 bambini;
11. bisogno di procedure diagnostiche, 14 bambini.

PAZIENTI E DATE DI NASCITA	DIAGNOSI GOLBALE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	DURATA DEGENZA	MOTIVO DIMISSIONE	TOTALE BISOGNI
A.H. 19.03.2008	Sindrome di Down complicata da ipertensione polmonare. Cardiopatia con DIA.					X			X				145 giorni	Affido pre-adottivo	2
M.P. 13.09.2005	Tetraparesi spastico-distonica. Epilessia focale secondaria. Ritardo cognitivo. Disfagia. Lussazione bilaterale delle anche.		X		X	X			X	X	X	X	838 giorni	Affido	7
T.M. 07.02.2008	Broncopolmonite. Gastroenterite acuta con perdita di peso. Ritardo dello sviluppo motorio. Presenza di stereotipie motorie e autolesionismo. Disturbi del sonno.		X	X	X				X	X		X	81 giorni	Affido agli zii	6
E.D. 11.06.2009	Sindrome di Pfeiffer. Difetto interatriale. Idrocefalo. Ritardo cognitivo e motorio. Disfagia. Lieve displasia delle anche.		X		X	X		X	X	X	X	X	556 giorni	Exitus	8
B.D. 28.04.2009	Idrocefalo in malformazione cerebrale complessa. Sindrome di West.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		8 giorni	Exitus	10
O.M. 30.03.2009	Difetto interventricolare associato a stenosi mitralica e aortica.				X	X		X	X		X	X	94 giorni	Affido pre-adottivo	6
S.Z. 25.09.2008	Infezione delle vie respiratorie in ex-pretermine.	X	X		X	X		X	X	X	X	X	44 giorni	Exitus	9
L.S. 15.07.2009	Distrofia miotonica di Steinert.	X	X		X	X			X	X	X	X	233 giorni	Affido pre-adottivo	8
S.C.C. 21.07.2009	Encefalopatia epilettogena e tetraparesi distonica in esiti di sindrome ipossico-ischemica neonatale.	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	1021 giorni	Exitus	10
M.E. 8.09.2010	Sindrome plurimalformativa: sospetta sindrome di Larsen. Difetto del setto interventricolare. Insufficienza respiratoria neonatale. Disfagia, portatrice di PEG. Crisi di apnea e bradicardia		X		X	X			X	X	X	X	187 giorni	Rientro a domicilio	7
E.S.M. 27.06.2011	Displasia costale (SDR Jarcho Levin). Malformazioni vertebro-costali complesse, scoliosi destro-convessa dorsale, spina bifida dorso lombare, disfagia in NE, ipoplasia rene dx, anomalie del SNC soprattutto a carico della fossa cranica (DVP), insufficienza respiratoria cronica, broncopneumopatia ossigeno-dipendente.	X	X		X	X		X	X		X		351 giorni	Rientro a domicilio	7

PAZIENTI E DATE DI NASCITA	DIAGNOSI GOLBALE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	DURATA DEGENZA	MOTIVO DIMISSIONE	TOTALE BISOGNI
E.A.S. 08.03.2012	Sindrome di Walker-Warburg, idrocefalo derivato. Macrocrania severa, encefalocele posteriore, lagoftalmo, bozze frontali prominenti, orecchie a basso impianto, motilità spontanea assente.	X	X	X	X	X			X	X	X		33 giorni	Exitus	8
N.M. 5.09.2012	Neonato pretermine, broncodisplasia, insufficienza cardiaca dx, frattura femore sx, retinopatia, anomalie neuroevolutive, enterocolite necrotizzante con resezione chirurgica.	X	X		X			X	X		X	X		Rientro a domicilio	7
A.B. 3.07.2005	Tetraparesi spastica, microcefalia, epilessia sintomatica, danno profondo della visione, disfagia (portatore di PEG) in nato pretermine con gravi esiti di sofferenza ipossico-ischemica.		X	X	X	X	X		X	X		X	8 giorni	Rientro a domicilio	8
L.Z. 24.05.2010	Ex pretermine. Idrocefalo triventricolare derivato, poroencefalia, displasia broncopolmonare.	X	X	X	X	X			X	X	X	X	Data d'ingresso 23/12/2010		9
J.R. 07.02.2012	Ritorno venoso anomalo polmonare completo non ostruito in dubbia sindrome genetica. Acidosi metabolica neonatale persistente, sofferenza cerebrale, RGE.		X	X	X			X	X	X	X	X	Data d'ingresso 12/09/2012		8
R.R. 11.05.2012	Sindrome di Charge con ipoacusia neurosensoriale, coloboma corioretinico bilaterale, schisi dei corpi vertebrali C4 C5 C6, DIA, PEG, ritardo psicomotorio.		X		X				X	X	X	X	Data d'ingresso 31/05/2013		6
F.M.															
14.11.2002	Tetraparesi spastico distonica grave in bambino con quadro malformativo cerebrale complesso (schizoencefalia bilaterale, idrocefalo triventricolare derivato). Esiti di sofferenza anossica successiva a episodio di stato di male convulsivo nel 2004.		X	X	X	X			X	X	X	X	Data d'ingresso 8/2/2013		8
	NUMERO BAMBINI PER CIASCUN BISOGNO	8	16	8	17	14	3	7	18	14	15	14			TOT BISOGNI
															134

TIPOLOGIA DEI BAMBINI OSPITATI

Abbiamo evidenziato tre classi di patologia nelle quali far rientrare i bambini, come mostra il grafico che segue



Al fine di giustificare la complessità assistenziale abbiamo scelto 3 bisogni che definiamo 'chiave':

1. bisogno di respirare;
2. bisogno di alimentarsi e idratarsi;
3. bisogno di procedure terapeutiche.

	Sindromi (8 bambini)	Sofferenze perinatali e prematurità (8 bambini)	Cardiopatie (2 bambini)
Bisogno di respirare	4 bambini	4 bambini	0 bambini
Bisogno di alimentarsi e idratarsi	7 bambini	8 bambini	1 bambino
Bisogno di procedure terapeutiche	7 bambini	6 bambini	2 bambini

Da questa tabella si deduce che l'assistenza richiesta per i bambini di Casa di Gabri deve essere infermieristica.

ANALISI DEI DATI

Il totale dei bambini ospitati dal 2009 (anno di apertura della struttura) al 31 agosto 2013 (ultimo aggiornamento) è 18, nove maschi e nove femmine. Il rapporto tra il totale dei bisogni e il numero dei bambini evidenzia in media la necessità di supporto: 134/18=7,4 ne deriva che i bambini ospitati mostrano in media la necessità di supporto per 7,4 bisogni (67,2%).

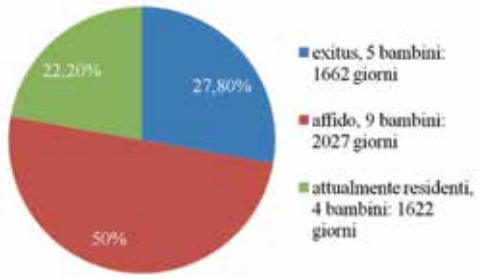
In base al destino dei bambini ospitati possiamo classificare la degenza in: degenza definitiva 9 bambini, sollievo 1 bambino, accompagnamento 8 bambini. Più in specifico, nell'ambito delle classi di patologia:

- Gruppo delle sindromi (8 bambini)
  - Rientro al domicilio o affido: 4 bambini;
  - Exitus: 3 bambini;
  - Degenti: 1 bambino.

- Gruppo delle sofferenze perinatali (8 bambini)
  - Rientro al domicilio o affido: 4 bambini;
  - Exitus: 2 bambini;
  - Degenti: 2 bambini.

- Gruppo delle cardiopatie (2 Bambini)
  - Rientro al domicilio o affido: 1 bambino;
  - Exitus: nessun bambino;
  - Degenti: 1 bambino.

Il grafico che segue mostra le percentuali relative alla durata della degenza in base al destino del bambino:



La durata in giorni di degenza totale è di 5311 per una media di 295 giorni a testa. Il gruppo delle sindromi ha avuto una degenza totale di 1605 (30,2%) giorni per una media di 200 giorni a bambino; il gruppo delle prematurità ha avuto una degenza totale di 3259 (61,3%) giorni per una media di 407 giorni a bambino; il gruppo delle cardiopatie infine ha avuto una degenza totale di 447 (8,4%) giorni per una media di 223,5 giorni di degenza a bambino. Questi ultimi dati mettono in evidenza che la classe di patologia che riguarda le encefalopatie perinatali è la classe che richiede un maggior numero di giorni di ricovero.

Per quanto concerne l'aspetto economico, si evidenzia che il 'costo del bambino' in eventuale ricovero di degenza ordinaria è pari a

600euro/die, presso Casa di Gabri è di 150euro/die: è evidente il delta di spesa tra status di ricovero in ospedale e costo in struttura, il risparmio è di 450euro/die/pz.
Tenendo presente che il costo globale di Casa di Gabri, comprensivo dei costi sia sociali che sanitari (materiali, personale, consulenti, formazione, costi di gestione in generale, costi legati alla telemedicina e a ogni tipo di risorsa utilizzata), in questi quattro anni è pari a 448 966 euro, 112 241 euro/anno, Casa di Gabri ha comportato un risparmio economico per la Sanità Lombarda di 2 416 950 euro pari a 604 237,5 euro/anno.

CONCLUSIONE

Con questo lavoro abbiamo voluto dimostrare come Casa di Gabri offra un'efficace e valida risposta sia alla complessità assistenziale di alcuni bambini che altrimenti non avrebbero alternativa all'ospedalizzazione, sia al bisogno di sostegno delle famiglie, offrendo la possibilità di 'periodi di sollievo' dal grande impegno che l'assistenza a bambini gravemente disabili richiede. Risparmio economico, sostegno alla genitorialità, accompagnamento all'exitus o alla dimissione a domicilio sono parti integranti di un' esperienza che andrebbe modellizzata

** infermiere*
*** responsabile cooperativa Agorà 97*
**** pediatra referente Casa di Gabri*

notizie in pillole a cura di S. Citterio

Cure palliative, in Lombardia un terzo offerta nazionale

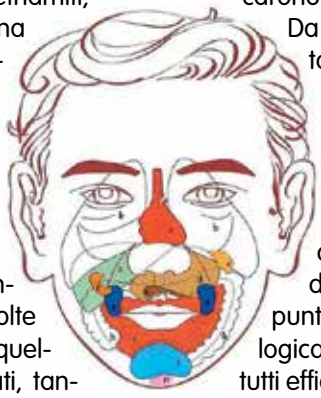
La Lombardia è la regione italiana con il maggior numero di strutture (53 accreditate) e posti letto (oltre 700) per cure palliative, ospitando circa un terzo del totale nazionale. Ha inoltre la copertura più ampia rispetto al bisogno specifico della sua popolazione (circa 10 milioni di persone). È, in sintesi, quanto emerso da una ricerca condotta da Éupolis, avente la finalità di conoscere la diffusione dell'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, secondo quanto disposto dalla legge n. 38/2010. Scendendo nel dettaglio dei dati della ricerca: delle 53 strutture accreditate attive sul fronte delle cure palliative, pubbliche e private di degenza, 22 sono hospice socio-sanitari (che afferiscono alla Direzione Generale Famiglia) e 31 Unita' operative di cure palliative (che afferiscono della Direzione Generale Salute). Si aggiungono poi 37 centri per l'ospedalizzazione domiciliare cure palliative autorizzati (di cui 26 attivati) e numerosi enti accreditati che erogano cure palliative domiciliari. Nel complesso, si tratta di 662 posti letto continuativi e 57 in day hospital. Sono 9.903 i pazienti assistiti all'interno degli hospice socio-sanitari nel triennio 2009-2011, mentre oltre 12 mila quelli ricorsi all'ospedalizzazione domiciliare. Dati lusinghieri, ma che non possono essere considerati un punto d'arrivo: le oltre 30 mila morti all'anno per patologia neoplastica (circa un terzo delle morti totali) suggeriscono che l'utenza potenziale bisognosa di cure palliative in Lombardia possa ammontare a 48 mila casi: 29 mila oncologici e oltre 1.600 in ambito pediatrico (di cui a loro volta 500 oncologici), di cui il 20% necessita di assistenza residenziale e l'80% di assistenza domiciliare, stando alle valutazioni della Commissione ministeriale cure palliative. "La Lombardia è la Regione italiana che ha più sviluppato questo settore, ponendosi come capofila e apripista a livello nazionale; con l'auspicio che continui ad avere un ruolo guida" così, durante la presentazione a Palazzo Pirelli, il presidente del Consiglio regionale Raffaele Cattaneo commentava i dati raccolti da Éupolis. Entro il 2014 Regione Lombardia avrà concluso l'organizzazione dei coordinamenti territoriali per la gestione delle cure palliative e sarà quindi in grado di definire il coordinamento regionale. L'obiettivo è integrare la rete delle cure palliative con le altre reti sanitarie, iniziando dalla rete oncologica.

(tratto da www. sanita.regione.lombardia.it)

DIEN CHAM/N
Multiriflessologia Facciale

*A cura di Maria Cristina Mozzi**

Il Dien Chan nasce negli anni 80 dopo anni di sperimentazione da parte del Professore Vietnamita Bùi Quòc Chàu, che prese coscienza delle relazioni tra il viso e il corpo umano.
Facendo tesoro dei modi di dire degli anziani (all'interno di uno Yin c'è uno Yang e all'interno di uno Yang c'è uno Yin), dello studio delle opere dei grandi medici vietnamiti, delle sue conoscenze in medicina orientale, in agopuntura e tenendo in considerazione l'apporto della medicina occidentale, prese ad analizzare un nuovo metodo per curare le persone con tecniche semplici, efficaci e di rapida acquisizione.
A quei tempi, in Vietnam, fu urgente la necessità di poter aiutare molte persone, gli ospedali, soprattutto quelli psichiatrici erano sovrappopolati, tante persone lottavano contro la tossicodipendenza, l'alcolismo e problematiche legate alle conseguenze della guerra vissuta fino al 1975. Il Professore sentì profondamente questo dramma della sua popolazione e avendo una mente vivace oltre a un' intelligenza e cultura al di fuori del comune (Laureato in Diritto, Lettere, Filosofia, ricercatore della medicina antica e di agopuntura), si attivò per apportare non solo il proprio aiuto ma organizzò dei gruppi di studenti che potessero aiutarlo nelle sue ricerche.
Un primo input lo ebbe nel centro di cura per tossicodipendenti di Binh Trieu (Saigon), ove potè osservare le sequenze anormali visibili sui visi di migliaia di pazienti del centro.
Il tutto nacque quando come medico agopuntore infilò un ago sul naso di un paziente che lamentava dolore in quella zona, ma paradossalmente il paziente disse che era regredito nell'immediato un dolore al centro della schiena da cui soffriva da molto tempo.
Sperimentò lo stesso punto su altri che lamentavano lo stesso dolore e organizzò un gruppo di ricerca con i suoi allievi che applicarono la stessa tecnica.



Da questa scoperta nacque il fatto che per similitudine di forma il naso rappresentasse una delle proiezioni della colonna vertebrale sul viso, tale fu la semplicità del Professore che diede un nome a quel punto, ma dopo anni di sperimentazione dovette piegarsi a numerare i punti con corrispondenza riflessologica in quanto ne catalogò 600 e tutti efficaci, da qui nacque la necessità di rendere più semplice la metodologia, concentrando l'uso di questi punti raggruppandoli in diversi schemi suddivisi per patologia, organo, o sistema da trattare, in modo che potesse essere di facile insegnamento.
La divulgazione in Vietnam fu veloce così come furono molte le persone che si appassionarono a questa metodologia, quindi prese a semplificare ulteriormente il metodo dando risalto a 70 punti da conoscere assolutamente e poi insegnò il trattamento per zone.
Dal 1981 con i suoi collaboratori ha formato più di 10.000 specialisti in Vietnam e in 20 Paesi nel mondo.
Quattro milioni di ammalati sono stati trattati con successo dalle molteplici turbe nel "Vinatherapy center" e in altri Paesi.
Si rende disponibile a trattare gratuitamente

nei Paesi del Sud America, Parigi, Germania, Spagna, Belgio, Mosca, riceve riconoscimenti per le sue buone azioni alla popolazione mondiale attraverso il Centro Albert-Schweitzer- Haus in Germania, viene nominato Dottore Honoris Causa da parte della The Open International University per le Medicine Complementari, Dottore in medicine Complementari "Star of Asia" attribuito alle menti geniali nel mondo.
Presenta il Dien Chan all'Accademia di Medicina Cinese a Pechino e viene riconosciuto come una delle terapie orientali che da risultati più rapidi.
All'estero viene studiata soprattutto da Fisioterapisti, Infermieri e Osteopati per arricchire il proprio bagaglio culturale e da applicare sul lavoro, nei vari Paesi del Mondo viene praticata semplicemente per quello che è, in Messico e a Cuba è riconosciuta dal sistema sanitario nazionale ed è praticato in Pronto Soccorso.
Il viso beneficia di una certa supremazia in proporzione al resto del corpo, il viso è lo specchio del cervello, delle disarmonie, delle emozioni, delle malattie, del dolore, dei sentimenti.
Il viso è la parte più sensibile del corpo, è percorso da vasi sanguigni, da fibre nervose, da meridiani di agopuntura, da punti riflessogeni, la cui densità non ha equivalenti in nessuna parte del corpo.
Il Dien Chan non prende in considerazione i meridiani di agopuntura, bensì dei punti riflessogeni studiati, sperimentati e comprovanti della connessione forte fra le differenti parti del viso e le loro corrispondenze nel corpo.
Tutto il corpo è riflesso sul viso, quindi possono essere trattati disturbi neurologici, problemi digestivi, disturbi circolatori, urinari, reumatismi, affezioni riproduttive, affezioni cutanee, metabolismo sballato, affezioni di tipo muscolare ed articolare come torcicolli, riduzioni motorie degli arti, problemi alle ginocchia, tendiniti, lombalgie, cefalee, sciatica, regolarizzazione dell'ipertensione e dell'ipotensione, nevralgie e riequilibrio del sistema nervoso a carico dell'insonnia e della depressione.
Per chi viene a conoscenza delle zone e dei punti specifici BQC, sarà facile riconoscere eventuali affezioni, malattie d'organo, micosi, distonie solo guardando il viso della persona, perché tutte le malattie del corpo, interne o esterne, fanno apparire sull'epidermine del viso dei segni riconoscibili (macchie, brufoli, rughe, arrossamenti …)
Il Dien Chan non fa diagnosi sarebbe sciocco azzardare, in quanto la sollecitazione di solo un punto ha più risposte in distretti diversi, è l'intelligenza del corpo a scegliere su quale organo lavorare perché viene stimolata l'autoregolazione e il potenziale autocurativo.
Il Dien Chan segue le regole dell'olismo, quella di prendersi carico della persona come un'entità che comprende corpo, mente e spirito, quindi non isola la malattia per tentare di eliminare i sintomi, né agiscono su di un organo o un apparato che presenta dei disturbi, ma operano sull'uomo nella sua interezza, allo scopo di fargli raggiungere uno stato di equilibrio e armonia.
Il Dien Chan non guarisce ma aiuta a riportare in equilibrio tutti i sistemi corporei stimolando le zone meno attive e calmando quelle eccessivamente attive, senza interferire con le parti che funzionano in modo adeguato.
L'obiettivo è di ridurre la tensione e indurre il rilassamento, in modo che il processo di guarigione possa avviarsi, è utile trattare i vari disturbi, sia per mantenere il corpo in salute e prevenire le malattie, con un semplice trattamento si può bloccare o rallentare il processo che porta alla malattia.
Le aree riflesse se giustamente sollecitate, determinano una reazione antalgica o il recupero funzionale dell'organo in una zona diversa e lontana dal punto stimolato, quindi l'azione iniziale interessa un sistema ove i dolori sono i primi ad essere alleviati e nel tempo la funzione organica.
La tecnica è talmente raffinata e le tavole con le proiezioni utilizzate sono in così gran numero (20), da farne un metodo completo e articolato.
Viene detta Multiriflessologia facciale in quanto il primo approccio, il più veloce e di facile reperibilità si sviluppa sul viso, ma in realtà si impara a lavorare anche il corpo, le

mani e i meridiani che percorrono lungo le braccia e le gambe.
Il Dien Chan è di facile esecuzione perché il viso è la zona meno complessa da lavorare, non comporta contorcimenti o posizioni impossibili, i mezzi da usare sono di facile reperibilità e sempre con noi, come le dita, le nocche delle dita o semplicemente anche una matita o penna con la punta arrotondata, complesso è come usare nel modo corretto questi mezzi, raffinando la tecnica vi sono altri strumenti più complessi come delle rotelle, martelletti, pettini, sfere, cerca punti e cilindri che si sceglieranno in base alla zona da trattare e in base al principio dello Yin e dello Yang, estrapolando dal corpo un eccesso di calore, di freddo, di umidità, di venti perversi.
Il Dien Chan è una tecnica nuova, interessante, efficace e di semplice esecuzione, può essere insegnato anche al paziente per trattare la propria problematica, facendo risparmiare momenti di dolore e l'uso di farmaci, si può fare in qualsiasi luogo e in qualsiasi momento.
È una metodica giovane pertanto aperta a ogni ulteriore sperimentazione che può essere aggiunto al materiale che già è conosciuto, quindi per chi si appassiona senza alcuna pretesa potrebbe ampliare un determinato argomento sperimentando e prendendo appunti sulle risposte dei riceventi, personalmente ho raffinato la tecnica della craniale per cui a breve presenterò il mio personale studio per poter arricchire l'argomento.
Il futuro ha bisogno delle terapie complementari, non importa dimostrare quale sia più efficace, non importa quale possa piacere alla persona, non importa se alcune persone non credono a queste discipline, l'importante è la coscienza, l'amore, la risposta a un'esigenza che presto diventerà urgenza, la possibilità di poter autotrattarsi e di poterlo insegnare, senza spendere molto denaro e avere di fronte un terapeuta che si presta all'ascolto e dedica del tempo per insegnare il benessere

*Infermiera – Naturopata – Operatrice e Preparatore Dien Chan - mozzicristina@libero.it

notizie in pillole a cura di S. Citterio

Traumatismi della mano e dell'arto superiore. Nuove indicazioni regionali

Da diversi anni a livello nazionale si è riconosciuta l'importanza di prevedere, nell'ambito dell'emergenza – urgenza, una rete di presidi specializzati nella chirurgia della mano e nella microchirurgia. Un Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale ha redatto il documento tecnico "Determinazioni in merito all'organizzazione in rete per la gestione del trauma complesso e urgenze micro-vascolari della mano e dell'arto superiore", approvato con decreto del Direttore Generale alla Salute d.d.g.s. n. 358 del 23/01/2014, in cui vengono affrontate e dettagliate le varie tematiche legate a questo particolare ambito: la rete per il trattamento chirurgico in urgenza del trauma complesso e urgenze micro-vascolari della mano e dell'arto superiore; le caratteristiche delle strutture che vi afferiscono; i diversi livelli di gravità lesionali e di intervento. Vengono distinti centri di primo, secondo livello e per i politraumi. Sono inoltre dettagliate sia le modalità di trasporto del paziente e del segmento amputato, sia di allertamento ed attivazione del centro. L'obiettivo è quello di riuscire a indirizzare un paziente in un centro adeguato alla gravità del danno subito: per questo ai due livelli di gravità in cui vengono catalogati i traumi corrispondono due livelli di Centri cui il paziente può essere indirizzato. Tra le lesioni di primo livello (traumi minori) rientrano i traumi chiusi digitali, le ferite da taglio semplici senza interessamento vascolare ischemico e i traumi da schiacciamento digitale distale. Tra le lesioni di secondo livello (traumi maggiori) vengono ricondotti i traumi da schiacciamento mano ed arto superiore, i traumi articolari complessi ad alta energia, le fratture esposte multiple dei raggi digitali, le folgorazioni, le perdite ampie di sostanza, le amputazioni di piccoli o grossi segmenti, le sub-amputazioni di grado elevato, gli scuoiamenti, le presso-ustioni e le lesioni da scoppio.

continua

TABELLA RIASSUNTIVA
EVENTI FORMATIVI - SECONDO SEMESTRE 2014

DATA APERTURA EVENTI – 3 giugno 2014 – iscrizioni on line dal sito www.ipasvicomo.it

Ricordiamo che, per l'iscrizione ai corsi è necessario dotarsi della pec. Per chi non l'avesse ancora attivata, la modulistica è reperibile sul sito del Collegio alla voce attiva la tua pec.

EVENTO	SEDE	DATA
Le prospettive lavorative nel futuro degli infermieri e la libera professione	Como – Centro Card. Ferrari	18 settembre 2014
La danzaterapia rivolta agli infermieri: migliorare "la relazione" per migliorare l'assistenza.	Como – Centro Card. Ferrari	20 settembre 2014
Mobbing e burn out	Erba – Ospedale Fatebenefratelli	3 ottobre 2014
Specchi infedeli: i disturbi del comportamento alimentare – come e quando intervenire	Como – Centro Card. Ferrari	9 ottobre 2014
Educazione sanitaria al paziente diabetico	Como – Centro Card. Ferrari	31 Ottobre 2014
Donne Mamme lavoratrici	Como Centro Card. Ferrari	7 novembre 2014
Il procedimento disciplinare nel comparto sanità	Como – Centro Card. Ferrari	Novembre, data da definire
Gestione e posizionamento PICC CVC	Como – Centro Card. Ferrari	Novembre, data da definire

Di seguito pubblichiamo il programma dei singoli eventi. Quelli non ancora disponibili saranno pubblicati sul sito **www.ipasvicomo.it**

notizie in pillole a cura di S. Citterio

Parallelamente vengono individuati Centri di primo e secondo livello, a seconda che ospitino un'attività di chirurgia a «bassa complessità», riconducibile a tutta la patologia traumatica della mano, oppure ad «alta complessità», riconducibile al trattamento di lesioni gravi, come quelle riguardanti più di tre tessuti. Nei Centri di primo livello sono necessari una struttura accreditata di Ortopedia-Traumatologia o di Chirurgia Plastica e uno specialista chirurgo in grado di valutare il trauma specifico e, se necessario, attivare il chirurgo ortopedico o plastico, il quale deve aver svolto nell'anno precedente un'attività specialistica specifica e deve saper trattare le lesioni della mano e dell'arto superiore di bassa complessità in urgenza o, comunque entro 48/72 ore. Nei Centri di secondo livello deve essere attiva una struttura semplice o complessa di chirurgia della mano o una struttura di Chirurgia Plastica od Ortopedica con indirizzo ricostruttivo nella mano; in Pronto Soccorso deve essere presente uno specialista chirurgo ortopedico o plastico e deve poter essere attivata rapidamente la sala operatoria in urgenza o, per i traumi differibili, nelle 48/72 ore successive al trauma; il chirurgo deve aver svolto nell'anno precedente un'attività specialistica specifica, e deve poter svolgere attività didattico-formative e di collaborazione con le equipe chirurgiche degli altri centri della Rete Regionale.

(tratto da www. sanita.regione.lombardia.it)

Destinatari:
120 Infermieri, infermieri Pediatrici /Vigilatrici D'Infanzia, Assistenti Sanitari

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

Data apertura evento:
3 giugno 2014 e fino ad esaurimento posti

Iscrizioni on line dal link: http://www.ipasvicomoeventi.it/Elenco_Eventi.aspx

LE PROSPETTIVE LAVORATIVE NEL FUTURO DEGLI INFERMIERI E LA LIBERA PROFESSIONE

Linee guida comportamentali, modalità di esercizio limiti e vincoli della libera professione. La tutela previdenziale, assistenziale e inquadramenti d'obbligo, la riforma Fornero, la cassa di previdenza

18 settembre 2014

COMO Centro Card. Ferrari

Docente:
***Sergio Bazzanella** – Consulente del Lavoro. Libero docente Senior Università Tor Vergata Roma in Master post universitari.*

PROGRAMMA:

8.15-8.30
▷ Registrazione partecipanti e apertura dei lavori
8.30-11.00
▷ Panoramica sulle "tesi tipologiche della subordinazione"
▷ Sentenze della Giurisprudenza
11.00-11.15 Pausa caffè
11.15-12.30
▷ La parte previdenziale
▷ La parte fiscale
12.30-13.30 Pausa pranzo
13.30-17.00
▷ Gli studi associati, cooperative, STP
▷ La legge Fornero
▷ La cassa di previdenza ENPAPI
17.00-17.30
▷ Dibattito e confronto conclusivo
17.30-17.45
▷ Compilazione del questionario di gradimento ECM e chiusura dei lavori

Evento accreditato da Azienda Ospedaliera S. Anna Como
L'Ufficio Formazione dell'Azienda ospedaliera S.Anna di Como è registrato come Provider nell'ambito del programma ECM/CPD Regione Lombardia.
Ai fini dell'attestazione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza effettiva al 100% della durata complessiva dell'evento formativo.

Crediti ECM richiesti

Destinatari:
30 Infermieri, infermieri Pediatrici

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

Data apertura evento:
3 giugno 2014 e fino ad esaurimento posti

Iscrizioni on line dal link: http://www.ipasvicomoeventi.it/Elenco_Eventi.aspx

Crediti ECM richiesti

LA DANZATERPAIA RIVOLTA AGLI INFERMIERI: MIGLIORARE LA "RELAZIONE" PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA

20 settembre 2014

Como – Centro Card. Ferrari

Docente:
Ines Rita Domenichini *- infermiera, danzamovimentoterapeuta APID, conduttrice di gruppi in vari ambiti: riabilitativi, formativi, ricreativi, artistico-musicali*
Assistita da ***Antonella Tranquilli*** *- artista con esperienza di danza e di teatro*

Si consiglia abbigliamento comodo, scarpe comode o ginniche, se possibile calze antiscivolo e materassino da palestra o cuscino. Portare una bottiglia d'acqua

PROGRAMMA:

8.15-8.30
▷ Registrazione partecipanti
8.30-11.00
▷ Introduzione del tema della giornata
▷ Cenni storici della Danzaterapia, metodologia e ambiti di utilizzo

11.00-11.15 Pausa caffè
11.15-12.30
▷ Esperienza pratica di alcuni elementi di danzaterapia: il ritmo e il piacere del movimento

12.30-13.30 Pausa pranzo
13.30-16.45
▷ Esperienza pratica di un incontro di danzaterapia
16.45-17.00
▷ Discussione in plenaria in merito all'esperienza vissuta
17.00-17.30
▷ Conclusioni e valutazione pratica della partecipazione del corso

Evento accreditato da Azienda Ospedaliera S. Anna Como
L'Ufficio Formazione dell'Azienda ospedaliera S.Anna di Como è registrato come Provider nell'ambito del programma ECM/CPD Regione Lombardia.
Ai fini dell'attestazione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza effettiva al 100% della durata complessiva dell'evento formativo.

Destinatari:
120 Infermieri, infermieri Pediatrici /Vigilatrici D'Infanzia, Assistenti Sanitari

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

Data apertura evento:
2 giugno 2014 e fino ad esaurimento posti

Iscrizioni on line dal link: http://www.ipasvicomoeventi.it/Elenco_Eventi.aspx

Crediti ECM richiesti

SPECCHI INFEDELI: I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE – COME QUANDO INTERVENIRE

Evento organizzato in collaborazione con Format SaS

9 ottobre 2014

Como Centro Card. Ferrari

Docente:
***Paola Maria Taufer** - Psicologa Psicoterapeuta libero professionista. Socio fondatore e presidente SIPAA*

PROGRAMMA

9.15-9.30
▷ Registrazione dei partecipanti e apertura dei lavori
9.30-11.00
▷ Classificazione dei disturbi del comportamento alimentare e indicazioni epidemiologiche
▷ Eziologia multifattoriale dei DCA
11.00 /11,15 Coffe break
11.15 /12.30
▷ Come cogliere i segnali precoci di un disagio che può diventare patologia
▷ Come riconoscere una malattia che rappresenta una richiesta di aiuto non Verbalizzata
12.30/13,30 Pausa pranzo
13.30/17.00
▷ Come coinvolgere la famiglia
▷ Confronto delle diverse linee guida per i disturbi dell'alimentazione
17.00/17.30
▷ Prova finale di apprendimento ECM e chiusura dei lavori

Evento accreditato da Format SAS Centro di Formazione registrato come Provider nazionale n. 514

CORSI FORMAT IN CONVENZIONE

A seguito di una convenzione con Format sas, i corsi di seguito indicati saranno a prezzi agevolati per gli iscritti al Collegio IPASVI di Como:

- € 35,00 + iva per iscritti IPASVI Como
- € 50,00 + iva per iscritti ad altri Collegi

Per tutte le informazioni relative al programma ed iscrizione rivolgersi a Format:

- www.formatsas.it
- email: info@formatsas.com
- tel. 0533 713275 - fax: 0533717314

TITOLO	DATA	SEDE
Interpretazione dell'elettrocardiogramma per infermieri	11 giugno 2014	Como – Centro Card. Ferrari
La gestione dell'aggressività nella relazione con la persona assistita	22 settembre 2014	Como – Centro Card. Ferrari

notizie in pillole a cura di S. Citterio

Emanate le linee di indirizzo per la terapia dell'emofilia e delle coagulopatie congenite

Ad oggi non vi è nessuna evidenza clinica che dimostri la superiorità di uno dei tipi di concentrati FVIII e di FIX disponibili, siano essi di origine plasmatica o ricombinante: entrambi sono similmente efficaci nell'arrestare o prevenire le emorragie e hanno caratteristiche di elevata sicurezza. Davanti a queste evidenze, e in accordo anche con le più recenti indicazioni fornite dalla Federazione Mondiale dell'Emofilia, un gruppo di esperti - nella consapevolezza che oggi sia possibile ottimizzare le risorse senza abbassare il livello di efficacia e sicurezza o la qualità di vita del paziente con coagulopatia congenita - ha redatto per la Lombardia delle "Linee di indirizzo per la terapia dell'emofilia e delle coagulopatie congenite", approvate con decreto n. 437 del 27/01/2014. I concentrati di origine ricombinante disponibili già a inizio anni '90 sono stati impiegati in terapia accanto a quelli di origine plasmatica, dal momento che questi ultimi non potevano offrire allora lo stesso livello di sicurezza: negli anni '70-'80 vi era un certo rischio per il paziente di contrarre virus ematogeni come gli epatici o l'HIV. Sin dall'inizio degli anni '90 l'evoluzione tecnologica dei processi di purificazione e inattivazione ha permesso la disponibilità di nuovi concentrati plasma-derivati con un alto livello di sicurezza virale; l'introduzione del regime terapeutico di profilassi ha sostituito il trattamento "a domanda"; terapie specifiche sono state sviluppate per i pazienti che sviluppano alloanticorpi contro il fattore carente (inibitori). Grazie a questi progressi, dunque, oggi c'è una sostanziale equipollenza, in termini di efficacia e sicurezza, tra i concentrati plasma derivati e quelli ottenuti attraverso il DNA ricombinato. Quindi, come sottolineano le Linee d'indirizzo, non vi è al momento evidenza clinica sufficiente per poter indirizzare la scelta del clinico in favore di un prodotto di origine plasmatica o di uno di origine ricombinante. Ma, se sostanzialmente uguale è la resa in termini di efficacia e sicurezza, non uguale è l'incidenza in termini economici sul Sistema Sanitario: i concentrati derivati dal plasma sono quattro volte economicamente più vantaggiosi del concentrati ottenuti dal DNA ricombinante. A ciò si aggiunga come sia cospicua in Lombardia la raccolta del plasma attraverso donazioni di sangue destinata alla lavorazione industriale per la produzione di plasma derivati. Oggi la raccolta permette di coprire più di 2/3 delle necessità in plasma-derivati. Questa modalità di produzione è estremamente importante perché non solo garantisce la disponibilità di plasma-derivati anche in caso di carenza di prodotti commerciali, ma assicura anche l'utilizzo pieno e ottimale della donazione. Il quadro tracciato dalle Linee d'indirizzo illustra tutti questi fattori, per poi dettagliare le raccomandazioni e principi per la terapia a seconda della casistica (emofilie A e B, con o senza inibitore, malattia di von Willebrand, i deficit dei vari Fattori) e le modalità di erogazione dei concentrati. In appendice al documento sono riportati il foglio informativo ed il questionario da sottoporre direttamente al paziente o ai genitori, nel caso di paziente minorenne.

(tratto da www. sanita.regione.lombardia.it)

INFERMIERI DELLA MENTE

Commissione - Infermieri Area Salute Mentale Regione Lombardia

CONVEGNO INTERREGIONALE

IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI:
Riflessioni in attesa…

Il viaggiatore sopra il mare di nebbia (1818)
Caspar David Friedrich

"Una preoccupazione di base per gli altri nella nostra vita individuale e di comunità può fare la differenza nel rendere il mondo quel posto migliore che così appassionatamente sogniamo"
Nelson Mandela

PRESENTAZIONE

La chiusura degli OPG è ancora una volta una sfida nell'ambito della psichiatria dopo la Legge 180 del 1978 ed è un impegno civile verso nuovi orizzonti: dalla cura e riabilitazione delle persone autori di reato che soffrono di un disturbo mentale al diritto di cittadinanza e rispetto della loro dignità personale e sociale. L'urgenza giuridica è stata rispettata e anche in tempi brevi (Legge 9/2012), sull'applicazione della Legge siamo gravemente in ritardo e l'urgenza ora è etica.
Ci sono molte difficoltà soprattutto di natura economica. Intanto, Regione Lombardia ha tracciato il percorso di superamento dell'OPG che prevede la realizzazione di strutture "sanitarie" (Residenze per l'Esecuzione delle Misura di Sicurezza - REMS) deputate a ospitare i pazienti autori di reato in luoghi già individuati. Il dibattito attuale reca in essere paure, legittime preoccupazioni, pregiudizi, dubbi, ombre su questo nuovo scenario italiano che riguarda il superamento e la chiusura degli OPG; sentimenti e sensazioni che non sono solo della popolazione generale ma anche degli operatori sanitari e questo sebbene tanti stiano già facendo e da tempo esperienze sul campo all'interno soprattutto delle strutture residenziali dei DSM con pazienti autori di reato.

OBIETTIVI

- Far conoscere la situazione attuale sul destino degli OPG e le linee di indirizzo di Regione Lombardia verso la realizzazione di nuove strutture, per ospitare i pazienti autori di reato e nelle quali sarà coinvolta la

professione sanitaria principalmente.
- Creare un confronto fra i diversi attori istituzionali coinvolti in questo percorso di superamento dell'OPG.
- Condividere le esperienze in campo di assistenza, riabilitazione e inclusione sociale dei pazienti autori di reato all'interno delle strutture residenziali nei DSM e nel privato/accreditato.

Il convegno prevede tre edizioni:
1a Edizione 16 maggio 2014
c/o JHD DUNANT HOTEL
Via Donatori di Sangue 2
CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (MN)
2a Edizione 20 Giugno 2014
c/o Collegio IPASVI di GENOVA
Via Santi Giacomo e Filippo 19/7
GENOVA
3a Edizione 26 Settembre 2014
c/o Collegio IPASVI di COMO
Viale Cesare Battisti 8
COMO

PROGRAMMA
8,30 Apertura segreteria iscrizione
9,00 Apertura lavori: saluto Presidente IPASVI ed altri rappresentanti locali

1a EDIZIONE: CASTIGLIONE DELLE STIVIERE
Moderatore: Mariagrazia Castoldi
(Infermiera e Counsellor Professionista in A. T.)
9,15 "Illustrazione delle tappe significative dell'evoluzione legislativa dal 1978 ad oggi in materia di tutela della salute mentale correlata alla normativa penale e penitenziaria"
Dr. Calogero Antonino (già Direttore OPG Castiglione delle Stiviere)
10,15 "Pericolosità sociale e misure di sicurezza applicati ai percorsi clinico-assistenziali"
Dr.ssa Azzini Marina (Magistrato di sorveglianza Mantova)
11,15 Coffee break
11,30 Presentazione di progetti/percorsi di inclusione sociale a favore di pazienti autori di reato
Il progetto di "Elisabetta" **(Nicoletta Pozzi, DSM Como)**
Il progetto di "Paolo"**(Emanuela Landini, ASL 5 Spezia)**
Il progetto di " Anna" **(Luca Littarru, CRA Villa Maura, Pavia)**
12,30 Dibattito
13,00 Pausa pranzo
14,00 Tavola rotonda:
"La legge 9 del 17 febbraio 2012: gli scenari futuri". Ricadute organizzative ed assistenziali infermieristiche - ne discutono: Annamaria Tanzi, Vanna Poli, Silvana Radici, Giorgio Gugole Paola Mossa, esponenti della Sanità locale, Associazioni, altre voci del Territorio….

2a EDIZIONE: GENOVA
Moderatore: Carmelo Gagliano
(Presidente Collegio IP.AS.VI. Genova)
9,15 "Illustrazione delle tappe significative dell'evoluzione legislativa dal 1978 ad oggi in materia di tutela della salute mentale correlata alla normativa penale e penitenziaria"
Dr. Calogero Antonino (già Direttore OPG Castiglione delle Stiviere)
10,15 "Pericolosità sociale e misure di sicurezza applicati ai percorsi clinico-assistenziali"
Dr.ssa Azzini Marina (Magistrato di sorveglianza Mantova)
11,15 Coffee break
11,30 Presentazione di progetti/percorsi di inclusione sociale a favore di pazienti autori di reato
Il progetto di "Enrico"**(Giuseppe Borgonovi, DSM ASL 3 Genovese)**
Il progetto di "Paolo"**(Emanuela Landini ASL 5 Spezia)**
Il progetto di "Anna" **(Luca Littarru, CRA Villa Maura, Pavia)**
12,30 Dibattito
13,00 Pausa pranzo
14,00 Tavola rotonda:
"La legge 9 del 17 febbraio 2012: gli scenari futuri". Ricadute organizzative ed assistenziali infermieristiche - ne discutono: Annamaria Tanzi, Vanna Poli, Silvana Radici, Giorgio Gugole, Paola Mossa, esponenti della Sanità locale, Associazioni, altre voci del Territorio…

3a EDIZIONE: COMO
Moderatore: Mariagrazia Castoldi
(Infermiera e Counsellor Professionista in A. T.)
9,15 "Illustrazione delle tappe significative dell'evoluzione legislativa dal 1978 ad oggi in materia di tutela della salute mentale correlata alla normativa penale e penitenziaria"

Dr. Calogero Antonino (già Direttore OPG Castiglione delle Stiviere)
10,15 "Pericolosità sociale e misure di sicurezza applicati ai percorsi clinico-assistenziali"
Dr.ssa Azzini Marina (Magistrato di sorveglianza Mantova)
11,15 Coffee break
11,30 Presentazione di progetti/percorsi di inclusione sociale a favore di pazienti autori di reato
Il progetto di "Elisabetta" **(Nicoletta Pozzi, DSM Como)**
Il progetto di "Paolo"**(Emanuela Landini, ASL 5 Spezia)**
Il progetto di " Anna" **(Luca Littarru, CRA Villa Maura, Pavia)**
12,30 Dibattito
13,00 Pausa pranzo
14,00 Tavola rotonda:
"La legge 9 del 17 febbraio 2012: gli scenari futuri". Ricadute organizzative ed assistenziali infermieristiche - ne discutono: Annamaria Tanzi, Vanna Poli, Silvana Radici, Giorgio Gugole Paola Mossa, esponenti della Sanità locale, Associazioni, altre voci del Territorio….
16,00 Sintesi della giornata e compilazione questionario ECM
16,30 Termine dei lavori.

DESTINATARI
L'evento formativo è rivolto e accreditato per: Infermieri iscritti negli Albi IPASVI (di qualunque provincia), Educatori Professionali, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica.
(Numero massimo di partecipanti per ogni edizione 100)
QUOTA DI ISCRIZIONE:
€ 20,49 + I.V.A. 22% (Totale a pagare 25 €)
L'iscrizione dà diritto a: kit congressuale, attestato di partecipazione, certificato crediti ECM, coffee break.
La quota di iscrizione non è rimborsabile ma eventualmente cedibile ad altro collega previo comunicazione della variazione alla segreteria.
PROVIDER E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
Collegio IPASVI Varese
Via Pasubio, 26, Varese
Telefono: 0332 310950 – Fax: 0332 311591
varese@ipasvi.legalmail.it
segreteria@ipasvivarese.it

RESPONSABILE SCIENTIFICO
Annamaria Tanzi (Collegio IPASVI Pavia)
COMMISSIONE ORGANIZZATIVA
Moro Cesare (Collegio IPASVI Bergamo), Lorena Bellini (Collegio IPASVI Mantova), Silvana Radici (Collegio IPASVI Como), Paola Mossa (Collegio IPASVI Genova)
MODALITÀ DI ISCRIZIONE:
Leggere attentamente le note organizzative riportate nel volantino per documentarsi su sede, date e costi.

PER VALIDARE L'ISCRIZIONE È INDISPENSABILE SEGUIRE LA SEGUENTE PROCEDURA:

1. Contattare telefonicamente la segreteria del Collegio **al numero 0332/310950** per la conferma sulla disponibilità dei posti;
2. Entro **3 GIORNI LAVORATIVI** dalla conferma della disponibilità dei posti:
   a) compilare in modo leggibile la scheda d'iscrizione di seguito riportata
   b) effettuare il pagamento della quota mediante:
      - Bollettino di conto corrente postale sul conto n° 18245217

   oppure
      - Bonifico bancario IBAN: IT74 X076 0110 8000 0001 8245 217 intestati al Collegio IPASVI di Varese Via Pasubio n°26 Varese, con causale IL SUPERAMENTO DEGLI OPG: RIFLESSIONI IN ATTESA… indicando nome e cognome del partecipante.
3. La scheda d'iscrizione e la ricevuta di versamento dovranno essere inviate:

   - A MEZZO FAX 0332/311591

   oppure
   - VIA E-MAIL all'indirizzo segreteria@ipasvivarese.it

   ENTRO TRE GIORNI DALLA PRENOTAZIONE TELEFONICA, PENA LA CANCELLAZIONE DELLA STESSA, SENZA ULTERIORI COMUNICAZIONI O SOLLECITAZIONI DA PARTE DELLA SEGRETERIA.
4. La conferma dell'avvenuta iscrizione verrà inviata tramite email all'indirizzo specificato, attestando la corretta esecuzione della procedura.

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Richiedo l'iscrizione al seguente corso INTERREGIONALE:

IL SUPERAMENTO DEGLI OPG: RIFLESSIONI IN ATTESA …

☐ **1a Edizione** 16 maggio 2014 – CASTIGLIONE DELLE STIVIERE
☐ **2a Edizione** 20 Giugno 2014 – GENOVA
☐ **3a Edizione** 26 Settembre 2014 – COMO

Cognome

Nome

Nato/a a il / /

Codice fiscale

Profilo professionale

Residenza

Via CAP

Tel. Fax

e-mail

Collegio IPASVI di appartenenza

Ente di appartenenza

☐ Dipendente ☐ Libero professionista

Allego copia ricevuta versamento quota di partecipazione.

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche (tutela della privacy)
Gentile utente, i dati raccolti attraverso la compilazione della scheda saranno trattati esclusivamente nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, nonché tutelando il diritto alla riservatezza. Essi saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, per finalità riguardanti lo svolgimento delle attività editoriali, organizzazione di convegni, seminari, iniziative proprie del Collegio IPASVI Varese oltre che a scopi promozionali e statistici. A tal proposito, ogni interessato al trattamento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dal codice della privacy, con particolare riferimento alla possibilità di conoscere la natura e tipologia dei dati in nostro possesso, poter richiedere la loro integrazione o rettificazione e poter esercitare, in qualsiasi momento, il diritto di opposizione al trattamento e ricevimento di comunicazioni a mezzo e-mail, oltre alla cancellazione dei dati stessi. Titolare del trattamento: Collegio IPASVI Varese, via Pasubio 26, 21100 Varese. E-mail: segreteria@ipasvivarese.it
Dichiaro di accettare l'informativa relativa alla privacy ed esprimo il consenso al trattamento dei dati negli ambiti indicati.

Data _____ / _____ / _____ Firma _____

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI DAL 18/12/2013 AL 19/03/2014

INFERMIERI - NUOVE ISCRIZIONI

ARGENTINI	JACOPO
BAIETTI	MARIKA
BARI	LIA
BASSI	GIULIA
BINDA	VELIA
BRAGGION	MARIA LUISA
BRENNA	ALESSIA
BROGGI	CHIARA
BUZZI	PAOLO
CALABRIA	LISA
CALDERA	SILVIA
CASTELNUOVO	SIMONA
CAUSHI	ELIDA
CAVADINI	LUCA
CECINI	HILLARY
CHITTARO	ANNA
COAN	VALENTINA
CORRIDORI	TOMMASO
CRISTALLI	ARTURO
CROCE	SAVERIO
CUDRICI	OANA
D'ALESSANDRO	LUCIA
DELL'ACQUA	DEBORAH
DEPONTI	CRISTIAN
FENU	CINZIA
GELPI	NICOLE
GEROSA	VIOLA
GIARDI	VALENTINA
GIRGI	VALENTINA
GIUSSANI	VANIA ASSUNTA
GUANZIROLI	ALICE
LOTTO	GIULIA
LUVRANO	ROBERTA
MACOGGI	MILENA
MASUCCI	SIMONA
MOLLI	LUANA
NAPETTI	DIEGO
NICASTRO	JESSICA
PASTORI	VIVIANA
PERLINI	BEATRICE
PREMOLI	GLORIA
SANZARI	MARTINA
SARACI	EMIRJONA
SOMASCHINI	MICHELA
TUPPUTI	SERENA
VERGANI	VIVIANA
VOLONTÈ	CLARISSA

NUOVE ISCRIZIONI – ASSISTENTI SANITARI

GRECO	MARTINA

NUOVE ISCRIZIONI – INFERMIERI PEDIATRICI

COLOMBO	CHIARA

ISCRIZIONI PER TRASFERMENTO DA ALTRI COLLEGI

MARTUSCELLI	MARIANTONIETTA
MIHALASCU	CONSTANTIN
IANCU	MIHAELA ANCUTA
VARGA	DANIEL

CANCELLAZIONI

PER CESSATA ATTIVITA' LAVORATIVA

ARSENI	ELENA
BENAGLIA	SANDRA
CASTELLETTI	M.ANNUNCIATA
COSSA	MIRELLA
CROTTI	MANUELA
DE LEONARDIS	CRISTINA
GENDUSO	EMILIA
GHIDELLI	ROSANGELA
GUSMEROLI	LUIGIA SUOR EGIDIA
HAIDUK	DANIELA FLORICA
MONTORFANO	MONICA
PEVERELLI	ANTONELLA
PEVERELLI	MICHELA
RUDI	GIUSEPPE
SALERNO	MARIO
SALVANO	ROSANNA SCARAVELLI
SPEZZAFERRO	VINCENZO
SPOREA	GEANINA CARINA
SPRUGNOLI	ANTONELLO

CANCELLAZIONI

PER TRASFERIMENTO AD ALTRI COLLEGI

MUFALI	FLUTURA	GILARDONI	LAURA

PER MOROSITÀ

BASSI	CARMEN FRANCESCA	MORERA GALLART	EDUARDO
BEN KHECIB	SALWA	POLI	LORENZA
CIMETTI	STEFANO	POZZONI	GIOVANNI
GALIMBERTI	M.ESTER	RAMPOLDI	ORNELLA
GUASTALLI	EMANUELA	SALSANO	LUCAS PEDRO
MANZI	MARCO	ZANZOTTERA	PAOLO

PER MOROSITÀ E IRREPERIBILITÀ

BARHOUMI	SLAHEDDINE BEN MOKTAR
CERRATO	MONICA KATIE
IMBUZAN	ALINA MARIANA

PER MOROSITÀ E TRASFERIMENTO ALL'ESTERO

CALEAN	OVIDIU ADRIAN	ROSAS DAVILA	JULIAN

RESIDENZA O DOMICILIO PROFESSIONALE TRASFERIMENTO ISCRIZIONE

Secondo quanto ribadito anche dalla Federazione Nazionale IPASVI, come previsto dal DPR 221/50 art. 4, non è consentito mantenere l'iscrizione al Collegio di una determinata provincia in assenza di residenza o domicilio professionale (luogo di lavoro)in un Comune di quella provincia. Quindi gli iscritti di Como DEVONO avere la residenza in un comune della provincia di Como oppure avere il luogo di lavoro prevalente in uno di essi.
L'iscrizione altrimenti, potrebbe risultare "non valida" in carenza di uno dei requisiti di legge, nella fattispecie appunto, la residenza o il domicilio professionale.
Si invitano pertanto, tutti gli iscritti non più in possesso di uno dei requisiti sopra indicati, di voler provvedere, entro l'anno, al trasferimento dell' iscrizione, presso il Collegio di competenza.

Gestione separata ENPAPI attività di docenza

GESTIONE SEPARATA ENPAPI

*A cura di rag. Sergio Bazzanella**

Il testo del Regolamento di Previdenza ed Assistenza della Gestione Separata ENPAPI, è stato approvato dai Ministri vigilanti ai sensi del DL 6 luglio 2012, n° 95 convertito dalla Legge 7 agosto 2012 n° 135.

Nasce, come punto d'arrivo di quell'iter iniziato alla fine dell'anno 2007 con la convenzione sottoscritta fra ENPAPI e INPS, al fine di indirizzare correttamente le iscrizioni all'Ente di Previdenza di categoria, da parte di coloro che, ancora oggi, sono orientati, consapevolmente o meno, all'iscrizione alla Gestione Separata INPS.

Il concetto espresso da ENPAPI è che sono iscrivibili alla Gestione Separata, tutti gli INFERMIERI che sono : "TITOLARI DI RAPPORTI DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA, CONTRATTI A PROGETTO, I COMPONENTI GLI ORGANI DI AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO DI STUDI ASSOCIATI E/O COOPERATIVE E I COLLABORATORI OCCASIONALI DI CUI AL 2° COMMA DELL'ART 61 DLGS 276/2003 (Legge Biagi)" con decorrenza dal 02/05/2013 (inizialmente il punto di partenza era stato indicato nel giorno 1° gennaio 2012) e termine ultimo di iscrizione obbligatoria da parte dei Committenti entro il 30 giugno 2014.

I compensi assoggettabili alla contribuzione della Gestione Separata sono tuti quelli che si riferiscono allo svolgimento delle attività previste dai singoli profili professionali, tra cui la docenza, anche se effettuata da Lavoratori Dipendenti autorizzati dall'Ente di appartenenza.

Purtroppo dobbiamo rilevare che, l'Ente ha creato una "confusione interpretativa", con l'emissione di ben 9 circolari da gennaio 2013 ad oggi.

In primo luogo, nell'esasperata ricerca di fondi, sembra evidente che nelle circolari ENPAPI in materia non siano considerati adeguatamente alcuni passaggi della materia fiscale che, in alcuni passaggi è a stretto contatto con quella relativa la lavoro. L'Art. 51 del T.U.I.R. 917 del 22/12/1987 e successive modificazioni e integrazioni, al comma c-bis recita espressamente: ***"Sono assimilati ai redditi di lavoro dipendente… nonché quelli percepiti in relazione ad altri rapporti ci collaborazione aventi per oggetto la prestazione di attività svolta senza vincolo di subordinazione a favore di un determinato soggetto nel quadro di un rapporto unitario e continuativo senza impiego di mezzi organizzati e con retribuzione periodica prestabilita, semprechè gli uffici e le collaborazioni non rientrino nei compiti istituzionali compresi nell'attività di lavoro dipendente di cui all'Art. 49 comma 1 concernente redditi di lavoro dipendente, o nell'oggetto dell'arte e professione di cui all'Art. 53 comma 1 concernente redditi di lavoro autonomo esercitate dal contribuente"***; da ciò ne deriva che gli Infermieri, gli Infermieri Pediatrici e gli Assistenti Sanitari, quali iscritti in Albo pubblico detenuto da Ente specifico costituito in Collegio/Ordine NON possono svolgere attività né di collaborazione coordinata e continuativa né collaborazioni a progetto.

Quindi l'assoggettabilità di tali collaborazioni alla Gestione Separata, di per sé, sarebbe impossibile a monte, in quanto sono categoricamente vietate tali collaborazioni e riconducibili a rapporto di lavoro subordinato (art. 69 DLGS 276/2003).

Comunque, tralasciando questo *"piccolo"* particolare, il problema essenziale si pone per quei soggetti che svolgono attività di docenza e quindi quei rapporti di collaborazioni occasionali di lavoro autonomo riconducibili alla "mini-cococo". Si tratta, nello specifico di quei rapporti di collaborazione dove l'elemento dominante è il quantum (importo percepito su base annua inferiore a € 5.000,00

lordi) o la durata delle giornate di prestazione (inferiori a 30 giornate nell'arco dell'anno solare); attenzione: uno dei 2 elementi non esclude l'altro.

Ora, la normativa consolidata INPS (in vigore dal 2004 - circolare n° 9/2004) espressamente dichiara che sono escluse dalla contribuzione alla Gestione Separata le c.d. collaborazioni occasionali (mini co.co.co), sempre che rispettino i limiti legalmente previsti (vedi punto precedente); di rimando ENPAPI, con la circolare n° 9/2013 (giorno e mese sono sconosciuti) ha precisato con un "tortuoso quanto complesso" giro di parole che: *"occorre distinguere, in questo senso, le prestazioni che pur avendo un valore economico contenuto in € 5.000,00, e pur essendo erogate in favore di un solo committente per un numero di giornate lavorative inferiore alle trenta, vengono attratte alla regolamentazione delle collaborazioni coordinate e continuative di portata limitata (c.d. mini-co.co.co), in ragione della presenza di un coordinamento dell'attività con il soggetto committente di quelle che, di contro, possono essere erogate in modo puntuale, occasionale residuale al di fuori di una strutturata continuità e tali da configurare un siffatto elemento di coordinamento e abitualità".*

Da quanto sopra, si deduce che le prestazioni occasionali "spot", tipo quelle di Docenza, svolte occasionalmente, NON rientrano nella sfera delle collaborazioni continuative, in quanto esclusivamente puntuali, occasionali, residuali e non in coordinamento con il committente, sempre che rispettino i limiti economici legalmente previsti.

Quindi, *la logica conclusione è che le mini collaborazioni (per intenderci quelle fino a e 5.000,00 lordi) NON sono soggette a qualsiasi tipo di contribuzione dovuta alla Gestione Separata.*

Questa sarebbe la conclusione logica ma c'è un però: purtroppo, c'è la nuova circolare ENPAPI – la numero 12 - che fa propria (per il principio dell'inerenza) la Sentenza della Corte di Cassazione n° 4982 del 14 marzo u.s.

Rifacendosi a tale sentenza, che stabilisce che l'obbligo contributivo verso l'Ente di Categoria vada ricondotto, in ogni caso, a qualunque tipo di attività connessa alle competenze professionali della categoria stessa, ribadisce l'obbligatorietà iscrittiva dell'Infermiere. Sempre nella predetta circolare è indicato che:"… l'Art 1 comma 4 del DM 14/09/1994 n° 739 include tra le attività proprie della figura professionale dell'Infermiere la "formazione del personale di supporto" e "l'aggiornamento relativo al profilo professionale e alla ricerca".

Quindi, in netto contrasto con l'attuale procedura prevista dall'INPS si può concludere che: **L'infermiere che in proprio esercita un'attività di docenza collegata e/o collegabile alla sua professione, DEVE iscriversi a ENPAPI. Nel caso di corsi organizzati da terzi, la responsabilità della qualificazione del rapporto è a totale carico esclusivo del Committente che, nell'eventualità di non assoggettabilità alla contribuzione dovuta alla Gestione Separata ENPAPI, dovrà indicare in modo chiaro tale situazione sul contratto tra le parti (o atto di nomina).**

Ci potrebbe essere una soluzione alternativa: il Lavoro Occasionale Accessorio... ma questo è un argomento che sarebbe utile trattare separatamente

** Consulente del Lavoro del Collegio IPASVI di Como*

In data 26 febbraio u.s. si è svolta l'assemblea annuale ordinaria 2014 nella quale sono stati approvati all'unanimità i seguenti documenti:

- **Relazione consuntiva delle attività dell'anno 2013 e relativo conto consuntivo 2013**
- **Relazione programmatica per l'anno 2014 e relativo bilancio di previsione 2014.**

I documenti approvati sono consultabili on line sul sito www.ipasvicomo.it nell'apposita sezione della bacheca.

Elenco esercizi commerciali convenzionati con il Collegio IPASVI di Como

ESERCIZIO COMMERCIALE	TIPO DI CONVENZIONE	MODALITÀ DI ADESIONE
A.S.C.O. S.R.L. Via Morazzone,12 Como Tel. 031/240648 cell. 339/8403985 fax. 031/303699 asco@ascocomo.com	Sconto del 10/15% su tutti gli articoli ortopedici e sanitari, con servizio di "consegna a domicilio" per ordini telefonici	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
CENTRO BENESSERE PAOLA POGGI Via Dante, 2 – Cantù 031/7073559 lun/ven dalle 10,00 alle 20,00	Sconto del 20% su servizi relativi al rimodellamento della figura femminile nonché del benessere fisico.	Consulto gratuito su prenotazione. Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
CENTRO ESTETICO LARIANO Via Napoleona,24 – Como 031/590335	Sconto del 10% sui servizi offerti.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
CENTRO ESTETICO PROFESSIONALE EDEN Via Fratelli Recchi, 7 – Como 031/570367- 570571	Sconto dal 10% al 40% a seconda dei programmi e trattamenti	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
DENTAL CENTER STUDI DENTISTICI Via Bellinziona,194 – Como Tel. 031/531902 fax. 031/5340550 dentalcenter.co@libero.it	Sconto del 20% a tutti gli iscritti e loro familiari sul tariffario dello Studio	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
DOTT. FURLANETTO MAURIZIO GIULIANO Medico Chirurgo Odontoiatra Via Giulio Cesare,5 Cantù Tel. 031/714390	Sconto del 20% a tutti gli iscritti sul listino prestazioni	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
IN FORMA BEAUTY & WELLNESS Piazza Garibaldi,5 – Cantù Tel. 031/715725	Sconto del 25% sui programmi personalizzati	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
ISTITUTO DEL MASSAGGIO Via Bellinzona,27 – Como Tel. 031/573818	Sconto del 10% su trattamenti curativi ed estetici. Sconto del 15% su abbonamento	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
LA CITTA' DEL BENESSERE Via dei Mille,5 – Como 031/278483	Sconto del 10% su: tutti i trattamenti estetici tutti i prodotti per la cura della persona tutta la regalistica e la bigiotteria	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
LARIO LIBRI SRL Via Montorfano,47 _ Lipomo Tel. 031/280180	Sconto del 10% sui testi scolastici,parascolastici e compiti per le vacanze. Sconto 15% varia adulti e ragazzi editori maggiori. Sconto 20% dizionari ed atlanti (escluso greco e latino). Sconto 25/30% promozioni.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como

ESERCIZIO COMMERCIALE	TIPO DI CONVENZIONE	MODALITÀ DI ADESIONE
LGM SANITARIA di La Greca Massimiliano Cermenate via Fratelli Cervi,2 Tel. 031/722630 031/722431 cell. 393/7497426	Sconto del 10% su tutti i prodotti commercializzati tranne quelli già in promozione	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
LIBRERIA MENTANA Via Mentana,13 – Como Tel. 031/270209	Sconto del 15% su tutti i libri presenti	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
NEROCHINA – restaurant – lounge Via Vitani ang.via 5 Giornate Como Tel. 031/270007 cell. 320/0187781 www.nerochinacomo.com	Sconto del 15% sulle cene Sconto del 20% sulle cene con più di 15 partecipanti	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
OTTICA MONTORFANO S.A.S. Via F.lli Rosselli,13 Como 031/572518	Sconto del 20% su montature da vista e sole lenti oftalmiche lenti a contatto annuali	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
PALESTRA LARIO Via Bellinzona,35/a Como Tel. 031/570640	Sconto del 20% su ogni tipo di abbonamento, corso o lezioni private (anche per familiari o conviventi)	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
PSICOLOGIA DELLO SPORT STUDIO FLY Via Don Gnocchi,46 – Arosio 335/5336641 studio@psicologiafly.com www.psicologiafly.com	Sconto del 20% per: Consulenze psicologiche in ambito sportivo – supporto atleta infortunato, mental training per lo sport, pianificazione di programmi specifici Colloqui psicologici – infanzia,adolescenza, coppia, stress, dipendenze dalle tecnologie	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
RANCH MA.LU Via Olcellara,24 – Cavallasca Tel. 031/539988	Sconto del 10% su cene, consumazioni bar, passeggiate a cavallo ecc (anche per familiari) Iscriz. Annuale € 10,00	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
STUDIO COMMERCIALISTI ASSOCIATI SALERNO E BRUNETTI Via dei Mille, 5 Tel. 031/270321	Sconto del 10% su prestazioni professionali di carattere fiscale, contabile, denunce, paghe e contributi	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
STUDIO MEDICO DENTISTICO INCERRANO Dr. SERGIO E ASSOCIATI Via D.Guanella,6 – Montano Lucino Tel. 031/471779	Sconto su prestazioni professionali	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE Via Dei Mille,5 - Como Tel. 031/275049	Sconto su preparazione ed elaborazione di 730/Unico	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como

SEGRETERIA INFORMA

ORARI DI SEGRETERIA
Da lunedì a venerdì 8.30/12.00 - 14.00/16.30

ORARI BIBLIOTECA
Presso la sede del Collegio è possibile avere accesso alla biblioteca, dove possono essere consultati e presi in prestito i testi presenti.
Orari di accesso:
- mercoledì 9.00/12.00
- venerdì 9.00/12.00 - 14.00/16.30

CAMBIO RESIDENZA
È indispensabile comunicare tempestivamente ogni cambio di residenza con una delle seguenti modalità:
- compilare il modulo prestampato di autocertificazione presente in segreteria;
- per posta, fax o pec.

SMARRIMENTO TESSERA
In caso di smarrimento o furto della tessera di iscrizione al Collegio è necessario:
- sporgere denuncia di smarrimento/furto alle autorità competenti (Questura, Carabinieri)
- presentare al Collegio copia della denuncia e due foto tessera per avere il duplicato.

CANCELLAZIONE ALBO
Presso la segreteria del Collegio è disponibile il modulo per la domanda di cancellazione dall'Albo per cessazione dell'attività lavorativa.
A tale domanda vanno allegati:
- marca da bollo da € 16,00
- tessera di iscrizione al Collegio
- ricevuta di pagamento della quota di iscrizione dell'anno in corso.

Si ricorda che le richieste di cancellazione vanno effettuate entro la fine dell'anno a valere per l'anno successivo (es. la domanda per il 2015 deve essere presentata entro il 31/12/2014). Per le domande pervenute dal 1° gennaio sarà possibile la cancellazione, ma la quota per l'anno in corso dovrà essere comunque versata.

CERTIFICATI DI ISCRIZIONE
I certificati di iscrizione hanno validità di sei mesi (legge 15/05/1997 n. 127) e possono essere richiesti in segreteria con le seguenti modalità:
- direttamente ed in tempo reale presso la sede
- telefonicamente indicando le generalità del richiedente. Nel caso in cui non sia l'interessato a ritirarlo, la persona incaricata deve essere munita di delega scritta e fotocopia del documento di identità del richiedente il certificato.
- via fax, indicando nella richiesta il numero di fax dove inviare il certificato.
- Via PEC

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

BOLLO AUTO
Per avere l'adesivo del Collegio occorre compilare la richiesta sul modulo appositamente predisposto.
Se si richiede per posta, allegare una busta già affrancata per la risposta.

LIBERA PROFESSIONE
Chi svolge o intende intraprendere l'attività libero professionale deve darne comunicazione al Collegio compilando l'apposito modulo disponibile presso la segreteria.
Si ricorda che l'attività libero professionale implica l'iscrizione alla Cassa ENPAPI (modulistica sul sito della Cassa www.enpapi.it)

CONSULENTE DEL LAVORO
Ogni terzo mercoledì del mese è presente in sede il Consulente del Lavoro.
Per avere un colloquio telefonare in segreteria per fissare un appuntamento.

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

COLLOQUI
È possibile avere un incontro con il Presidente o un membro del Consiglio Direttivo previo appuntamento telefonico.
P.S. Tutta la modulistica è reperibile sul sito del Collegio www.ipasvicomo.it

notizie in pillole a cura di S. Citterio

Analisi e cura del tumore della mammella in Lombardia
Il convegno "I percorsi in oncologia, dalla teoria alla misura: il tumore della mammella", tenutosi il 6 febbraio a Palazzo Lombardia è stata l'occasione per presentare i risultati di un progetto basato su 13.000 casi di carcinoma della mammella, analizzando le modalità con cui viene trattato questo tumore in Lombardia. Gli esiti del lavoro sono stati raccolti nel volume "Analisi dei percorsi diagnostico-terapeutici: i tumori della mammella", distribuito nell'occasione. L'attività ha interessato una rete di 6 ASL di Regione Lombardia (Milano 1, Milano 2, Provincia di Milano, Monza e Brianza, Bergamo, Cremona, a cui afferisce la metà circa della popolazione lombarda) i cui ricercatori hanno analizzato circa 13.000 casi di tumore della mammella insorti tra il 2007 e il 2009 nel territorio di riferimento e che sono stati seguiti (follow-up) per almeno due anni dopo la diagnosi. Il Vice Presidente e Assessore alla Sanità Mario Mantovani ha sottolineato nella sua prefazione al volume l'importanza di una stretta correlazione tra programmazione e valutazione: gli indirizzi programmatori scaturiscono dalla valutazione dei bisogni e dall'analisi dell'offerta. In passato la valutazione è stata funzionale in primo luogo alla verifica amministrativa e al test delle condizioni di equilibrio economico. La fase valutativa, tuttavia, può e deve essere momento privilegiato per il controllo dei percorsi diagnostico-terapeutici e della performance generale del sistema di cura. In quest'ottica, la sfida lanciata dal progetto regionale era quella di focalizzarsi non solo sulla valutazione degli esiti, ma anche dei percorsi di cura. La scelta dell'ambito specifico (il tumore della mammella) è stata adottata in ragione della rilevanza del tema nella programmazione regionale: il tumore alla mammella è il più frequente nella popolazione femminile, in Lombardia si stima che ogni anno siano colpite oltre 9.000 donne. La Lombardia può vantare, fra l'altro, una notevole expertise nel campo e molti dei professionisti applicati allo studio sono impegnati a livello aziendale nella costruzione e gestione dei Registri Tumori. La scelta delle sei Asl ha risposto all'esigenza di confrontare territori diversi per dimensione e caratteristiche della popolazione assistita, nei quali fossero sostanzialmente a regime Registri con caratteristiche di rilevazione confrontabili. In tutte le fasi del progetto è stato adottato un approccio multidisciplinare e collaborativo tra le diverse tipologie di professionisti, epidemiologi e clinici: dall'identificazione degli elementi cruciali del percorso di cura alla scelta degli specifici indicatori, dall'interpretazione dei risultati alla proposizione di azioni e interventi. Si è operata una suddivisione del percorso di cura in quattro momenti: diagnosi, trattamento chirurgico, trattamento medico, follow-up. Si sono dunque scelti indicatori di processo, anche grazie all'utilizzo della letteratura esistente su questo tema (il report dell'Agency for Healthcare Research and Quality, i documenti prodotti dalla Scottish Cancer Taskforce, dal CancerCare System dell'Ontario, dal NICE e nel 2012 dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica). Carlo Zocchetti, Dirigente della Struttura "Sistemi di remunerazione ed epidemiologia" della D.G. Salute, ha sottolineato l'importanza di una visione complessiva del percorso di cura. Adeguatezza del percorso diagnostico, efficacia dell'intervento chirurgico, efficienza del follow-up, congruenza del percorso di cura con le aspettative: informazioni di questo tipo si possono ottenere solo da una valutazione sistemica che vada oltre la semplice somma degli indicatori e che sappia combinare e attribuire il giusto valore a ogni singola parte.La risposta, nel complesso, è positiva: in Lombardia, sede di numerose strutture di eccellenza, il tumore della mammella viene trattato secondo gli standard di riferimento internazionali. Alcune disomogeneità emergono quando si considera come vengono seguite le pazienti nel follow up. Tale variabilità tuttavia può essere spiegata sulla base della specificità dei casi, ma può essere interpretata anche come l'evidenza di diversi approcci nei reparti e tra professionisti dell'ospedale.
Con il lavoro svolto si è dunque voluto misurare le performance del Sistema, ma anche (e soprattutto) fornire un opportuno strumento per migliorare costantemente l'appropriatezza delle cure.

(tratto da www. sanita.regione.lombardia.it)

DI SEGUITO TROVERETE IL MODULO PER PROPORRE LA VOSTRA CANDIDATURA. PARTECIPATE NUMEROSI, E TENETEVI AGGIORNATI ANCHE SUL NOSTRO SITO WWW.IPASVICOMO.IT

SCHEDA DI CANDIDATURA PER RINNOVO CARICHE TRIENNIO 2015/2017

Cognome

Nome

Data e luogo di nascita

Iscritto al Collegio Ipasvi di Como dal al numero

Qualifica: ☐ INF. ☐ AS ☐ VI/INF.PED.

Sede di lavoro

recapito telefonico e-mail

Esperienze professionali e/o formative significative

_____

_____

_____

Specificare se intende candidarsi nel:

☐ consiglio direttivo

☐ collegio dei revisori dei conti

firma _____

INVIARE LA SCHEDA A:
COLLEGIO IPASVI VIALE C.BATTISTI,8 22100 COMO
TEL.031/300218 FAX. 031/262538
E.mail: info@ipasvicomo.it - PEC: como@ipasvi.legalmail.it

INFORMATIVA SULLA PRIVACY
La informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche e integrazioni, i dati e le informazioni richieste verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi dei riservatezza e sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuale ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti il rinnovo delle cariche nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.
Il titolare del trattamento è il Collegio IPASVI di Como, viale C.Battisti,8. Il responsabile del trattamento è il presidente pro-tempore dell'Ente.
AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI
Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.lgs n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente autorizza il trattamento dei dati personali.

Data _____ Firma _____

Emanuele Scifo, l'infermiere che lotta contro il tempo per un trapianto

20/03/2014 - La Federazione Ipasvi si è dichiarata disponibile a fornire un contributo di solidarietà pari a 10.000 euro nei confronti di un iscritto di Battipaglia che nei giorni scorsi ha fatto pervenire un appello pubblico che sottoponiamo alla vostra attenzione.

La Federazione nazionale Collegi Ipasvi si è dichiarata disponibile a fornire un contributo di solidarietà pari a 10.000 euro nei confronti del collega Emanuele Scifo, che nei giorni scorsi ha fatto pervenire questo appello pubblico, che sottoponiamo (previo suo consenso) alla vostra attenzione.

L'IBAN, per chi volesse contribuire, è il seguente: IT27B0101076094100000000456

On line è attivo anche un blog dedicato su Facebook, all'indirizzo: http://www.facebook.com/pages/Diamo-una-speranza-di-vita-ad-Emanuele/663730083690557?fref=ts

IL TESTO INTEGRALE DELLA LETTERA GIUNTA IN FEDERAZIONE

"Con la presente voglio portare il mio caso alla Vostra attenzione. Il mio nome è Scifo Emanuele INFERMIERE PROFESSIONALE REGOLARMENTE ISCRITTO AL COLLEGIO DI SALERNO, nato a Battipaglia (SA) IL 4/12/1980. Da circa 9 anni combatto con una patologia assai rara, la CIPO (Pseudo Ostruzione Cronica Intestinale). Purtroppo dopo una serie di interventi chirurgici mirati a rallentare l'evoluzione della patologia, interventi demolitivi a livello dell'apparato digerente, la Struttura presso la quale sono stato seguito e tutt'ora vengo assistito, il Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna, ha dovuto prendere una decisone estrema. Sono stato infatti inserito in una lista per essere sottoposto ad un Trapianto Multiviscerale che, sebbene sia molto rischioso, potrebbe migliorare la mia condizione di vita, visto che ormai sono in uno stato di decadimento fisico (peso circa 44 kg per 170 cm). La terapia conservativa, la Nutrizione Parenterale Totale (Infusione di 12 h/die di nutrienti e oligoelementi), non dà i risultati attesi. Proprio questo fatto rende più urgente il trapianto, perché maggiore sarà il mio decadimento in fase di arrivo al trapianto, minori saranno le possibilità di guarigione. La mia equipe, dopo un anno di iscrizione effettiva in lista, a seguito dell'aggravarsi del mio stato mi ha prospettato la possibilità di recarmi presso il Jackson Memorial Hospital di Miami, dove interventi come quello che dovrei subire io, sono senza dubbio più frequenti e la tempistica è più breve. Purtroppo in Europa mancano altri Centri per interventi di questo tipo per pazienti adulti mentre molti ce ne sono per neonati e pazienti pediatrici. Chiaramente ho preso i primi contatti con la Struttura e con il Chirurgo che dovrebbe seguirmi a Miami. Il Dr. Rodrigo Vianna, mobilitatosi subito, mi ha fatto contattare dalle strutture di riferimento con dei preventivi. La spesa è imbarazzante, circa un milione di dollari, ma viste le mie condizioni e la consapevolezza che questa è la mia ultima possibilità, visto che in Italia la politica della donazione degli organi non garantisce tempi accettabili per un trapianto mono-organo, figuriamoci per un multiviscerale, ho deciso di provarci. A tale scopo ho creato un progetto su un blog (Una Lotta Contro Il Tempo) dove ho intrapreso una raccolta fondi, raccontando la mia storia e chiedendo un sincero aiuto a tutti e per chi vorrà aiutarmi anche con un piccolo contributo potrà sostenere la mia battaglia".

S. Pasqua 2014

"Pietro e Giovanni corrono al Sepolcro", 1898, di Eugene Burnand, Parigi, Musée d'Orsay

Presidente, Consiglio Direttivo, Revisori dei conti e Personale Amministrativo augurano Buona Pasqua.

Il brano di vangelo a cui questo dipinto rimanda è Giovanni 20 che narra la corsa dei discepoli Pietro e Giovanni al sepolcro la mattina di Pasqua.
Giovanni è il più giovane dei due; un viso pulito, giovanile, senza barba; uno sguardo penetrante, puntato in avanti, alla ricerca di qualcosa, arso dal desiderio di trovarla.
Le labbra semichiuse, le mani giunte, il vestito bianco con cappuccio simile al camice dei celebranti per le funzioni liturgiche ci dicono l'intensità della preghiera di Giovanni ossia del suo rapporto personale con Gesù.
Pietro è leggermente più indietro di Giovanni. Il motivo dovrebbe essere a questo punto chiaro; la fronte è corrugata, le sopracciglia inarcate, barba irsuta segno di età matura, i capelli scarmigliati dal vento.
Si sta interrogando, ma i suoi occhi non guardano in un punto preciso: in lui è rimasto un vuoto da colmare.
Aveva per Gesù un attaccamento appassionato, irruento ed intenso; perciò anche sofferto ma tendente ad esprimersi in modo possessivo e violento.
Il suo volto rivela inquietudine, angoscia, incredulità, sorpresa inaspettata.
Le sue mani sono eloquenti: quelle di Giovanni sono giunte mentre Pietro con la mano destra tiene il mantello e con l'indice sinistro indica la terra, i passi che sta compiendo di corsa.

Questo dipinto nel forza realistica della sua immagine testimonia che all'inizio del cristianesimo non c'è una intuizione perspicace, una geniale teoria, una autosuggestione, una elaborazione consolante di un mito o una esperienza psicologica ma solo un fatto, concreto, sperimentabile. Solo la solidità di un fatto poteva coinvolgere gli apostoli in un'avventura di annuncio del vangelo di Gesù fino al martirio trasformandoli da persone deluse in uomini coraggiosi.
(tratto da www.parrocchiamilanino.it – modificato)