

*in*fermiere oggi

Anno XV - N. 1 - Gennaio-Marzo 2005 - Tariffa Associazioni Senza Fini di Luoro: Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB Roma



periodico di idee, informazione e cultura del Collegio Ipasvi di Roma

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma

Direzione - Redazione - Amministrazione

Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

DIRETTORE RESPONSABILE

Gennaro Rocco

SEGRETERIA DI REDAZIONE

**Nicola Barbato, Stefano Casciato, Mario Esposito,
Matilde Napolano, Carlo Turci**

COMITATO DI REDAZIONE

Bertilla Cipolloni, Rodolfo Cotichini, Maurizio Fiorda,
Maria Vittoria Pepe, Francesca Premoselli,
Maria Grazia Proietti, Ausilia M.L. Pulimeno,
Emanuela Tiozzo, Marco Tosini.

Rivista trimestrale gennaio/marzo 2005
Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.
- Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 90
del 09/02/1990

FOTO: MARIO ESPOSITO

STAMPA: GEMMAGRAF EDITORE
00193 Roma - Lungotevere Prati, 16
Tel. 06 687.98.67 - Fax 06 687.52.70
e-mail: info@gemmagraf.191.it



ASSOCIATO
ALL'UNIONE
STAMPA
PERIODICA
ITALIANA

Finito di stampare: Giugno 2005

Tiratura: 25.000 copie

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi.

Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.

Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo. Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al"; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale.

Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

Rubriche

1 EDITORIALE

di Gennaro Rocco

3 DAY SURGERY IN CHIRURGIA

PLASTICA E RICOSTRUTTIVA:
GESTIONE ED ORGANIZZAZIONE
INFERMIERISTICA

15 ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI

Roma, 18 Marzo 2005
Relazione del Presidente

35 SERVIZIO BIBLIOTECARIO

IPASVI ROMA

39 La Wound Bed Preparation

49 La residenza sanitaria assistenziale e il ruolo dell'infermiere nell'équipe multidisciplinare un confronto aperto

54 Ambulatori infermieristici

nel I° distretto
dell'azienda Usl RMD

57 Linea diretta con il Presidente

59 Infermieri in rete

60 L'angolo dei media

62 L'avvocato dice...

L'obiettivo della quarta U

di Gennaro Rocco

Il passato, con le sue frustrazioni e i suoi successi; il presente, con le conquiste negate e le battaglie per concretizzarle. Ma il futuro? Quale sarà il futuro per gli infermieri? In che contesto si troveranno ad operare e in quale sistema sanitario?

Il Collegio IPASVI di Roma è immerso nel dibattito sul futuro dei servizi sanitari e dell'assistenza. E' un tema cruciale che, inevitabilmente, non si misura più sul piano interno ma in ambito internazionale. Un fatto forse scontato, visto che, come poche altre professioni al mondo, quella infermieristica ha in sé una vocazione internazionale, priva di confini, globalizzata e globalizzante nei suoi aspetti tecnici, scientifici, culturali, etici.

In una fase storica in cui il confronto pare tutto concentrato sugli aspetti economici della sanità, sulla sua gestione contabile, con il criterio della "cassa" che prevale sistematicamente sulla centralità del cittadino, è doppiamente importante che gli infermieri si facciano sentire e vedere. Come a ribadire che ci siamo e vogliamo dire la nostra sulla base dei principi e dei valori che ispirano la nostra professione; principi di universalità e solidarismo che pervadono il concetto stesso di assistenza.

Questa è la nostra bandiera! E poi la prova del campo, o forse si potrebbe



dire della "trincea" quotidiana, il contatto diretto e stretto che abbiamo con il destinatario del servizio, non già un semplice utente ma una persona nella sua complessità.

Il nostro contributo è prezioso per tutti; deriva dall'esperienza diretta e da valori deontologici profondi. Siamo pronti a fornire competenze importanti per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, ad indicare modelli organizzativi avanzati improntati all'efficienza, consapevoli che per rendere prestazioni appropriate è anche necessario evitare sprechi e dispersioni di risorse, di strumentazioni, di tecnologie, di personale. Lo stiamo facendo quanto più possibile, in ogni occasione, in collaborazione con i colleghi di molti altri Paesi.

E' l'unione la nostra carta vincente, la capacità di dimostrare l'unitarietà e l'unicità della professione infermieristica. La nascita della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche (FEPI) è un passaggio determinante del processo che invociamo. A un anno dalla sua costituzione di Roma, può ben dirsi che l'approdo è guadagnato e che va ora consolidato e sviluppato. L'approdo di un lungo cammino, iniziato timidamente molti anni fa, sviluppato attraverso lo scambio di esperienze, di visite, con un'intensa attività di ricerca e viaggi di studio, non

sempre lineare, non priva di difficoltà e reciproche diffidenze.

Lo scambio intenso con i colleghi dell'Unione Europea ci ha consentito di conoscere i diversi sistemi sanitari nazionali e di poter giungere a una sintesi efficace degli obiettivi e delle strategie che possano fare della FEPI la vera casa comune degli infermieri europei. E' la nascita del primo nucleo professionale infermieristico a livello continentale, destinato a coinvolgere e aggregare i colleghi di tutti gli altri Paesi dell'Unione. Ed è gratificante per il Collegio di Roma il grande rilievo assunto in seno alla Federazione con l'elezione nel Consiglio direttivo del suo presidente, quale riconoscimento per l'azione di promozione e stimolo e per il lavoro svolto.

Il confronto sul piano internazionale suggerisce continuamente nuovi spunti di collaborazione e di ricerca. E' il caso del progetto attivato con un gruppo di università canadesi su un'area finora mai indagata in Italia: l'area del "near misseas". Lo scopo è far luce sulle condizioni ambientali che possano determinare situazioni di rischio per i fruitori della prestazione e per gli stessi operatori. La ricerca coinvolge una decina di ospedali romani; capofila del progetto è l'Università di Toronto, mentre al Collegio IPASVI di Roma è affidato il

coordinamento della ricerca a livello italiano.

E poi l'intensa attività di confronto internazionale attraverso visite e scambio di esperienze professionali, con i viaggi-studio in primo piano, capaci come sono di favorire contatti personali e umani prima ancora che professionali con i colleghi altri Paesi. Dopo le straordinarie esperienze vissute in quasi tutti i Paesi dell'Unione Europea, in Canada e Usa, ci siamo tuffati quest'anno nell'emisfero opposto per misurarci con colleghi che certamente vivono una condizione ben diversa dalla nostra. E' con questo spirito che abbiamo organizzato il viaggio-studio nelle strutture sanitarie del Brasile, certi di poterne trarre informazioni ed emozioni importanti per proseguire sulla via dell'unificazione della professione su scala mondiale.

Un percorso, questo, mai apparso così praticabile come oggi, con la consapevolezza finalmente diffusa del valore del confronto, nell'interesse di una professione che per sua natura non ha confini.

L'obiettivo è alla portata degli infermieri. Alle tre "U" che tratteggiano i contorni della nostra professione, Unicità, Universalità, Umanità, possiamo aggiungere una quarta, determinante: quella dell'Unione.

in pillole

IL VIAGRA DEL CUORE

Il Viagra potrebbe aiutare chi ha un cuore dilatato a causa dell'ipertensione. Lo indica una ricerca condotta su animali della Johns Hopkins University e pubblicata su "Nature Medicine". I ricercatori, guidati da David A. Kass, stanno ora tentando di stabilire se il farmaco anti-impotenza possa avere ri-

sultati simili anche negli esseri umani. Il Viagra o sildenafil citrato è stato approvato ufficialmente per il trattamento delle disfunzioni erettili, ma in laboratorio sarebbe riuscito a bloccare e addirittura a rovesciare l'ingrossamento cardiaco di cavie in ipertensione provocata. La scoperta suggerisce nuove possibili terapie per il trattamento dell'ipertrofia cardiaca.

DAY SURGERY IN CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA: GESTIONE ED ORGANIZZAZIONE INFERMIERISTICA

Marco Romani

La Chirurgia Plastica e Ricostruttiva si prefigge lo scopo di ridare un aspetto normale a quei pazienti che per vari motivi sono portatori di alterazioni o deformità e più in generale, ottenere un miglioramento estetico del corpo umano; per questo viene definita anche Chirurgia Estetica, branca specialistica che negli ultimi anni ha avuto un notevole incremento.

L'evoluzione delle tecniche ricostruttive prevede l'uso di strumenti sempre più sofisticati e tecniche operatorie originali e innovative che offrono maggiori garanzie di successo nella ricostruzione degli inestetismi.

E' stato ipotizzato che la chirurgia plastica e ricostruttiva ripristinando una accettabile immagine corporea contribuisce al recupero dell'auto-stima, che è essenziale per il benessere psico-fisico di ogni individuo.

A causa della sua stretta relazione con l'integrità psico-sociale dell'individuo, la chirurgia plastica è stata infatti anche definita chirurgia della psiche.

La grande varietà di difetti sia congeniti che acquisiti, i problemi di carattere estetico, la diversità delle tecniche operatorie e le reazioni psicologiche degli utenti offrono una vasta gamma di esperienza di apprendimento e di impegno professionale per il personale infermieristico preposto all'assistenza sia negli interventi chirurgici di elezione, in urgenza che in day surgery.

La richiesta di prestazioni chirurgiche

in regime di day surgery è andata aumentando negli ultimi anni, questo fenomeno è da attribuire a diversi fattori:

- ❖ La possibilità di effettuare interventi e procedure caratterizzate da minore invasività;
- ❖ Il miglioramento delle tecniche anestesiolgiche;
- ❖ La maggiore informazione dei cittadini-utenti;
- ❖ L'invecchiamento della popolazione che comporta un incremento della domanda di interventi in regime ambulatoriale;
- ❖ La necessità di ridurre il tempo di ospedalizzazione per diminuire i costi di gestione.

L'organizzazione e la gestione infermieristica del day surgery è pertanto da considerarsi un aspetto di primaria importanza nel bagaglio culturale di ogni infermiere; verrà presa in considerazione, in misura prevalente, l'organizzazione infermieristica del day surgery espletata in una struttura complessa di chirurgia Plastica e Ricostruttiva con particolare riferimento all'esperienza personale.

Tale attività, quando è espletata in un reparto di cura, deve tener presente dal punto di vista organizzativo e gestionale una serie problematiche, di costi di gestione, di personale infermieristico, di turnover e di assistenza agli utenti, di acquisto, preparazione e manutenzione dello strumentario, dei presidi e dell'approvvigionamento del materiale in genere.

L'attività di ricovero in day surgery deve prevedere;

1. un efficiente servizio di segreteria e di prenotazione;
2. l'informazione completa sulle modalità e sulle procedure di ricovero;
3. la distribuzione di un questionario anamnestico per la rilevazione di patologie, interventi ed allergie note all'utente;
4. la visita di chirurgia plastica ed il consenso informato all'esecuzione dell'intervento o di procedure invasive;
5. la visita anestesiologicala con la programmazione di esami clinici laddove sono necessari;
6. l'informazione completa sulle modalità di ricovero e degenza;
7. l'informazione sulle norme dietetiche e terapeutiche da seguire prima dell'intervento e su azioni specifiche (preparazione intestinale, tricotomia, ecc.);
8. l'organizzazione della lista operatoria e dei tempi di occupazione della sala operatoria;
9. l'approvvigionamento e la conservazione dello strumentario chirurgico, delle apparecchiature biomediche, del materiale chirurgico e dei vari presidi, l'inventario del materiale, delle dotazioni di sala operatoria e la manutenzione ordinaria e straordinaria degli strumenti ed apparecchiature;
10. l'assistenza perioperatoria che inizia con l'accesso dell'utente nell'area operatoria e termina quando il malato viene accompagnato nell'area di degenza;
11. l'assistenza durante il decorso post-operatorio e nei casi che richiedono una notte di ricovero (One Day Surgery);
12. la gestione informatizzata di tutta l'attività in day surgery, dalla prenotazione alla dimissione; la gestione delle liste di attesa ed il carico e scarico dei materiali utilizzati;
13. le procedure di dimissione ed il follow-up per medicazioni, il controllo per complicazioni, le risposte di esami cito-istologici, ecc.;
14. la continua verifica dei livelli di gradimento degli utenti mediante questionari anonimi.

L'attività di chirurgia plastica in day surgery può essere espletata in una struttura complessa quando gli ambienti sono idonei ad esercitare l'attività di segreteria e la struttura è provvista di spazi di attesa e di letti di degenza dedicati ed ubicati in prossimità dell'area operatoria.

La struttura deve essere provvista di strumentario ed apparecchiature specifiche (microscopio, dermatomo, tavolo operatorio di Boyes-Parker, lipoaspiratori, lampada di Wood, ecc.), sono queste le prerogative per lo svolgimento dell'attività in day surgery della chirurgia plastica completa e remunerativa.

Quando l'attività di day surgery viene svolta nell'U.O.C. di chirurgia plastica, anziché in una struttura dedicata, si ha un minor costo gestionale in quanto è possibile utilizzare il personale infermieristico che è adibito all'attività chirurgica ordinaria e la sala operatoria dove normalmente viene svolta l'attività ordinaria con strumentario specialistico in dotazione.

Il minor costo deriva anche dalla migliore programmazione ed occupazione degli spazi operatori, dell'attività chirurgica e dalla flessibilità della struttura a rispondere alle richieste dell'utenza che porterà, in breve tempo, all'abbattimento di liste operatorie.

Al contrario quando la struttura di chirurgia plastica non è dotata di una propria sala operatoria è necessario accedere ad una struttura autonoma che può essere dedicata esclusivamente al day surgery o ad una struttura condivisa da più reparti chirurgici.

In tal caso però l'attività in day surgery può essere limitata in quanto non sempre potranno essere espletate procedure ed interventi che richiedono l'uso di apparecchiature, strumentario e materiali specialistici di cui è dotata una struttura complessa di chirurgia plastica.

Inoltre dovendo sottostare a precise regolamentazioni il modello organizzativo risulta meno flessibile e comporta una maggiore dispersione di risorse.

Occorre inoltre considerare che il personale infermieristico della sala operatoria di chirurgia plastica ha una prepa-

razione tecnica specialistica polivalente che permette di prestare una competente assistenza chirurgica specialistica.

Nella attuale realtà, il modello organizzativo caratterizzato dalla piena integrazione fra struttura ospedaliera ed ambulatoriale permette di erogare interventi e procedure con ricovero in day surgery od ordinario a seconda delle necessità cliniche.

L'attività erogata nella struttura complessa di chirurgia plastica offre l'opportunità, in caso di necessità di poter convertire il ricovero da day surgery in regime ordinario o "a ciclo breve" o viceversa.

E' indubbio il vantaggio che scaturisce dalla possibilità di agire con flessibilità rispondendo alle esigenze dell'utenza e di particolari situazioni cliniche; quando l'attività ambulatoriale di chirurgia plastica è integrata nell'attività ospedaliera ordinaria è possibile offrire anche una maggiore tipologia di interventi ed una migliore qualità di prestazioni e di assistenza.

Occorre tuttavia verificare continuamente la reale efficienza del servizio (gestione delle risorse, procedure ed interventi erogati, costi, liste di attesa, risultati, numero, qualità e professionalità del personale infermieristico, ecc.).

CHIRURGIA PLASTICA EFFETTUABILE IN REGIME AMBULATORIALE E IN DAY SURGERY

Interventi praticabili in regime ambulatoriale (qualsiasi ambulatorio)

Per quanto riguarda il regime ambulatoriale, è evidente che si tratta di interventi di relativa facile esecuzione, non eccessivamente impegnativi per l'operatore e per il paziente, essi sono:

- Biopsie incisionale o escissionale;
- Asportazioni di neoformazioni cutanee di piccole dimensioni;
- Asportazione di cisti sebacee;



- Diatermocoagulazione di angiomi stellati;
- Trattamento di verruche;
- Asportazione chirurgica di piccoli tatuaggi;
- Correzione delle fissurazioni dei lobi auricolari;
- Toilette chirurgica di piccole ustioni;
- Innesto di tessuto adiposo "lipofilling";
- Peeling chimico; Autotrapianto di capelli;
- Trattamento di cheloidi; -Laserterapia.

Interventi praticabili in regime ambulatoriale (ambulatori protetti)

Per ambulatori protetti si intende quando questi sono ubicati dentro una struttura ospedaliera:

- Ricostruzione del complesso areolo-capezzale;
- Lipoaspirazione circoscritta;
- Dito a scatto;
- Correzione di retrazioni cicatriziali della mano e dita.

Interventi praticabili in day surgery

- Asportazione di tumori cutanei di media dimensioni;
- Blefaroplastica ecantoplastica;
- Mentoplastica;

- Lifting del volto;
- Dermolipectomia addominale;
- Mastoplastica additiva e riduttiva;
- Mastopessi; -Otoplastica;
- Lipoaspirazione;
- Lifting delle cosce;
- Aponevrectomia mano e piede;
- Sindrome tunnel carpale;
- Neurolisi; Termolisi;
- Trasferimenti tendinei;
- Interventi per sindattilie;
- Interventi di intasamento e disintasamento;
- Inserimento di protesi articolari, di Hunter e di espansori cutanei;
- Correzione di cicatrici con innesto di cute, plastica a zeta o lembi locali;
- Ostiotomie falangi e metacarpi;
- Riduzione e contenzione di fratture della mano e del piede;
- Correzione dito a martello;
- Asportazione di cisti tendinee e di tumori gigantomocellulari;
- Innesti tendinei, ossei e nervosi;
- Correzione di retrazioni capsulari dopo inserimento di protesi mammarie;
- Rimodellamento di lembi e trapianti;
- Sinovectomie;
- Amputazione delle dita della mano e del piede.

ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE DI DAY SURGERY

Un centro di chirurgia ambulatoriale autonomo definito "freestanding center" è normalmente costituito da uno staff che prevede la presenza di un amministratore, di un direttore medico, coadiuvato da uno o più specialisti in rapporto al volume di lavoro svolto, un anestesista, un infermiere di anestesia, un caposala o coordinatore del personale infermieristico di sala operatoria, il personale infermieristico di sala ed una strumentista.

Ogni categoria dovrebbe essere ottimizzata in rapporto all'attività svolta in day surgery in modo da ottenere il massimo rapporto costo-benefici.

Considerando un'attività chirurgica espletata per otto ore al dì per cinque giorni alla settimana, una sala operatoria di chirurgia ambulatoriale dedicata può gestire circa 1500 casi l'anno.

Il numero tuttavia risulta variabile in rapporto alla complessità delle attività erogate ed alla efficienza della struttura.

Quando l'attività di day surgery si svolge nella struttura complessa di chirurgia plastica il responsabile medico è rappresentato dal direttore della struttura e quello infermieristico può essere il caposala del reparto, un responsabile delegato o un caposala dell'area operatoria.

E' ovvio che la figura dell'infermiere responsabile delle attività di day surgery dovrebbe avere un bagaglio culturale e di esperienza nelle varie branche della chirurgia plastica e seguire un iter di aggiornamento professionale continuo.

Al responsabile è inoltre richiesto la conoscenza degli aspetti organizzativi, gestionali, economici, di approvvigionamento dei materiali ed una particolare competenza degli strumenti e delle apparecchiature che vengono utilizzate negli interventi e procedure di day surgery; una tale figura di infermiere può coadiuvare con professionalità l'attività organizzativa del dirigente del day surgery.

Per ridurre i costi di gestione è inutile affiancare al personale infermieristico la figura di un amministrativo che curi le attività burocratiche connesse con lo svolgimento del day surgery. Questo perché il personale amministrativo dovrebbe conoscere le varie problematiche assistenziali e una cultura orientata verso l'area sanitaria chirurgica specialistica.

E' preferibile pertanto che le funzioni amministrative del day surgery siano espletate dal responsabile infermieristico dell'area operatoria che deve essere in grado di comunicare con i centri di gestione ospedaliera.

Gli infermieri che operano nel day surgery dovrebbero acquisire conoscenze ed esperienze in modo da espletare con competenza nelle diverse aree di azione: segreteria, sala operatoria, area di assistenza perioperatoria e post-operatoria, follow-up ed ambulatorio chirurgico specialistico; all'infermiere è richiesta una esperienza completa, l'aggiornamento permanente e la necessità di alternarsi nelle varie man-

sioni in base alle esigenze.

E' auspicabile lo sviluppo di un approccio di gruppo alle varie problematiche ed ai vari settori di intervento avendo presente che il paziente rappresenta il punto iniziale e finale di ogni azione sanitaria esercitata in una struttura complessa di chirurgia plastica.

Il nodo debole del sistema di attività di day surgery svolto nella struttura complessa di chirurgia plastica risiede nel fatto che il paziente, in poche ore, assorbe moltissime risorse in quanto tutte le azioni svolte che vanno dal ricovero, all'intervento, all'immediato controllo post-operatorio, alle procedure di dimissione si svolgono in pochissimo tempo.

E' quindi necessario che il personale infermieristico lavori con il concetto di gruppo e possa avvicinarsi nelle varie mansioni a seconda delle esigenze.

Qualora questo non sia possibile il day surgery esercitato nel reparto di cura può solo incrementare i problemi di ordine organizzativo e gestionale normalmente presenti in una struttura ospedaliera.

RUOLO DELL'INFERMIERE RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI DAY SURGERY

L'infermiere responsabile del servizio di day surgery ha mansioni di gestione, di organizzazione, di controllo, di stesura delle note operatorie in integrazione con il direttore dell'U.O.C., di corretta tenuta della cartella clinica di day surgery fino alla dimissione ed al controllo ambulatoriale post-ricovero.

Inoltre sovrintende all'acquisto dello strumentario e del materiale e alla sua conservazione e manutenzione.

L'infermiere responsabile gestisce il personale infermieristico da cui è coadiuvato nel lavoro di segreteria per la prenotazione degli interventi e le procedure in day surgery ed indirizza gli utenti all'esecuzione degli esami e delle visite in regime di pre-ospedalizzazione.

L'infermiere responsabile consegna all'utente il materiale informativo sulle procedure a cui deve essere sottoposto spiegando la possibilità di poter convertire il ricovero laddove si verificano eventuali complicazioni.

Questa precisazione permette all'utente di affrontare il regime di day surgery in maniera tranquilla non sentendosi necessariamente "dimesso" in presenza di situazioni od eventi particolari. L'infermiere responsabile mantiene i contatti con il servizio di anestesia per eventuali comunicazioni inerenti lo stato di salute del paziente o per l'esecuzione di esami diagnostici supplementari richiesti dal medico anestesista.

La data dell'intervento viene concordata dopo il consenso anestesiológico in modo da evitare il problema di rinvii anche se i pazienti sottoposti ad interventi in day surgery rientrano, nella maggior parte, nelle classi ASA 1-2.

L'infermiere addetto fornisce all'utente la scheda per l'accettazione al ricovero che utilizzerà la mattina stessa dell'intervento e preciserà l'ora in cui dovrà presentarsi in reparto con un'accompagnatore.

Dopo l'esecuzione dell'intervento il paziente viene accompagnato nella stanza di degenza e sorvegliato dal personale addetto al day surgery nei vari parametri clinici, nelle infusioni di liquidi e nel ripristino del grado di autonomia relativo alle funzioni vitali qualora sia stata effettuata un'anestesia che comporti un impegno maggiore.

L'infermiere responsabile concorderà con l'ambulatorio divisionale la data di controllo per la rimozione di eventuali punti di sutura o per il semplice controllo post-operatorio e fornirà al paziente la lettera di dimissione, in cui viene indicata la patologia trattata, le procedure trattate, i controlli e le terapie consigliate da consegnare al medico di famiglia, che interverrà in maniera mirata laddove sia correttamente informato.

Il paziente sottoposto a procedure che prevedono una risposta cito-istologica ritirerà la refertazione in data concordata con l'infermiere responsabile in modo che la risposta sia vagliata dal direttore dell'U.O.C. per eventuali provvedimenti clinico-terapeutici.

La dimissione ed il follow-up presuppongono la conoscenza, da parte del personale del day surgery, dell'entità della patologia trattata e degli eventuali

protocolli di terapia da seguire perché il paziente non venga abbandonato a se stesso, ma possa trovare una risposta efficace alle proprie necessità; è questo il caso degli utenti trattati in day surgery per patologia neoplastica, che necessitano di un trattamento aggiuntivo di chemio-immunoterapia.

COSTI DI GESTIONE

E' stato calcolato che interventi di chirurgia ambulatoriali presentano un costo più basso quando sono erogati in strutture autonome; occorre tuttavia considerare che:

- ❖ i costi per costruire una struttura ambulatoriale autonoma sono considerevoli;
- ❖ il numero dei pazienti di chirurgia plastica che possono essere trattati in day surgery non rappresentano che una piccola parte di tutta la casistica clinica;
- ❖ la chirurgia plastica e ricostruttiva utilizza apparecchiature dedicate (microscopio, tavolo operatorio di Boyes-Parker, lipoaspiratori, lampada di Wood, ecc.) di cui è dedicata una struttura complessa;

I costi di gestione del day surgery esercitato nella struttura complessa di urologia devono tener conto del personale necessario allo svolgimento dell'attività, delle dotazioni che erogano il servizio, della tecnologia avanzata, del materiale di consumo, della manutenzione ordinaria e straordinaria degli strumenti chirurgici e delle apparecchiature che vengono però utilizzate anche per i pazienti che sono sottoposti ad interventi con ricovero ordinario.

Per quanto riguarda le dotazioni dell'area operatoria un assiduo controllo dell'inventario permetterà di avere un quadro preciso della situazione e di prevenire ordini in eccesso.

Si ridurranno anche in tal modo gli spazi per lo stoccaggio del materiale e sarà più agevole controllare la scadenza.

Riducendo lo stoccaggio potrà essere più facilmente eliminato il materiale obsoleto o non più utilizzato.

Per lo strumentario è necessaria una cura continua ed una accurata manuten-

zione del materiale d'uso corrente per assicurarne una vita media più lunga e quindi un minor costo di esercizio.

TURNOVER DEI PAZIENTI

Ogni intervento chirurgico che può essere erogato in regime di day surgery ha un suo tempo operatorio che varia in base al tipo di chirurgia (plastica, ricostruttiva, estetica, ecc.).

Se l'attività di day surgery fosse esercitata in una struttura autonoma che lavora per otto ore al giorno per 5 giorni alla settimana e per 50 settimane, considerando un cambio paziente di 10 minuti (tempo stimato in una struttura efficiente) ed un tempo di preparazione di 30 minuti è stato calcolato che possono essere eseguiti 8 interventi al giorno per un totale di 1500 interventi all'anno con una occupazione di sala di otto ore.

Quando il day surgery viene esercitato in una struttura complessa di chirurgia plastica il numero dei pazienti che può essere trattato è indubbiamente inferiore, in quanto dovremo considerare il numero dei letti disponibili per tale attività, che è in funzione della domanda per questo tipo di prestazioni, e la disponibilità della sala operatoria tenendo presenti anche le attività chirurgiche in ricovero ordinario.

Il numero delle prestazioni può comunque essere incrementato considerando gli spazi adibiti all'attesa ed il numero di posti letto dedicati al day surgery. Infatti per gli utenti che sono sottoposti ad interventi con ricovero diurno si può prevedere un tempo di recupero, prima della dimissione, di circa 60 minuti per le procedure più semplici e 6-8 ore per le prestazioni di livello superiori.

Nei casi in cui preveda una notte di ricovero il paziente viene dimesso nelle 23 ore successive.

INFORMATIZZAZIONE DELLE PROCEDURE

La gestione delle informazioni relative ai trattamenti in day surgery avvengono con metodologia computerizzata.

A tal proposito utilizziamo un data base relazionale (*File Marker Pro* per

Windows) che ha una struttura molto semplice e prevede, per ogni *record*, formati multipli.

Il data base può funzionare in rete e consente la rapida immissione delle informazioni. All'occorrenza può essere ampliato permettendo di aprire nuovi campi per l'immissione di dati che non erano stati previsti nell'analisi iniziale.

Le informazioni che vengono registrate comprendono i dati anagrafici dell'utente, la diagnosi, l'intervento o la procedura erogata in day surgery (DS), one day surgery (ODS), o con accessi multipli e la tipologia del trattamento chirurgico.

Il programma prevede la stampa di informazioni di ordine generale da consegnare agli utenti il servizio e di un questionario anamnestico che deve essere compilato e firmato dal paziente e si conclude con la convalidazione del chirurgo plastico all'intervento, l'assenso dell'anestesia ed il consenso informato.

Il data base gestisce le liste di attesa, il calendario degli interventi in DS/ODS, la

proposta di ricovero per attività diagnostiche o terapeutiche e lo schema di preparazione all'intervento.

Nel data base viene registrata la scheda operatoria con la descrizione dell'intervento o della procedura.

E' prevista inoltre la stampa della lettera di dimissione, dei controlli ambulatoriali e di un questionario anonimo atto a verificare la qualità del servizio.

Le procedure computerizzate vengono avviate quando l'utente raggiunge la segreteria del reparto con la proposta di ricovero effettuata da parte del medico curante, di uno specialista esterno o della struttura.

ATTIVITA' RIVOLTE AL PAZIENTE

Il paziente rappresenta il punto iniziale e finale di ogni azione sanitaria esercitata in una struttura complessa di chirurgia plastica e ricostruttiva.

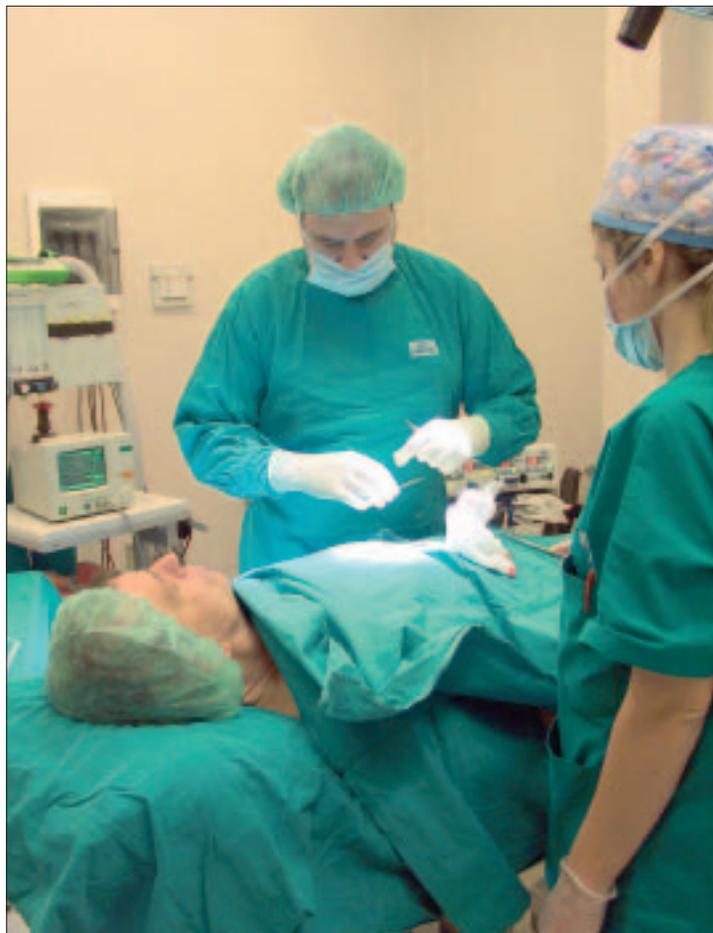
I rapporti con gli utenti non possono essere solo di natura tecnica, ma devono essere improntati primariamente nel creare un rapporto di fiducia verso la struttura ed il personale che eroga le prestazioni in day surgery.

Molto spesso accade che la fiducia non riposta o non meritata genera contestazioni ed inutili discussioni.

E' necessario che chi mantiene i rapporti con il paziente svolga il suo lavoro con gentilezza, professionalità e particolare competenza sulle problematiche del day surgery; all'infermiere, viste le particolari problematiche dei pazienti di chirurgia plastica e ricostruttiva sono inoltre richieste: creatività, curiosità, intuito e la capacità di comprendere la psiche umana.

Attività di segreteria e prenotazione

L'attività di segreteria e prenotazione devono essere effettuate da personale competente che sia in grado di valutare la tipologia degli interventi e delle procedure ed abbia una approfondita cono-



scenza delle prestazioni erogate dalla struttura in regime di day surgery.

E' ovvio che il centro di prenotazione non può far altro che rimandare alla segreteria della struttura complessa di chirurgia plastica la valutazione delle richieste di prestazioni onde evitare disinformazione e l'avvio di procedure che non potranno avere esito favorevole.

E' dunque il personale infermieristico dell'area operatoria, che eroga le prestazioni in day surgery, che si prende cura dell'utente-paziente individuando i percorsi da seguire per espletare le prestazioni richieste.

L'assistenza al paziente inizia in questa fase ed il paziente si sente ben orientato e più predisposto ad affrontare l'iter terapeutico.

Il personale infermieristico una volta verificato che l'utente è psicologicamente idoneo al trattamento in day surgery e che la richiesta di prestazione può essere erogata dalla struttura attiverà il processo.

In primo luogo viene consegnato all'utente un questionario anamnestico "Health Quiz Preescreen" che è tenuto a compilare; l'anamnesi accurata e l'esame obiettivo sono fattori importanti per la valutazione clinica del paziente da cui scaturisce l'opportunità di eseguire esami ematochimici o approfondimenti diagnostici.

Sviluppando questa teoria, permette un notevole risparmio economico e riduce le incombenze sul personale infermieristico.

Visita specialistica di Chirurgia Plastica e Anestesiologica

L'utente che ha accesso alla segreteria di chirurgia plastica per un intervento in day surgery da effettuare in anestesia viene sottoposto a visita chirurgica da cui scaturisce la tipologia dell'intervento da adottare e il tipo di anestesia.

Il paziente viene dunque valutato dallo specialista ed una volta informato sull'intervento a cui sarà sottoposto e sui relativi rischi dovrà firmare il consenso informato.

Nello stesso giorno sarà effettuata la visita anestesologica che dà il via alle procedure o agli eventuali esami che saranno espletati contestualmente; una volta eseguite le visite con i relativi esami il pa-

ziente tornerà alla segreteria che assegnerà la data dell'intervento.

Protocollo di preparazione all'intervento

Il protocollo di preparazione all'intervento indica le istruzioni preoperatorie di ordine generale, le istruzioni per il digiuno, l'assunzione di liquidi, la somministrazione di farmaci, la profilassi antibiotica.

❖ *Istruzioni preoperatorie:*

Le istruzioni comprendono l'ora di arrivo nella struttura e l'ora prevista dell'intervento; il paziente dovrà essere munito di pigiama e ciabatte e dovrà essere informato della possibilità di prolungare il ricovero per una notte.

Un adulto responsabile dovrà farsi carico di accompagnare il paziente a casa dopo l'intervento chirurgico.

Dovranno essere distribuite chiare istruzioni riguardante il digiuno, il comportamento e le cure da effettuare durante il periodo perioperatorio; le informazioni vengono fornite dall'infermiere che fa parte dello staff medico-infermieristico.

❖ *Istruzioni per il digiuno:*

Per quanto riguarda i cibi solidi che abbandonano lo stomaco in un tempo tra le sei e le otto ore, dovendo essere ridotti a cibo semiliquido per poter transitare attraverso il piloro; pertanto nessun cibo solido può essere ingerito entro le otto ore dall'intervento.

Per quanto riguarda l'assunzione dei liquidi, al contrario, è stato dimostrato che può essere effettuata fino a due, tre ore prima dell'intervento.

I pazienti che assumono "liquidi chiari", anche in abbondanza, presentano: minore incidenza di cefalea, minore volume endogastrico ed acidità, minore infusione di liquidi sia durante che dopo l'intervento.

Tra i liquidi chiari possono essere assunti: acqua, succo di mela, thè, caffè, bevande gassate.

❖ *Somministrazione di farmaci:*

Particolare attenzione va posta agli utenti in terapia plurifarmacologica, la somministrazione dei farmaci necessari al

paziente può essere effettuata fino a un'ora prima dell'inizio dell'induzione in mezzo bicchiere di acqua.

Si possono somministrare farmaci la cui sospensione può essere dannosa per il paziente, a tal proposito assumono particolare rilevanza i farmaci antiipertensivi (bloccanti beta-adrenergici, ACE-inibitori, ecc.), i coronarodilatatori, i broncodilatatori, gli anticonvulsivanti, gli antipressivi triciclici, le preparazioni tiroidee, i corticosteroidi.

Tutti questi farmaci possono essere assunti anche la mattina dell'intervento.

Al contrario vengono sospesi i diuretici, l'insulina, anticoagulanti (coumadin, sintrom); l'eparina invece può essere somministrata.

Da valutare anche la sospensione dell'acido acetilsalicilico perché comporta l'allungamento del tempo di sanguinamento.

❖ *Profilassi antibiotica:*

Nel periodo preoperatorio gli antibiotici possono essere utilizzati per la prevenzione della infezione della ferita chirurgica, il giorno dell'intervento viene eseguita la profilassi antimicrobica utilizzando antibiotici a largo spettro quali cefalosporine o fluochinoloni.

Una singola dose somministrata prima della procedura fornisce concentrazioni tissutali adeguate per tutta la durata dell'intervento, successivamente amoxicillina 1,5 gr per os dopo sei ore.

Problemi clinici dopo interventi di chirurgia plastica in day surgery

Le problematiche dopo interventi chirurgici ambulatoriali si differenziano in base alla tipologia dell'intervento chirurgico, e al tipo di anestesia; i problemi riguardano in particolare il sanguinamento, l'infezione e la suppurazione della ferita.



Le complicanze di tipo anestesilogico sono in genere quelle di maggior rilevanza e sono di vario tipo: ritenzione urinaria, cefalea, ipotensione, bradicardia, nausea e vomito.

Criteri di dimissione

Il paziente può essere dimesso dopo un intervento di chirurgia ambulatoriale sotto la responsabilità dell'anestesista e del chirurgo; le condizioni per attuare la dimissione sono:

- Deve essere lucido ed orientato in senso temporo-spaziale e manifestare un recupero dei riflessi vitali nei casi di anestesia maggiore;
- Deve essere in grado di camminare autonomamente;
- Deve essere in grado di urinare spontaneamente;

neamente;

- Non deve presentare dolore eccessivo, nausea e/o vomito, vertigini, ipotensione, andatura instabile, cefalea;
- Deve essere in grado di tollerare i liquidi ed i cibi per os;
- Non deve esserci sanguinamento nell'area operata o altra complicazione inerente l'atto chirurgico;

Per la dimissione è indispensabile che il paziente sia accompagnato al proprio domicilio da un adulto responsabile.

Deve essere fornita la lettera di dimissione con specifiche indicazioni per il periodo post-operatorio, del luogo e del personale a cui rivolgersi in caso di necessità e del numero di telefono della struttura.

In linea generale la maggioranza dei pazienti operati in day surgery per interventi minori può essere dimessa entro un'ora dal termine dell'intervento chirurgico e di una anestesia minore.

In caso di anestesia maggiore l'utente richiede un maggiore monitoraggio clinico.

QUALITA' DELL'ASSISTENZA

Per valutare e monitorare la qualità dell'assistenza la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (1996) suggerisce i seguenti punti:

- Assegnare peculiari responsabilità;
- Delineare gli scopi della cura e delle prestazioni;
- Identificare gli aspetti importanti della cura e delle prestazioni;
- Identificare indicatori correlati agli aspetti importanti della cura e definire linee guida;
- Definire i metodi di valutazione;
- Raccogliere ed organizzare i dati;
- Iniziare la valutazione della cura;
- Prendere iniziative per migliorare la cura e le prestazioni;
- Accettarsi dell'efficacia delle azioni ed assicurarne un continuo miglioramento;
- Comunicare i risultati a soggetti e gruppi di rilevante importanza.

Fra gli indicatori di qualità sono, per esempio, da considerare: l'assenza di complicazioni chirurgiche ed anestesologiche, l'assenza di infezioni, il rapido recupero del paziente con ritorno ai livelli funzionali preoperatori, il grado di soddisfazione del

paziente in regime di day surgeri.

Questionario atto a rilevare la qualità dell'assistenza

Al momento della dimissione viene consegnato all'utente un semplice *questionario atto a rilevare la qualità dell'assistenza* e stabilire così il grado di soddisfazione dell'utenza nei confronti del servizio ricevuto.

Il questionario, che è anonimo, prende in esame l'intero percorso del paziente in day surgery ed i rapporti relazionali con lo staff medico-infermieristico; vengono richieste informazioni sui seguenti punti:

- Cortesia, disponibilità del personale, qualità e completezza delle informazioni ricevute;
- Tempi di attesa per la segreteria, le visite specialistiche e per gli esami clinici;
- Confort della struttura;
- Qualità delle prestazioni ricevute;
- Risoluzione del problema clinico;
- Facilità, dopo la dimissione, di stabilire un contatto con la struttura di day surgery;
- Qualità dei controlli.
- Il paziente dovrà esprimere un giudizio che viene distinto in: buono, sufficiente, scarso.

Particolare importanza risulta la continua verifica della qualità del servizio erogato attraverso tali questionari che, valutando la qualità dei singoli percorsi, permettono di apportare le modifiche organizzativo-gestionali-assistenziali più idonee a rispondere alle esigenze degli utenti.

CONCLUSIONI

Il personale infermieristico che lavora nelle strutture di day surgery deve essere opportunamente formato ed avere una preparazione di base teorico-pratica atta a favorire un'assistenza adeguata ad una utenza sempre più informata ed esigente.

L'assistenza infermieristica al paziente in day surgery risulta particolarmente complessa in quanto prevede l'intervento dell'infermiere in tutte le fasi dell'attività a partire dalla segreteria con la prenotazione dell'utente all'intervento fino alla dimissione dalla struttura con il programma di follow-up.

L'infermiere pertanto accompagna il paziente in tutto il percorso e rimane a dis-

posizione per eventuali richieste di ulteriori spiegazioni anche quando sia tornato al proprio domicilio.

Il rapporto che si instaura fra infermiere ed il malato presenta risvolti di tipo psicologico e pertanto l'infermiere deve possedere anche buone capacità relazionali e di comunicazione.

L'infermiere deve avere anche un'insieme di competenze specifiche di sala operatoria, perché la struttura che eroga day surgery operi al massimo livello.

A questo proposito risulta importante una formazione professionale di tipo interdisciplinare che permette di raggiungere la flessibilità richiesta dal centro operativo.

L'infermiere deve avere anche competenza sulle procedure di assistenza perioperatoria, pre, intra e postoperatoria fino alla dimissione.

E' necessario infine una conoscenza accurata della tipologia degli interventi e delle procedure che la struttura è in grado di erogare e conoscere le problematiche relative alla tecniche impiegate e le possibili complicazioni.

Il personale infermieristico dovrebbe inoltre essere fortemente motivato, cooperare con il personale medico e seguire periodici seminari e convegni a scopo didattico per migliorare la propria professionalità e competenza.

AUTORE

Inf. Marco Romani

*Area Funzionale Aggregata Urgenze
Emergenze e Terapie Intensive Pronto
Soccorso Azienda Ospedaliera
Universitaria Policlinico "Tor Vergata"*

bibliografia

<http://www.aicpre.it> Accesso il 23 gennaio, 2003.

<http://www.sicpre.it> Accesso il 12 marzo, 2003.

<http://www.ardao.it> Accesso il 18 febbraio, 2003.

<http://www.redax.it> Accesso il 13 marzo, 2003.

Baroni M., Capra C., Fusè A.: Chirurgia ambulatoriale: organizzazione e qualità. Day Surgery News – Anno 3, N° 1, 1999.

Allo M. D. : Integrazione della chirurgia ambulatoriale nel sistema sanitario. Da "Chirurgia Ambulatoriale" di Schirmer B. D. e Rattner D. W., Antonio Delfio Editore, Roma, 1999.

Marasco R., Schirmer B. D. : Criteri di definizione per la realizzazione di un centro di chirurgia ambulatoriale. Da "Chirurgia Ambulatoriale" di Schirmer B. D. e Rattner D. W., Antonio Delfio Editore, Roma, 1999.

Joint Commission on Accreditation of

Healthcare Organizations: Manual for Ambulatori Care. Chicago Illinois. 1996.

Berta V., Mingazzini P. Boati M.: Standard organizzativi della day surgery. Atti 1° Congresso Nazionale della Società di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery, Milano, 1996.

Autori Vari: One Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale. IPASVI Roma, 1997.

Scuderi N.: Chirurgia Plastica. Piccin, Padova, 1985.

Meeker M. H., Rothroch J.C.: Care of the Patient in Surgery. UTET, Torino, 2002.

Autori Vari: Regolamento della Day Surgery. Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata. Roma, 2002.

LA CODIFICA DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI

“Gia da tempo alcune Aziende USL del Lazio hanno attivato gli Ambulatori Infermieristici Territoriali, con lo scopo di assicurare la continuità assistenziale, ridurre le degenze ospedaliere e gli accessi in pronto soccorso e potenziare l’assistenza territoriale rispondendo alla richiesta di prestazioni infermieristiche erogabili a livello ambulatoriale”.

Così esordisce il comunicato dell’Agenzia di Sanità Pubblica, a firma del Direttore Generale, che motiva l’esigenza di identificare le prestazioni ambulatoriali infermieristiche nei flussi del SIAS, il Sistema Informativo dell’Assistenza Specialistica, attraverso l’attribuzione del “codice di ambulatorio” all’Ambulatorio Infermieristico.

UN ALTRO IMPORTANTE SUCCESSO DEGLI INFERMIERI DEL LAZIO!

Un concreto riconoscimento dell’autonomia professionale e un passo avanti nella strategia di affermazione del ruolo dell’infermiere nell’offerta dei servizi alla salute, nelle strutture pubbliche e private, ma anche come libero professionista. Gli step successivi sono la revisione del nomenclatore tariffario e l’avvio dell’attività libero-professionale infermieristica intra-moenia. Inserire nel nomenclatore tariffario le prestazioni infermieristiche e, per ciascuna, individuare codice e tariffa, consente di ampliare considerevolmente l’offerta di prestazioni a carico del SSN, di erogare gratuitamente le prestazioni agli esenti, di unificare le tariffe a livello regionale. La formalizzazione delle prestazioni infermieristiche apre la strada alla possibilità per gli Infermieri di erogare le prestazioni, in ambulatorio e a domicilio, in regime libero-professionale, secondo le medesime regole che già valgono per i Dirigenti.

L'inserto

**ASSEMBLEA
DEGLI
ISCRITTI**

Roma, 18 Marzo 2005

**Relazione del
Presidente**



ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI

Roma, 18 Marzo 2005

Relazione del Presidente

L'avvento del 2005, un anno importante per il Collegio IPASVI di Roma, ha lasciato il testimone a nuove e impegnative sfide. La relazione che segue riferisce succintamente della mole di lavoro svolta nell'ultimo anno dal Consiglio Direttivo e dalle Commissioni, degli sforzi profusi per la tutela e la difesa della professione, delle battaglie sostenute, dei traguardi raggiunti e di quelli che verranno, in linea con gli obiettivi programmatici fissati.

L'ultimo anno è trascorso all'insegna di una doppia sfida: a livello europeo e sul piano nazionale, sia sul fronte normativo che organizzativo. L'ampliamento dell'Unione Europea, la libera circolazione dei professionisti, il riconoscimento dei titoli formativi, la difesa delle direttive di settore e la riforma delle professioni liberali costituiscono punti cruciali per lo sviluppo ulteriore della professione infermieristica. E il crescente peso che gli infermieri di Roma e della provincia hanno saputo guadagnarsi impone loro un ruolo particolare e la responsabilità di rappresentare un punto di riferimento per tanti colleghi in ambito italiano ed internazionale, a partire da un'attenta vigilanza sulla produzione normativa che coinvolge gli infermieri e che talvolta minaccia le straordinarie conquiste poste faticosamente nel paniere della professione.

Abbiamo colto obiettivi importanti che

ci responsabilizzano ancor più nei confronti dei nodi irrisolti e dimostrano quanto la sanità abbia bisogno dell'apporto insostituibile degli infermieri, sempre pronti a lottare quando c'è di mezzo l'interesse primario del cittadino.

I problemi aperti nella sanità nazionale sono ancora molti. I principi organizzativi e finanziari ispirati alla devolution mostrano limiti e contrasti, mentre il processo di regionalizzazione della sanità genera scontri tra Governo e Regioni. La persistente carenza di infermieri, l'inequiva ripartizione del fondo nazionale, le implicazioni legate all'esercizio professionale degli extracomunitari completano il quadro problematico. Punti di crisi a cui si aggiungono i ritardi nell'applicazione delle leggi 42/99 e 251/2000, nell'attivazione dei percorsi formativi della nuova figura dell'operatore socio-sanitario, nel rinnovo contrattuale, nella revisione dei modelli organizzativi di tutte le strutture sanitarie alla luce delle novità legislative. Per non dire di un trattamento economico ingrato che non riconosce i nuovi livelli di competenza e di responsabilità assunti dagli infermieri, a cui è riferibile un senso diffuso di insoddisfazione, pericoloso per lo stesso impianto del Sistema Sanitario Nazionale.

Si tratta di mali radicati in profondità e di provenienza lontana, che tuttavia abbiamo imparato ad affrontare con la

forza dell'unità. Proprio grazie alla sinergia d'azione con la Federazione Nazionale IPASVI e con gli altri Collegi abbiamo potuto cogliere frutti addirittura insperati, dimostrando che la professione infermieristica è compatta e univoca nelle sue rivendicazioni. E' dunque sulla via della coesione che dobbiamo insistere per completare il percorso, per contare di più sulle scelte di fondo della politica sanitaria. Quella stessa coesione professionale che ci ha consentito di fare massa critica e innellare una serie di successi inseguiti da anni.

Gli esempi positivi non mancano. Come quello della Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche, finalmente attivata, che va ad aggiungere una stella sul vessillo ideale della professione. Possiamo dunque archiviare una battaglia che ci ha visto in prima linea per molti anni. Abbiamo reclamato a lungo il riconoscimento di una formazione universitaria completa, moderna e fles-

sibile, la più consona a una professione attuale e senza confini come quella infermieristica.

Oggi l'abbiamo!

E' insomma il taglio di un altro importante traguardo, il completamento dell'assetto strutturale formativo della professione. Un'opportunità che va vista nella sua giusta dimensione: non un gradino in più da salire obbligatoriamente in un percorso formativo già molto impegnativo, ma un'opportunità di approfondimento disciplinare da affrontare in piena libertà per una carriera orientata soprattutto all'organizzazione, alla formazione, alla ricerca. Il panorama formativo dell'infermiere è oggi più completo: dopo la Laurea e il Master di I Livello, la Laurea Specialistica completa e amplia il ventaglio delle possibilità.

E poi il debutto della Conferenza Regione-Ordini e Collegi Professionali. La Regione Lazio, segnando un esempio significativo in ambito nazionale, ha in-



fatti accolto e fatte proprie le istanze presentate anche dal Collegio di Roma e dal Coordinamento dei Collegi IPASVI del Lazio promulgando la legge istitutiva della Conferenza, entrata nella sua fase operativa con il decreto di nomina dei componenti, fra questi anche i Presidenti dei Collegi Provinciali IPASVI. Con la sua attivazione, la Regione riconosce formalmente la funzione sociale svolta dai Collegi IPASVI, la loro caratteristica di enti pubblici e il contributo decisivo che questi forniscono alla tutela del cittadino attraverso la garanzia delle capacità professionali degli iscritti, ne riconosce altresì la competenza specifica nel percorso di miglioramento della qualità dei servizi, quale strumento di raccordo, consultazione e partecipazione dei professionisti alla programmazione della politica sanitaria, con particolare riferimento alla formazione e all'aggiornamento.

Sul fronte normativo, il 2004 e questo primo scorcio di 2005 sono stati segnati dal progetto di riordino degli Ordini Professionali con la trasformazione dei Collegi. Il Disegno di Legge predisposto dal Governo e approvato dal Consiglio dei Ministri nel novembre scorso riconosce l'appartenenza degli infermieri al novero delle professioni intellettuali, con una formazione e un titolo universitari, un ordine professionale che ne tutela dignità e rappresentatività, una garanzia di professionalità in più per loro stessi e per i destinatari delle prestazioni. Il DdL "Disposizioni in materia di professioni sanitarie non mediche", al di là di quest'ultimo aggettivo che non ci è piaciuto, recepisce gran parte delle nostre istanze e segna una svolta importante nel riconoscimento completo della nostra professionalità, respingendo i tentativi di screditare il ruolo dell'Albo Professionale. Confidiamo ora in un suo rapido iter parlamentare, peraltro già avviato, per la traduzione definitiva in norma dello Stato.

Un'altra battaglia che in quest'ultimo anno ci ha regalato la soddisfazione che da tempo cercavamo è quella della certificazione dei crediti acquisiti in

ECM da parte del Collegio. Il Ministero della Salute ha infatti sottoscritto la convenzione con il Coordinamento degli Ordini e dei Collegi delle Professioni Sanitarie, avviando così in fase sperimentale il nuovo sistema di certificazione. Il Collegio di Roma ha ottenuto l'accreditamento dei provider sia per la formazione residenziale sia per quella a distanza, oltre alla costituzione del COGEAPS e del Consorzio per l'Anagrafe dei Crediti.

Nel Lazio l'ECM ci ha inoltre riservato un altro motivo di orgoglio: l'attribuzione unanime da parte delle altre professioni sanitarie agli infermieri della Presidenza vicaria della Commissione ECM, nella persona del Presidente del Collegio IPASVI di Roma, all'insegna di un rinnovato spirito di collaborazione. Leggiamo questo come un segno di fiducia verso una professione che ha già dato molto alla causa dell'aggiornamento continuo e che tanto ancora può dare per assicurare ai cittadini servizi e prestazioni di crescente qualità, garantiti da qualificazione tecnica, scientifica e professionale.

La proroga di un anno strappata all'istituto delle prestazioni aggiuntive degli infermieri non rappresenta la soluzione definitiva all'emergenza infermieristica, ma ha costituito un passaggio necessario per affrontare nell'immediato una situazione molto grave e allarmante. In questa direzione il Collegio si è mosso con determinazione e autorevolezza, sollecitando a più riprese le Aziende Sanitarie e Ospedaliere, le RSA e le Case di Riposo a ricorrere alle prestazioni aggiuntive degli infermieri.

Un'intensa attività è stata sostenuta nei campi della promozione e della difesa della professione e della sua immagine. Utilizzando tutti i suoi canali informativi, il Collegio ha collaborato attivamente alla campagna di comunicazione promossa dalla Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi nello sforzo di valorizzare la nuova figura dell'infermiere attraverso cinque temi specifici: assicurazione, territorio, Ipasvi, laurea, dirigenza.

Notevoli sforzi sono stati compiuti anche nella promozione della libera professione infermieristica, che oggi rappresenta un traguardo lavorativo per un numero sempre crescente di colleghi. Il massimo impegno è stato profuso per soddisfare le richieste di informazioni sulla possibilità di avviare un ambulatorio infermieristico privato o svolgere l'attività intramoenia, sulla base di un intenso lavoro di ricerca legislativa, documentale e bibliografica. L'ultimo anno è stato quello del decollo della polizza assicurativa, per un professione ormai adulta e in grado di dotarsi anche di strumenti di sicurezza. Anche gli infermieri, come da tempo accade per altre professioni sanitarie, hanno la loro copertura assicurativa per la responsabilità civile. Il sistema di protezione messo a punto costituisce un importante cappello protettivo della categoria contro il rischio di richieste di risarcimento per responsabilità professionale. L'adesione alla convenzione è crescente, come pure si moltiplicano le consulenze richieste dagli iscritti per le questioni riferite alla responsabilità professionale. Non più l'infermiere che da solo deve fronteggiare avvocati e medici legali, ma una difesa collettiva della categoria, con la tutela del singolo infermiere che diventa la difesa di tutta la professione.

Purtroppo, sempre più il concetto di protezione professionale passa per la difesa dell'immagine pubblica dell'infermiere, contro le molteplici distorsioni, spesso fantasiose e mendaci, che i media propinano in quantità industriale. Incessante è il lavoro cui il Collegio è chiamato per chiedere smentite e rettifiche, formalizzare proteste e attivare azioni giudiziarie ogni qual volta sia in gioco la dignità professionale degli infermieri, i valori etici e deontologici della professione.

Lo sforzo compiuto nella comunicazione, attraverso la rivista, il sito web e in mille altre occasioni con interventi pubblici, interviste, comunicati stampa, è particolarmente intenso. Punta a divulgare all'esterno il nuovo status della professione, la peculiarità che la nor-

mativa vigente le attribuisce, il titolo di professione intellettuale a tutto tondo, dotata di piena autonomia gestionale e organizzativa, con una formazione di livello universitario e competenza specifica nel campo dell'assistenza. E' un'impresa ardua, che si scontra con pregiudizi e disinformazione e che tuttavia comincia a premiare la costanza dell'impegno profuso con qualche frutto in termini di maggiore visibilità della professione e delle problematiche assistenziali.

Le attività rivolte agli iscritti sono dettagliate nelle relazioni stilate dalle singole Commissioni. Tra queste, grande è stato lo sviluppo delle occasioni di confronto e aggiornamento professionale. Il 2004, come anche il 2005, si sono aperti con due eventi che meritano la citazione. Il SANIT, la mostra-mercato dei servizi sanitari, nelle due edizioni del 2004 e 2005 ha contribuito a rilanciare la centralità dell'infermiere in sanità con due importanti happening che hanno visto una straordinaria partecipazione, con migliaia di colleghi ad animare la due giorni di aggiornamento, dibattiti e convegni dell'anno scorso e la quattro giorni di quest'ultima edizione. Alla presenza delle massime autorità sanitarie regionali e nazionali, dei dirigenti delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Lazio, con vasta eco sui mezzi d'informazione, gli infermieri hanno dato vita ad un confronto aperto sull'organizzazione e le prospettive dell'assistenza infermieristica a Roma e nell'intera regione. L'attenzione dei colleghi e di quanti ricoprono un ruolo decisionale in campo sanitario si è appuntata sulla definizione delle strategie operative e di nuovi modelli organizzativi che consentano di ottimizzare l'impiego delle risorse e migliorare il servizio reso ai cittadini. Prezioso è stato inoltre il contributo scientifico e professionale fornito dall'attività di aggiornamento, variegata e qualificata, che ha suscitato l'unanime consenso dei partecipanti.

Notevoli energie sono state indirizzate al perfezionamento e alla velocizza-

zione dei servizi di certificazione, allo sviluppo delle tecnologie informatiche a disposizione degli iscritti, al potenziamento del sito web e alle nuove postazioni Internet. La sede del Collegio è interamente cablata per la gestione ottimale di tutte le procedure informatizzate, dotata di software in rete collegato con le banche dati della Federazione IPASVI, dell'Ufficio Contabilità, della Biblioteca e del sito web. La rete ha già reso possibile lo studio del documento di riconoscimento professionale su formato magnetico e lo sviluppo del servizio di webmaster. La nuova centralina telefonica ha inoltre ridotto notevolmente i tempi d'attesa e semplificato il compito del personale.

Il rapporto con gli iscritti resta l'interesse primario del Collegio. Il lavoro integrato tra le Commissioni punta proprio a coinvolgere il maggior numero di colleghi nei gruppi di lavoro, nei comitati scientifici, nell'organizzazione di seminari e convegni, nello sviluppo della rete di referenti che supporta l'attività del Collegio e interagisce con essa dalle diverse strutture sanitarie del territorio. In merito alla revisione dei requisiti degli iscritti, difficoltà permangono soprattutto sulla problematica della residenza, sui permessi di soggiorno dei colleghi stranieri, sul riconoscimento dei titoli degli infermieri comunitari ed extracomunitari, sul mantenimento dei requisiti di legge per l'iscrizione, sulla verifica dei crediti ECM.

La consulenza di esperti ha consentito al Collegio di segnare importanti progressi nella comunicazione interna ed esterna, assicurare un'adeguata consulenza legale, una gestione contabile ottimale, una presenza costante sugli organi di informazione per promuovere l'immagine della professione e le campagne informative destinate alla popolazione.

La ricerca infermieristica è un settore a cui il Collegio dedica risorse crescenti e grande attenzione, proponendosi esso stesso come centro di eccellenza dopo aver recepito le raccomandazioni e i protocolli internazionali più recenti. Si-

gnificativa è la responsabilità attribuita al Collegio IPASVI di Roma di coordinare a livello italiano il progetto attivato con un gruppo di università canadesi sulle condizioni ambientali che determinano situazioni di rischio per gli infermieri e per gli assistiti.

Anche il capitolo dei viaggi di studio e degli scambi professionali ha riservato ottime soddisfazioni, consolidando il prestigio e la considerazione internazionale del Collegio, ormai perfettamente integrato nella rete di interscambio con i Paesi a sanità più avanzata. Dopo aver visitato le principali strutture sanitarie di molti Paesi europei e toccato con mano l'assistenza sanitaria degli USA, abbiamo integrato la conoscenza della realtà nordamericana con il proficuo viaggio-studio in Canada. Ci accingiamo ora a visitare alcune strutture sanitarie brasiliane, all'avanguardia nel trattamento di alcune patologie particolarmente diffuse in quell'area. E' un modo efficace per rapportarci con altre condizioni della pratica professionale, confrontarci con i colleghi di tutto il mondo, misurare la nostra crescita sul piano internazionale. In linea con gli obiettivi programmatici, la rete relazionale è stata implementata e consolidata. I rapporti con il Parlamento, il Governo, il Ministero della Salute e la Regione Lazio sono stati decisi e stringenti. Il Collegio ha contribuito fattivamente alla definizione delle linee d'indirizzo per gli Atti Aziendali, del Piano Sanitario Regionale e all'attivazione dei Servizi e dei Dipartimenti dell'Assistenza Infermieristica. Costante è stato anche il rapporto con le Università di Roma e non solo per finalità didattiche. L'azione di pressing per l'adozione degli Ordinali, l'attivazione dei Master e delle Lauree Specialistiche, il riconoscimento dei crediti e la trasformazione delle Scuole DAI è stata incalzante. Altrettanto impegnativo il fronte aperto con le Aziende Sanitarie e Ospedaliere sulla permanente carenza di personale infermieristico, sulle piante organiche, sulle attività improprie e sul ruolo delle figure di supporto, sebbene nei limiti

delle competenze che il Collegio professionale può esercitare in queste materie.

Per il Collegio il 2004 è stato soprattutto l'anno dell'Europa. A marzo, in uno studio notarile romano, è nata la Federazione Europea degli Infermieri (FEPI) che sin dalla sua fase di avvio ha voluto affidare importanti incarichi di gestione e sviluppo al Collegio IPASVI di Roma, attraverso il suo Presidente. Rappresenta la casa madre europea della professione,

sorbito tante energie e risorse. I nuovi uffici di viale Giulio Cesare si sono confermati facilmente raggiungibili, meglio strutturati, più ampi e rispondenti alle crescenti esigenze degli iscritti. La dislocazione più funzionale degli spazi ha consentito l'ampliamento e l'ottimizzazione dei servizi, il potenziamento del Centro Documentazione-Biblioteca, l'incremento dei corsi, la dotazione di nuove attrezzature audiovisive e informatiche con postazioni In-



un riferimento per l'esercizio dell'attività nell'Unione Europea, un luogo di contatto e scambio di esperienze, una fucina per la professione infermieristica di domani. Coinvolge tutti i Paesi dell'UE che hanno un ordine professionale infermieristico di natura pubblica e ha l'obiettivo di favorire l'integrazione tra le politiche professionali dei diversi Paesi membri. Costituisce inoltre uno stimolo importante per i colleghi extracomunitari verso l'acquisizione dei requisiti professionali e degli standard europei. E' stato anche l'anno della nuova sede, di un grande obiettivo che il nostro Collegio inseguiva da tempo e che ha as-

ternet gratuite. In una frase: i nuovi ambienti risultano consoni alla dignità della professione infermieristica. Nuove battaglie ci attendono su tutti i fronti già citati e altre se ne aggiungeranno su fronti sempre nuovi, al ritmo rapido a cui viaggia la nostra crescita professionale. Riconosciamo la Laurea Specialistica come un importante traguardo raggiunto, ma che deve ancora realizzarsi compiutamente con la rimozione delle iniquità rappresentate da criteri di ammissione ai corsi che non tengono nel debito conto i titoli DAI o equivalenti, che tanti infermieri hanno conseguito proprio presso le università

che rilasciano la laurea. Occorre poi eliminare il vincolo obsoleto che impedisce agli infermieri dipendenti di esercitare anche la libera professione. L'emendamento proposto recentemente dal Governo alla Commissione Sanità del Senato in sede di discussione del Disegno di legge sul ruolo di Coordinatore Infermieristico e sulla rivisitazione dei Profili Sanitari va in questa direzione, eliminando finalmente l'ingiustificata sperequazione con quanto riconosciuto ai medici che svolgono l'attività libero-professionale in regime di intramoenia.

L'azione del Collegio dovrà necessariamente continuare ad essere poliedrica e interdisciplinare, attiva su più fronti, attenta e capillare. Dovrà sviluppare sempre più la conoscenza e la ricerca clinica, la pratica basata sull'evidenza, con modelli assistenziali innovativi, il trasferimento delle conoscenze teoriche nel campo operativo. Inoltre dovrà impegnarsi a fondo nel confronto internazionale, misurarsi con sistemi di accreditamento all'esercizio della professione diversi e non sempre affidabili. La collaudata rete di relazioni internazionali con i colleghi europei potrà aiutarci a far valere le nostre ragioni che, una volta di più, coincidono con quelle dei cittadini.

Ci attendono altre sfide non meno cruciali di quelle che abbiamo affrontato e vinto. A partire da un più adeguato riconoscimento, non solo economico, del nostro ruolo e della nostra evoluzione. L'esperienza ci ha insegnato ad affrontare le tante resistenze ricorrendo alla nostra arma migliore: l'unità, il sentirsi parte di un progetto professionale comune, la capacità di unirsi ogni qual volta siano messi in gioco la tutela dei cittadini, i valori della professione, una sanità equa e solidale. Il Collegio è soprattutto questo.

COMMISSIONE RAPPORTI CON GLI ISCRITTI

Le attività di questa commissione, composta da Gianfranco Del Ferraro

(referente), Maurizio Fiorda, Matilde Napolano ed Emanuela Tiozzo, anche nell'anno passato ha cercato di migliorare, incrementare ed implementare il rapporto con i nuovi iscritti cercando di potenziare tutte le attività e i servizi destinati ai colleghi e a mantenere attivo il filo diretto che si era già riusciti ad instaurare con i vecchi iscritti.

Un altro obiettivo principale della commissione è, sempre e comunque, quello di realizzare una serie di iniziative, di interventi e di promozioni per far sì che emerga in maniera positiva la figura del professionista infermiere nei confronti del cittadino, delle istituzioni e delle associazioni.

Gli strumenti utilizzati e le attività realizzate sono:

- a) la rivista trimestrale "Infermiere Oggi", con particolare cura ed attenzione agli articoli che vi vengono inseriti
- b) il Televideo, aggiornato in tempo reale, per dare informazioni dettagliate e complete su concorsi e convegni
- c) il sito internet, curato dal collega Fabrizio Tallarita, sempre aggiornato e continuamente ampliato
- d) la posta elettronica, attraverso la quale si cerca di dare risposte tempestive ai quesiti posti dai colleghi
- e) il fax, attivo h 24
- f) la consulenza legale, due volte a settimana
- g) il viaggio di studio
- h) l'ampliamento del numero dei referenti, con frequenti riunioni per aggiornamenti e informazioni riguardanti la professione e per diffondere il materiale informativo relativo alle iniziative del Collegio IPASVI di Roma.

La commissione prevede, nell'immediato futuro, di pubblicare su "Infermiere Oggi" il questionario elaborato per avere il polso delle richieste e dei problemi degli iscritti ed eventuali suggerimenti, e inoltre di attivarsi per promuovere l'iscrizione dei giovani ai corsi

di laurea per Infermiere, anche mediante un'adeguata campagna pubblicitaria.

COMMISSIONE AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

La commissione formazione ed aggiornamento, è composta da : Cipolloni Maria, Del Ferraro Gianfranco, Esposito Mario, Napolano Matilde, Pepe Maria Vittoria, Pulimeno Ausilia (Referente) Tosini Marco, Turci Carlo.

Nell'anno appena trascorso il Collegio IPASVI di Roma ha realizzato una serie di eventi formativi che hanno permesso a più di seimila colleghi di frequentare corsi con varie impostazioni e metodologie didattiche in base agli argomenti ed al numero dei partecipanti. Sono stati realizzati eventi che hanno avuto da un minimo di 45 persone, a giornate che hanno visto la presenza di circa

1700 persone:

- corsi itineranti caratterizzati da sessioni di didattica attiva con un numero di partecipanti che non supera le 45 persone;
- corsi itineranti caratterizzati da sessioni di didattica attiva con un numero di partecipanti che non supera le 80 persone;
- corsi itineranti nei vari ospedali romani ai quali hanno partecipato 150-250 persone per evento;
- congresso internazionale al quale hanno partecipato circa 400 persone: un impegno importante, già in cantiere nel 2003, tenutosi a Roma il 24 e 25 giugno, con l'obiettivo di focalizzare la discussione sul contributo dell'infermieristica nell'innovazione dei sistemi sanitari, puntando soprattutto sulle tematiche riguardanti le decisioni correlate alla Riforma dell'assistenza sanitaria, alla qualità dell'assistenza, alla pratica basata sull'evidenza scientifica e allo stato del-



l'arte della formazione infermieristica ai suoi vari livelli;

- corso in collaborazione con l'INPS per 150 colleghi che lavorano nel settore della previdenza Sociale "Attività e prospettive in ambito previdenziale";
- corsi sperimentali in collaborazione con l'ISPESL (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro) che prevedono un percorso di auto-apprendimento sulle tematiche del rischio biologico, della movimentazione dei carichi e del rischio chimico, tenutisi in varie strutture romane: l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, l'Ospedale FBF "San Pietro" e la LUSAN. In tali corsi erano coinvolte più figure professionali come infermieri, medici, fisioterapisti e tecnici sanitari di laboratorio biomedico;
- presso la Fiera di Roma, in seno alla manifestazione Sanit 2004, si è svolto un convegno, organizzato dal Collegio IPASVI di Roma dal titolo "La centralità della persona: il sì degli infermieri" al quale hanno partecipato 1770 persone;
- presso l'Istituto Suore Rosminiane di Roma si è tenuto un convegno per 150 persone sul tema "Nursing alla persona politraumatizzata";
- sono stati realizzati due eventi in collaborazione con il Ministero di Grazia e Giustizia all'interno dei penitenziari romani: "L'infermiere e la sanità penitenziaria" e "Lavorare in squadra in ambito penitenziario";
- il viaggio studio 2004, accreditato ECM, ha permesso uno stimolante confronto tra la cultura infermieristica italiana e quella canadese;
- è stato realizzato, in collaborazione con la Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery, il 5° Congresso Nazionale per infermieri all'Isola d'Elba.

L'approccio che si intende adottare per la formazione ECM, nel 2005, ricalca molti degli impegni messi in cantiere nel 2004, ad esempio nel febbraio scorso è stato realizzato il convegno presso la fiera di Roma, nell'ambito della manifestazione **Sanit 2005**. Que-

st'anno sono state realizzate due sessioni da 1700 posti con due argomenti diversi, il primo dal titolo "Infermieri: esserci per contare", con un taglio di politica sanitaria, l'altro, con la collaborazione dell'Aniarti, dell'Anipio e dell'Aico, dal titolo "Infermiere esperto clinico", ha affrontato aspetti specifici della competenza professionale.

I **corsi itineranti con didattica attiva** sono già stati ripetuti in più occasioni, altri ancora verranno messi in cantiere. Il **viaggio di studio** accreditato ECM ha già seguito il percorso di accreditamento e verrà realizzato in Brasile.

Sono stati realizzati degli incontri della commissione con il Presidente del Collegio e le Associazioni Professionali Regionali, quali l'ANIN, l'ANIPIO, l'AICO, l'ACOS, l'ANIARTI, ecc., per elaborare un programma di formazione ed aggiornamento che miri allo sviluppo delle conoscenze e le competenze dei professionisti in ogni campo specifico dell'infermieristica. E' stata presa in considerazione la possibilità che la Commissione si fermi a riflettere sulle modalità più rispondenti all'interesse dei professionisti. Tutto questo verrà messo in atto organizzando **giornate monotematiche**, anche in collaborazione con Associazioni Infermieristiche, Società Scientifiche, Università, altri Ordini Professionali o semplicemente con gruppi di colleghi esperti disposti a progettare insieme a noi percorsi formativi interessanti.

Un'altra modalità che la Commissione intende percorrere consiste nella realizzazione di **giornate itineranti**, che tanto successo hanno raccolto in passato, andando a coinvolgere gli infermieri direttamente sui luoghi di lavoro e nel contempo favorendo la partecipazione di colleghi che hanno maggiore difficoltà a raggiungere posti lontani dal luogo dove esercitano la loro professione.

Altro obiettivo che la Commissione persegue è l'elaborazione dei dati del questionario conoscitivo sul fabbisogno formativo degli iscritti somministrato lo scorso anno in occasione delle iniziative di aggiornamento. In proposito pen-

siamo di concludere la valutazione a breve scadenza e di pubblicare su "Infermiere Oggi" i risultati dell'indagine. Riteniamo altresì importante portare avanti l'impegno relativo alla formazione degli infermieri extracomunitari

territorio, relativamente alla formazione di base (corsi di laurea), post base (master, corsi di laurea specialistica) e permanente, convinti che attivando e incrementando la rete di relazioni e partecipazioni a tali livelli, si possa mi-



relativamente alle norme che regolano l'esercizio della professione infermieristica in Italia.

Inoltre, in attesa dell'emanazione di linee guida specifiche da parte del Ministero della Salute, per l'accREDITAMENTO professionale degli iscritti agli Albi, rimane l'obiettivo principale di vigilare sugli eventi formativi ECM (Educazione Continua in Medicina) organizzati da vari Enti e/o Istituzioni, indirizzati agli infermieri, controllando la rispondenza degli obiettivi e dei contenuti formativi allo specifico professionale infermieristico.

La Commissione si impegna infine in questo anno, a consolidare i rapporti con le sedi formative presenti sul nostro

territorio, relativamente alla formazione di base (corsi di laurea), post base (master, corsi di laurea specialistica) e permanente, convinti che attivando e incrementando la rete di relazioni e partecipazioni a tali livelli, si possa migliorare ed elevare sia la qualità della formazione che la rispondenza dell'assistenza infermieristica al fabbisogno dei cittadini.

COMMISSIONE DOCUMENTAZIONE E BIBLIOTECA

La Commissione, che si è costituita con l'avvio del nuovo triennio, è composta dai Consiglieri: Carlo Turci (referente), Matilde Napolano, Maurizio Fiorda e Stefano Casciato, ed è coadiuvata dalla Dott.ssa Edy Fanfara, collaboratore esterno esperto in biblioteconomia, e dal webmaster, il collega Fabrizio Tal-

larità, il quale ha lavorato nell'anno 2004 per adempiere all'obiettivo prioritario di mettere a disposizione degli utenti della biblioteca-centro di documentazione strumenti operativi e professionisti in grado di soddisfare le richieste d'informazione e ricerca.

Il compito primario di una biblioteca specialistica è porsi, quanto più possibile, all'interno del sistema della comunicazione scientifica, facilitando in modo adeguato l'accesso alle fonti documentarie, sia proprie, sia a quelle conservate presso altri Istituti e Biblioteche.

1. Utenza. Nell'anno 2004 la Biblioteca è stata frequentata da n. **585** utenti (dato rilevato dalle schede statistiche) per la consultazione nel solo giovedì pomeriggio, registrando una flessione rispetto all'anno passato (671), mentre l'interrogazione della banca dati Cinahl, effettuata il martedì mattina, ha raggiunto il numero di **71** utenti, rispetto ai 64 dell'anno passato. La riduzione del numero degli utenti si motiva considerando che le attività della biblioteca sono state sospese le prime settimane di gennaio, in occasione del trasferimento della sede, per adeguare i locali alla consultazione, e inoltre per tre settimane nel periodo di aprile-maggio per l'allestimento delle nuove librerie, che ha comportato, oltre ai tempi tecnici di montaggio, il riordino, la collocazione dei libri e delle riviste in consultazione e in deposito e l'aggiornamento dei cataloghi. Anche la pausa estiva, diversamente dal consueto, è durata l'intero mese di agosto.

La maggioranza degli utenti è costituita da studenti dei Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche e da studenti dei Master Infermieristici, ma cresce il numero degli infermieri che utilizzano la biblioteca per aggiornamento personale o per la ricerca infermieristica. Costante è la frequentazione da parte dei docenti dei Corsi di Laurea.

Sono quindi diversi gli approcci alla ricerca documentaria: prevalente l'utilizzazione di fonti documentarie italiane per la compilazione di tesi e relazioni, contro un ampio accesso alle fonti primarie e specia-

listiche, e quindi alla consultazione delle riviste straniere, per la tesi di fine corso o per la ricerca infermieristica. In questo caso si raccomanda sempre la consultazione del Cinahl per ottimizzare i tempi di reperimento delle fonti.

La nuova sede, i nuovi arredi, nonché le nuove risorse informatiche hanno permesso, nel corso dell'anno, di offrire nuovi accessi all'informazione e alla documentazione:

- una bacheca dedicata all'utenza suggerisce i siti web italiani e stranieri significativi per la ricerca infermieristica, i siti del Catalogo Unico Nazionale (sistema interbibliotecario nazionale), dell'AIB e dei maggiori opac medico-infermieristici per reperire libri e riviste presso altre biblioteche.
- due postazioni informatiche (presto 3), con linea ADSL, permettono all'utente l'accesso diretto ad internet (navigazione sui siti suggeriti, consultazione del MEDLINE, uso dei motori di ricerca, consultazione del catalogo elettronico della biblioteca etc). Si confida che questi terminali, apprezzati certamente da alcuni, siano utilizzati pienamente ed autonomamente da tutta l'utenza: sulla capacità di usare le risorse elettroniche si fondano i prossimi progetti della biblioteca.

Lo spazio riservato all'orientamento dell'utenza, per quanto riguarda la ricerca bibliografica su materiale cartaceo quest'anno è risultata, in parte, meno gravosa per la disponibilità dei cataloghi cartacei ed online (necessari per un accesso autonomo, consapevole e critico alle fonti): parte degli utenti li utilizza con attenzione e autonomia, la generalità ritiene di reperire le fonti 'affidandosi' alle conoscenze e alle indicazioni del bibliotecario.

L'interrogazione della banca dati Cinahl è sempre impegnativa in quanto la maggior parte dell'utenza non conosce la lingua inglese, né le modalità di interrogazione.

2. Patrimonio bibliografico

2.1. Riviste. Nel corso del 2004 la biblioteca ha mantenuto il proprio patri-

monio bibliografico per ciò che concerne le riviste straniere che sempre più costituiscono, considerata l'esigua produzione nazionale, strumento elettivo di reperimento di informazioni insieme alle ricerche bibliografiche sulle banche dati. Al 31.12 .2004 erano presenti in biblioteca **164** testate di riviste così suddivise:

parte di biblioteche biomediche del nord-Italia, di articoli pubblicati su riviste possedute esclusivamente dalla biblioteca IPASVI.

L'accessibilità ai periodici (titoli, annate possedute, collocazione) è data da un catalogo aggiornato, cartaceo e online.



70 titoli di riviste straniere in abbonamento (inglesi - francesi - americane - canadesi);

24 titoli di riviste italiane in abbonamento;

70 titoli di riviste italiane ricevute in omaggio dai Collegi Ipasvi del territorio nazionale (alcune cessate, altre irregolari nelle pubblicazioni o nelle spedizioni).

Il congruo numero di periodici, in particolare quelli stranieri, attribuisce alla biblioteca un carattere originale e peculiare all'interno del mondo dell'informazione infermieristica italiana, testimoniato dalle costanti richieste, da

Trattandosi, di fatto, del maggior patrimonio culturale ed economico della biblioteca, per la gestione necessita di risorse temporali sempre più ampie.

2.2 Monografie. Per quanto riguarda l'incremento delle monografie, la biblioteca ha posto al vaglio della Commissione Biblioteca l'acquisto di un discreto numero di novità editoriali nelle scienze infermieristiche: nursing transculturale, management infermieristico, legislazione sanitaria, assistenza specialistica, emergenza, area critica ed altro. L'acquisizione sarà effettiva nei primi mesi del 2005.

2.3 Banche dati. Come accennato la biblioteca è abbonata alla banca dati CINAHL NURSING, specifica per le scienze infermieristiche. La consultazione si svolge per appuntamento il martedì mattina, l'affluenza è in crescita. L'utenza si rivolge alla banca dati per vagliare sistematicamente la documentazione bibliografica relativa ad un particolare argomento nel più ampio panorama internazionale, confortata dalla concreta possibilità di reperire i documenti presso la collezione dei periodici della stessa biblioteca o per reperire documenti su temi innovativi, poco trattati in ambito italiano.

Le ricerche sono state sempre effettuate correlando il soggetto con altri elementi significativi al fine di centrare al massimo la selezione dei documenti.

3. Prospettive

Nel corso dell'anno sono stati raggiunti obiettivi di diversa importanza, che in sinergia hanno reso la biblioteca una struttura più efficiente nel soddisfare le richieste dell'utenza. Il più importante è stato senz'altro disporre, presso la nuova sede, di un locale ampio ed attrezzato: più confortevole per la consultazione (nella sala è posto un grande tavolo di studio per 30 utenti con illuminazione diretta ed indiretta) e per la gestione del patrimonio bibliografico. Di altro ordine è stato rendere disponibili strumenti di consultazione aggiornati (cartacei e online) e di offrire un orientamento al sistema interbibliotecario nazionale e alle fonti significative per la ricerca infermieristica su internet (motori di ricerca, opac, siti, etc). L'installazione di computer per gli utenti completa l'offerta di accesso all'informazione che una biblioteca deve dare.

Il percorso da intraprendere è, quindi, incrementare l'uso delle fonti elettroniche, innanzitutto per offrire documenti più facilmente gestibili e "recuperabili" nel contesto informatico. In questo senso presto saranno attivati gli accessi on-line congiunti agli abbonamenti cartacei di numerose riviste stra-

niere, il gradimento e l'autonomo utilizzo da parte dell'utenza permetteranno di convertire nel tempo parte rilevante degli abbonamenti cartacei in abbonamenti on-line, con archiviazione dei periodici su cd-rom, provvedimento in futuro necessario per controllare il crescente volume delle riviste cartacee. E' in fase di conclusione il progetto di indicizzazione delle riviste infermieristiche italiane, che consiste nella costituzione di una banca dati, su un software dedicato, con potenzialità pari a quelle del CINAHL, che possa ottimizzare i tempi di spoglio delle riviste italiane più autorevoli assieme a quelle dei Collegi. Si tratta di un obiettivo centrale per il Collegio e la biblioteca: l'indicizzazione come procedura biblioteconomica vera e propria della rivista che annovera, sinteticamente, le seguenti operazioni:

- trasformazione e/o riduzione del documento ad unità informative;
- creazione dei linguaggi documentari (thesauro costituito dai termini rappresentativi del documento);
- archiviazione, reperimento e circolazione dell'informazione.

4. On line: notizie dal Collegio I.P.A.S.V.I. di Roma

Da tempo anche il nostro Collegio ha il suo SITO WEB (http://web.tin.it/ipasvi_roma/doc/index.html). Si tratta di un sito di straordinario interesse in quanto raccoglie le informazioni relative all'attività del nostro Collegio (corsi di aggiornamento, formazione, rivista, gruppi di ricerca e commissioni, biblioteca – centro di documentazione, referenti, documenti) e le news sulla professione infermieristica e sulla sanità in genere.

Particolarmente interessanti le pagine dedicate ai "TESTI ON LINE". Il Collegio mette a disposizione degli operatori sanitari, interamente on line ed a titolo gratuito, la COLLANA ARCOBALENO, frutto della collaborazione dei colleghi che hanno partecipato in qualità di relatori ai convegni tenuti a Roma e in provincia. I file sono in formato PDF, allo scopo di rendere accessibile a tutti

la consultazione.

Se le iniziative riportate nel sito trovano interesse da parte dei colleghi, si può scrivere al Collegio **via e-mail**.

COMMISSIONE LAVORO E LIBERA PROFESSIONE

La Commissione lavoro e libera professione è composta dalle Consigliere: Matilde Napolano, Maria Vittoria Pepe, Ausilia M.L. Pulimeno, Maria Grazia

- Vigilanza

- controllo dell'iscrizione al Collegio IPASVI dei professionisti, sia per coloro che svolgono attività individuale che per coloro che svolgono attività in forma associata;
- sulla pubblicità sanitaria
- sul rispetto delle tariffe e concorrenza sleale;
- sull'esercizio esclusivo della professione;
- sul rispetto dei comportamenti e della deontologia



Proietti ed è coordinata da Francesca Premoselli.

Le funzioni svolte dalla Commissione sono:

- Osservatorio provinciale sulla LP

- Anagrafe degli iscritti che esercitano la libera professione, sia di coloro che svolgono attività in forma individuale che per coloro che esercitano in forma associata. Essa viene aggiornata ogni sei mesi.

- Certificazione

- verifica dell'iscrizione all'albo
 - verifica all'iscrizione alla Cassa di Previdenza
 - concessione nulla osta alla pubblicità sanitaria
 - validazione parcelle.
- Consulenza
- sul significato della LP
 - sugli strumenti della LP: regolamento, tariffario

- di tipo professionale.

Per l'anno 2005 la Commissione è impegnata

- a promuovere l'attivazione di ambulatori infermieristici nei Distretti e negli Ospedali;
- a promuovere lo sviluppo dell'attività libero-professionale infermieristica intramoenia;
- a promuovere l'ampliamento e il completamento degli organici infermieristici, per migliorare l'assistenza ai cittadini;
- a promuovere l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive, ai sensi della legge 1/2002, per colmare temporaneamente i vuoti di organico.

Inoltre la Commissione intende avviare un'indagine conoscitiva, finalizzata a individuare e quantificare le caratteristiche del gruppo dei colleghi che effettuano attività libero professionale, nonché a definire le esigenze degli infermieri liberi professionisti, in termini di formazione, informazione e supporto.

Alcune iniziative sono già in cantiere:

- sportello di consulenza per i professionisti giovedì, dalle h. 17.00 alle h. 18.00
- sportello libera professione su televideo
- incontro sulla responsabilità civile, da organizzare con la Cassa di Previdenza
- guida informativa all'esercizio della Libera Professione
 - > iter burocratico per l'inizio dell'attività
 - > normativa
 - > codice deontologico
 - > norme di qualità per l'esercizio della Libera Professione
 - > tariffario
- commissione di esperti per un progetto pilota di attività libero professionale infermieristica intramoenia
- commissione di esperti per definire un "modello di accreditamento" delle associazioni, delle cooperative o del professionista autonomo
- controllo delle società di servizi e delle cooperative che utilizzano personale infermieristico presso le aziende pubbliche e private.



COMMISSIONE RICERCA INFERMIERISTICA

La Commissione Ricerca, composta da Nicola Barbato (referente), Rodolfo Cotichini, Maria Grazia Proietti e Carlo Turci, ha concluso nell'anno 2004 le attività in essere del 2003 tra cui:

1. Ricerca sull'incidenza delle LDD nelle Residenze Sanitarie Assistenziali della Regione Lazio in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. I risultati sono pubblicati ad opera dell'ASP con un opuscolo informativo distribuito in tutte le RSA della Regione.
2. Ricerca sul bisogno formativo attraverso l'analisi delle indicazioni espresse dai partecipanti ai corsi ECM del nostro collegio. In particolare nell'evento SANIT 2003 e 2004 in cui hanno partecipato oltre 3000 infermieri. Dalla valutazione sono emerse indicazioni su alcune aree che ancora richiamano interesse tra cui l'area della responsabilità, dello sviluppo dei processi formativi post base, degli aspetti legati all'implementazione di strumenti operativi per l'esercizio professionale. La Commissione ricerca ha quindi fornito le indicazioni generali alla Commissione Formazione per la programmazione di corsi con tali contenuti sia per l'anno 2004 sia per il 2005.

Nel 2004 i componenti della Commissione Ricerca hanno sviluppato, insieme agli altri Consiglieri e con l'integrazione di membri esterni, uno studio multicentrico con l'Università di Nursing di Toronto in Canada dal titolo "near missing". L'incontro, per l'avvio preliminare della ricerca, è avvenuto a Toronto nel giugno 2004 tra il Presidente G. Rocco e i Consiglieri N. Barbato e M. Napolano ed il Presidente della stessa università Prof.ssa Dyane Affonso.

Nel 2004 è stata attivata una ricerca conoscitiva sui servizi Infermieristici in collaborazione con la Federazione Nazionale Collegi IPASVI, il Comitato Infermieri Dirigenti e SDA Bocconi di Milano. La ricerca, per la Regione Lazio

coordinata dal Consigliere N. Barbato, ha lo scopo di conoscere l'attuale situazione dei servizi infermieristici con particolare riferimento alla loro costituzione (atto aziendale), ruolo rispetto all'organigramma aziendale, funzioni e tipologia di organizzazione. Attualmente si è in attesa del rientro dei questionari conoscitivi compilati dai colleghi dirigenti delle varie strutture sanitarie ospedaliere e territoriali del Lazio. Per il 2005 la Commissione Ricerca si propone di:

1. Completare entro il primo semestre del 2005 le iniziative in essere pubblicando i risultati ottenuti.
2. Effettuare una valutazione sui corsi ECM effettuati dal 2002 al primo semestre 2005 dal nostro Provider ECM, con lo scopo di ottimizzare l'offerta formativa del Collegio IPASVI di Roma per il prossimo futuro. Tale ricerca tenderà a valutare, attraverso l'analisi delle schede di gradimento, dei dati delle valutazioni, e delle indicazioni scritte fornite dai partecipanti e docenti, le aree di criticità per sviluppare una metodologia di approccio alla formazione continua mirata alla risoluzione dei problemi che sono emersi. Tale ricerca prevede inoltre l'elaborazione di alcuni dati statistici utili per migliorare l'organizzazione e la metodologia di certificazione.
3. nel mese di settembre 2005 la Commissione Ricerca ha intenzione di pubblicare un nuovo bando di Concorso per lavori di ricerca nell'area del nursing europeo con particolare riferimento agli aspetti clinico-assistenziali. In particolare l'obiettivo è quello di porre a confronto l'attuale gestione infermieristica della complessità assistenziale in Italia con le esperienze di altri colleghi europei ponendo l'attenzione a tre elementi di base: 1, la gestione delle procedure infermieristiche; 2, la valutazione della complessità assistenziale; 3, l'individuazione degli indicatori di qualità assistenziale. Il Bando, reso pubblico attraverso i canali informativi del Collegio IPASVI di Roma,

sarà aperto ai soli iscritti all'albo IPASVI di Roma.

COMMISSIONE REVISIONE DEI REQUISITI DEGLI ISCRITTI

Il mandato della Commissione per la Revisione dei Requisiti degli Iscritti, composta da Gianfranco Del Ferraro, Matilde Napolano, Suor Angelina Palumbo, Francesca Premoselli e Maria Grazia Proietti (referente), è quello di vigilare sulla sussistenza dei requisiti per l'iscrizione all'Albo. In particolare deve individuare i casi di perdita di uno dei requisiti, al fine di indicare al Consiglio Direttivo le strategie di risanamento ovvero, qualora queste siano risultate impraticabili o inefficaci, la cancellazione dall'albo, ai sensi dell'art. 11 del D.L.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233.

In considerazione dell'impossibilità di procedere alla revisione sistematica della documentazione di tutti gli iscritti per la verifica di ciascun requisito, la Commissione ritiene opportuno selezionare i casi da controllare sulla base di specifici criteri, con la collaborazione delle impiegate del Collegio IPASVI di Roma.

Per l'anno 2004 i requisiti degli iscritti negli Albi oggetto di revisione sono stati

→ la verifica e il recupero delle **quote annue non pagate**, attraverso la verifica anagrafica, l'invio del sollecito a tutti gli iscritti morosi e l'istruttoria per il recupero crediti e la cancellazione dall'albo;

→ la verifica della **validità del permesso di soggiorno**, attraverso la verifica anagrafica, l'invio a tutti gli iscritti extracomunitari con permesso di soggiorno scaduto dell'avviso di cancellazione e l'istruttoria per la cancellazione dall'albo degli iscritti extracomunitari con permesso di soggiorno scaduto. In particolare il punto G, comma 1, della Circolare DPS/III/L.40/00-1259 del 12 aprile 2000, del Ministero della Sanità, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Ufficio III, a firma del Ministro della Sanità Rosy Bindi "Cittadini stranieri non comunitari. Riconoscimento titoli profes-

sionali dell'area sanitaria conseguiti all'estero. Autorizzazione all'esercizio professionale", testualmente recita "L'iscrizione all'albo dell'ordine o collegio e all'elenco speciale è efficace per tutto il periodo di validità del permesso di soggiorno o della carta di soggiorno; all'atto del rinnovo del permesso di soggiorno gli interessati, a pena di cancellazione dagli albi professionali o dagli elenchi, sono tenuti a comunicare all'ordine o al collegio o al Ministero della Sanità il provvedimento di rinnovo del permesso di soggiorno stesso".

Nell'anno 2005 la Commissione intende proseguire nell'opera di revisione dei medesimi requisiti che, seppure hanno ottenuto rilevanti risultati, in termini di recupero di legalità, tuttavia richiedono ulteriore attenzione, con l'obiettivo di ottenere un sistema di controllo e di recupero a regime entro l'anno, in collaborazione con lo staff amministrativo del Collegio IPASVI di Roma.

SITO WEB

Un anno florido per il sito ipasvi.roma.it che, se facciamo un debito paragone con l'anno 2002, ha visto più che raddoppiati gli accessi (vedi numeri).

La Collana Arcobaleno rimane la più "scaricata" da internet, e detiene il primo posto tra i contenuti distribuiti dal sito.

L'appuntamento con i "convegni" vede un sensibile incremento rispetto allo scorso anno, che potrebbe essere sinonimo di aumento di richiesta del professionista verso tale ambito (vedi programma di Educazione Continua in Medicina)

Il dato inaspettato è invece la new entry dell'archivio storico degli eventi, che ha suscitato notevole interesse, visti anche i contenuti multimediali.

Dati:

UN MILIONE DI PAGINE CONSULTATE, è il dato più significativo delle statistiche del sito web IPASVI.ROMA.IT (1.098.029).

133.458 visitatori univoci, che sono tornati a visionare le nostre pagine da

tutto il mondo.

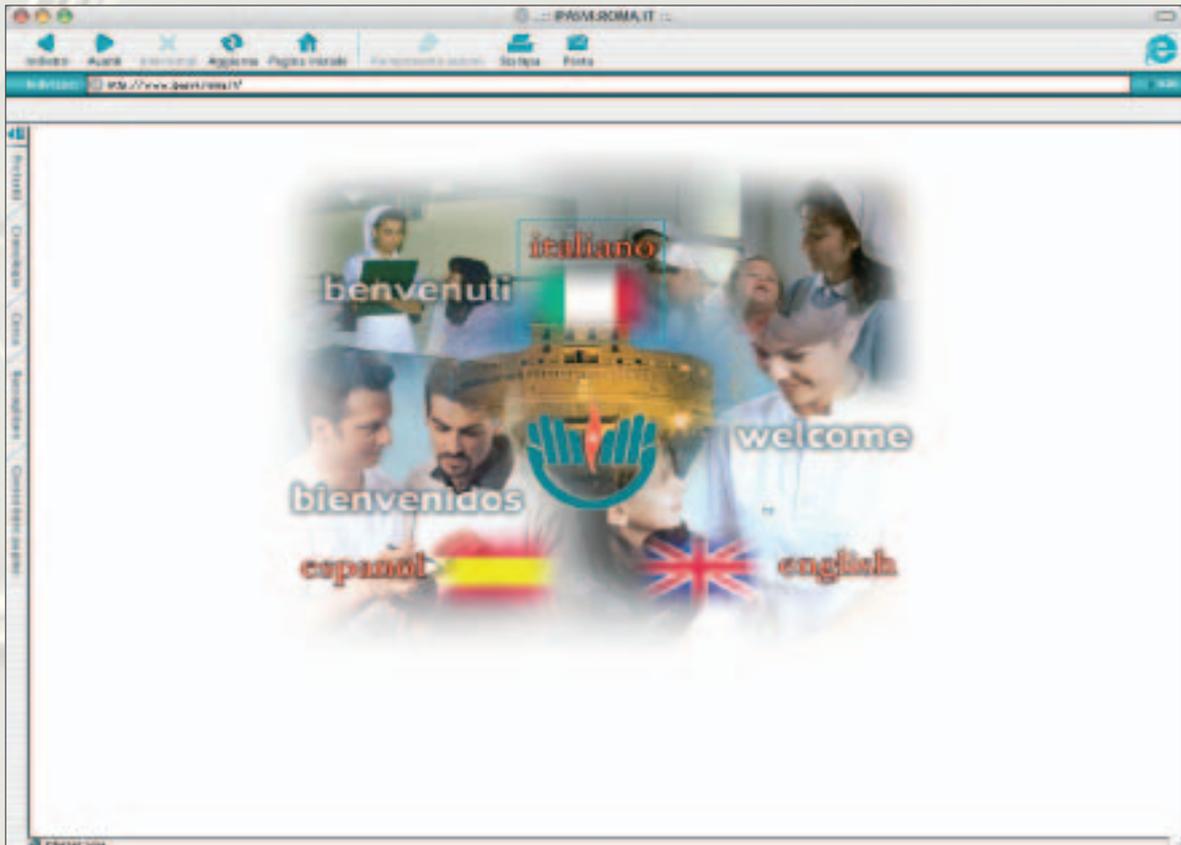
Le pagine più viste:

- 1) Homepage
- 2) Collana Arcobaleno (tutti i numeri)
- 3) Convegni
- 4) Informativa (modulistica iscrizione)
- 5) Database riviste e testi
- 6) Archivio convegni speciali (con video)
- 7) Referenti

mentare i contenuti multimediali (video degli eventi Ipasvi-Roma più significativi)

CONSULENZA LEGALE

Anche quest'anno l'ufficio legale è stato investito di innumerevoli questioni, alcune delle quali si inseriscono in aree



- 8) Istituzionali (organi e funzioni)
- 9) Rivista
- 10) Links

Prospettive.

Tra le prospettive future vi è l'istituzione di una "newsletter" (advisory via email) informativa sulle novità del sito e per gli annunci straordinari, appena risolti alcuni problemi tecnici legati alla garanzia della privacy dell'iscritto al servizio.

Ulteriore slancio può essere dato alla rassegna "convegni e corsi" con il miglioramento dell'interfaccia grafica aggiungendo molti più eventi ed inserendo un motore di ricerca interno all'Area.

Ulteriormente, si potrebbero incre-

tematiche di importanza strategica per la nostra professione.

In primo luogo, però mi interessa segnalare i rapporti tenuti con le Istituzioni, Ministero della Salute, Ministero dell'Interno, Ministero della Difesa Aeronautica, Regione Lazio, Università, anche in termini critici e di forte dissenso, come quando abbiamo strenuamente difeso la validità dei nostri titoli per l'accesso alla formazione più qualificata, o come quando abbiamo tutelato la dignità professionale intentando azioni giudiziali nei confronti di quelle P.A. che avrebbero inteso attribuire la qualifica di infermiere in spregio alle leggi sulla formazione.

Ugualmente, in stretto contatto con la

Procura della Repubblica, sono stati segnalati tutti quei casi di infermieri che ci è stato segnalato lavorassero senza iscrizione all'Albo (e a volte senza il diploma equipollente).

Un altro dei temi tra i più sentiti è quello della responsabilità professionale e dell'autonomia di cui mi piace segnalare l'evoluzione che ci è stata in questi anni a partire dalla "traumatica" abrogazione del mansionario fino alla consapevolezza delle enormi potenzialità del profilo professionale, del codice deontologico e della formazione. Forte di questi elementi, l'infermiere rivendica con sempre maggior forza il proprio ruolo nella sanità.

Tra i temi affrontati rientra certamente quello sempre delicato della somministrazione dei farmaci; quello della partecipazione al consenso informato (che diventerà, secondo la dottrina più autorevole, consenso condiviso); quello della documentazione infermieristica.

Un'altra area tematica è quella dei rapporti tra l'infermiere e il datore di lavoro, azienda pubblica o azienda privata.

Molti interventi sono stati effettuati per porre fine a situazione di grave vessazione da parte del personale medico, oppure per denunciare il ricorso esasperato al "doppio turno" o, ancora, per denunciare la carenza d'organico che affligge ancora troppe strutture sanitarie.

Molta preoccupazione, e molti interventi sono stati fatti in proposito, è rivolta al problema delle radiazioni.

Mentre ci piace segnalare il successo (non solo nostro, ovviamente) della "battaglia" intrapresa con le strutture pubbliche e private in tema di ECM, oggi finalmente riconosciuti dai contratti collettivi.

* * *

Una parte non indifferente del lavoro svolto dall'ufficio legale ha avuto ad oggetto la libera professione ed è, secondo me, interessante evidenziare che sono state soprattutto le "giovani leve" ad avere e richiedere questo tipo di consulenza con particolare attenzione all'ambulatorio infermieristico.

in pillole

Chi controlla le decisioni impulsive?

Un gruppo di ricerca congiunto dell'Università tedesca della Ruhr di Bochum e dell'Università neozelandese di Otago, ha identificato singoli neuroni nel proencefalo dei piccioni che svolgono un ruolo chiave nel controllare le decisioni impulsive: nel caso dei piccioni, la preferenza per una piccola ricompensa immediata anziché per una maggiore ma differita nel tempo. Con lo studio pubblicato sulla rivista *Current Biology*, Tobias Kalensher e colleghi hanno riferito di aver addestrato alcuni piccioni a scegliere fra una ricompensa e l'altra. Utilizzando registrazioni elettrofisiologiche delle singole cellule nei piccioni in movimento, la ricerca ha mostrato che alcuni neuroni del proencefalo degli uccelli esibiscono un'attività maggiore durante l'attesa di una ricompensa. Questa attività, associata al ritardo del premio, è maggiore

quando i piccioni attendono una ricompensa grande rispetto a quando se ne aspettano una piccola. Inoltre, il grado di attivazione diminuisce al crescere del ritardo fra il momento della scelta e la consegna della ricompensa maggiore, fino a quando scende al di sotto di quello dell'attivazione associata all'attesa di una ricompensa piccola. Questo calo coincide con il passaggio dei piccioni dal preferire la ricompensa grande al preferire quella piccola. Proprio come previsto dalla teoria della scelta impulsiva, dunque, il livello di attivazione relativa dei neuroni è correlato con la preferenza dei piccioni. La scoperta, oltre a gettare nuova luce sul comportamento degli uccelli, potrebbe aiutare a comprendere alcune neuropatologie umane come la dipendenza dalle droghe, il gioco d'azzardo, la sindrome del lobo frontale e i disturbi da deficit di attenzione caratterizzati da un'incapacità di attendere una ricompensa maggiore.

SERVIZIO BIBLIOTECARIO IPASVI ROMA

LA BIBLIOTECA

La Biblioteca del Collegio IPASVI di Roma è uno dei più importanti centri di documentazione per gli studi infermieristici e sanitari in Italia, ed incrementa costantemente le proprie risorse, per offrire agli utenti -studenti e

ricercatori accreditati- un servizio puntuale di consultazione bibliografica. Particolare attenzione viene posta all'editoria periodica e all'acquisizione della più recente letteratura scientifica internazionale dedicata alla ricerca infermieristica, alla formazione universitaria e, non ultima, alla pratica clinica.





I LIBRI

Il patrimonio librario è al momento costituito da circa 1.000 monografie: una collezione il più possibile aggiornata di opere di consultazione fondamentali, per la formazione universitaria e professionale.

LE RIVISTE

La collezione dei periodici scientifici in abbonamento comprende 70 testate estere, in lingua inglese o francese (indicizzate nel CINAHL), e 24 italiane: un centinaio di riviste che coprono l'intero panorama infermieristico, dall'assistenza clinica generale a quella specialistica, dalla ricerca all'*evidence-based-nursing*, dalla legislazione sanitaria al management ed altro ancora.

Integrano la collezione le riviste dei vari Collegi Ipasvi, attente, oltre



che all'evoluzione della professione infermieristica nei suoi aspetti legislativi e formativi, anche all'accrescimento della cultura professionale degli infermieri: ricche quindi di approfondimenti sulla pratica clinica, sulla ricerca infermieristica e sulle nuove tematiche (etica, nursing transculturale, counselling, ecc.) che accompagnano l'esercizio della professione.

LA BANCA DATI CINAHL

Presso la Biblioteca è consultabile l'utilissimo *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Science*.

È un database dedicato alle scienze infermieristiche e alle altre discipline del settore sanitario che indicizza periodicamente, in lingua inglese, le pubblicazioni internazionali più autorevoli, tra articoli di

sono *Professioni Infermieristiche e Assistenza Infermieristica e Ricerca*.

Il CINAHL è uno strumento indispensabile per la ricerca bibliografica: se ne raccomanda la consultazione, anche per razionalizzare l'accesso ai tanti periodici stranieri presenti in Biblioteca.

I CATALOGHI

I cataloghi dei Libri e delle Riviste, sono disponibili in sede in versione sia cartacea che elettronica, e sono consultabili in Internet :

<http://www.ipasvi.roma.it/italiano/biblioteca/index.asp>)

Tra i libri la ricerca può essere effettuata per autore, per soggetto o per parte del titolo.

Tra le riviste deve invece essere inserito il titolo. Una visione completa dei cataloghi è possibile lasciando la stringa di ricerca in bianco e premendo il tasto "invio".

Si consiglia di prendere sempre nota della collocazione, utile per identificare velocemente il libro al momento della consultazione.

I SERVIZI

Consultazione. La Biblioteca è aperta il Giovedì pomeriggio dalle ore 15.00



riviste, monografie, audiovisivi, ecc., offrendo abstracts e riferimenti bibliografici. Tra le riviste, le uniche italiane indicizzate





alle ore 18.00. Libri e riviste possono essere presi in consultazione solo dopo aver compilato l'apposito modulo di richiesta; il personale è disponibile per l'orientamento ai cataloghi e/o alla consultazione.

Al fine di garantire la massima fruibilità di tutto il materiale, non si effettua il servizio di prestito.

Nella bacheca dedicata all'utenza sono indicati, oltre ai principali siti infermieristici, i siti del Sistema Bibliotecario Nazionale e del Repertorio degli OPAC italiani utili al reperimento di libri e riviste presso altre biblioteche; il personale è comunque a disposizione per chiarimenti e consigli.

Due postazioni informatiche, collegate ad Internet in ADSL, sono a disposizione degli utenti per la ricerca online, per la consultazione degli OPAC, per la consultazione autonoma della Banca Dati CINAHL; i risultati delle ricerche potranno essere salvati solo su dischetti floppy forniti dalla Biblioteca.

CINAHL. La ricerca bibliografica sul database può essere condotta in collaborazione con il personale bibliotecario il martedì mattina previo appun-

tamento, da prendere anche telefonicamente nei giorni di apertura della biblioteca.

Servizio a distanza. Per l'utenza fuori sede è previsto il servizio di invio, via fax, di articoli individuati dall'utente come presenti nelle annate delle riviste. La richiesta deve essere fatta via e-mail specificando: titolo della rivista, anno, numero del fascicolo, autore, titolo dell'articolo, numero di fax per la spedizione. Si

consiglia di far seguire una telefonata per verificare l'esistenza dei fascicoli desiderati e concordare con il personale i tempi di evasione della richiesta, condizionati dagli oneri lavorativi della biblioteca. Non è possibile svolgere ricerche bibliografiche per utenti fuori sede.

AUTORI

*Carlo Turci
Edy Fanfera*

SEDE E RECAPITI:

Viale Giulio Cesare, 78
Tel.: 06/37511597 – Fax: 06/45437034
E-mail: biblioteca@ipasvi.roma.it

BIBLIOTECA ORARI:

Giovedì, ore 15.00 – 18.00
Martedì mattina: solo per consultazione Banca Dati CINAHL e previo appuntamento

PUNTO INTERNET ORARI:

dal lunedì al venerdì
dalle ore 09,00 alle ore 12,00
il lunedì ed il giovedì anche
dalle ore 15,00 alle ore 17,00

**IL SERVIZIO È GRATUITO ED È RISERVATO
AGLI ISCRITTI IPASVI E AGLI STUDENTI**

La Wound Bed Preparation

La preparazione del letto della lesione. trattamento dell'infezione, necrosi, fibrina, essudato, deplezione proteica, sottominatura, grazie all'utilizzo delle moderne medicazioni avanzate, biotecnologie.

di Paolo Pacitto

Nonostante le moderne tecniche di riparazione dei tessuti lesionati, che prevedono l'utilizzo delle biotecnologie atte alla riparazione (gel piastrinico autologo, modulatori delle proteasi, medicazioni bioingegnerizzate, fattori di crescita, proteine della seta, ecc.ecc.), ancora oggi si assiste a trattamenti della lesione non mirata alla rimozione di tutte quelle barriere che ostacolano la guarigione, tale preparazione viene detta Wound Bed Preparation, ossia preparazione del letto della lesione, rimozione delle barriere locali.

Che prevede la rimozione: della necrosi, fibrina, della carica batterica, controllo e riduzione degli essudati, correzione disfunzione cellulare, correzione dello squilibrio biochimico, importantissima anche la valutazione T.I.M.E.

T - (TESSUTO) Le cellule non vitali impediscono la guarigione. Occorre ripristinare il fondo della ferita e le funzioni della matrice extracellulare attraverso il debridement (episodico o continuo);

I- (INFIAMMAZIONE INFEZIONE) La presenza di elevata carica batterica o di prolungata infiammazione provoca un incremento delle citochine infiammatorie e della attività proteasica, con riduzione, dell'attività fattori di crescita. Occorre agire contro il contagio batterico e ridurre l'infiammazione attraverso l'uso topico/sistemico di antimicrobici, antinfiammatori, inibitori delle proteasi, antisettici.

M- (MACERAZIONE SQUILIBRIO IDRICO) La disidratazione cutanea rallenta la migrazione delle cellule epiteliali e un eccesso di liquidi causa la macerazione dei margini della ferita. In questi casi vanno applicate medicazioni che mantengono il corretto grado di umidificazione tissutale e vanno rimossi i liquidi utilizzando la compressione, la pressione negativa o altre metodiche

E- (MARGINI DELL'EPIDERMITE) i cheratinociti che non migrano e le cellule della ferita che non rispondono agli stimoli impediscono la rimarginazione dei tessuti. Occorre pertanto assicurare la migrazione dei cheratinociti e la risposta delle cellule della ferita prendendo in considerazione terapie correttive come debridement, trapianti cutanei, prodotti biologici o terapie aggiuntive.

Bisogna agire sulla lesione per gradi, favorire la rimozione dei tessuti necrotici, regressione della colonia batterica, controllo degli essudati, queste sono le prime tappe. La composizione dell'essudato delle ferite croniche, a differenza di quello delle lesioni acute, è tale da rallentare e bloccare la proliferazione di cellule chiave quali i cheratinociti, i fibroblasti e le cellule endoteliali. In particolare, l'iperproduzione di metalloproteinasi determina l'alterazione della matrice di ricostruzione, con degenerazione dei componenti, quali proteine e fattori di crescita, indispensabili sia per la migrazione delle cellule infiammatorie che per la riepitelizzazione. Inoltre, le macro-

molecole di provenienza vasale (fibrina, fibrinogeno) presenti nell'essudato bloccano anch'esse i fattori di crescita, rendendoli inutilizzabili ai fini dell'angiogenesi e quindi della cicatrizzazione.

Tra i numerosi ostacoli alla riparazione dei tessuti lesionati - vanno inoltre ricordate le alterazioni fenotipiche delle cellule. È stato infatti dimostrato che i fibroblasti presenti nelle lesioni croniche "invecchiano" e non rispondono ai fattori di crescita. La presenza di tali cellule alterate in sede di lesione può essere definita con il termine di "carica cellulare". Un'efficace azione di debridement determina la rimozione delle "carica cellulare" e il ripristino dei fisiologici stimoli alla riparazione. Tra i mezzi che possono essere utilizzati per l'eliminazione dei principali ostacoli alla riparazione, e quindi per la correzione del microambiente, si possono citare i moderni antisettici di uso topico. Gli antisettici provocano una riduzione della carica batterica, e a loro volta una notevolissima riduzione degli essudati.

Una valutazione del paziente risulta fondamentale, bisogna effettuare una attenta anamnesi, molti fattori sistemici possono influenzare la riparazione dei tessuti, tra quali patologie, assunzione di farmaci. Tra le patologie più importanti ricordiamo il diabete, malattie che alterano i processi di coagulazione, quali, Anemie, Farmaci, la malnutrizione è un importantissimo fattore di ostacolo ai processi di riparazione di una lesione, in particolare carenza di proteine, vitamine, minerali, anche malattie autoimmuni quali l'artrite reumatoide e il lupus sistemico, come anche la terapia steroidea ed immunosoppressiva utilizzata nel controllo di tali patologie, possono interferire con la riparazione dei tessuti.

CONCLUSIONI

Il concetto di Wound Bed Preparation ci permette di razionalizzare a tutto vantaggio del paziente l'approccio terapeutico alle ferite croniche non più considerate come conseguenza della degenerazione del fisiologico processo riparativo ma con

una propria identità e dignità. L'approfondimento delle conoscenze permetterà di sviluppare una strategia volta ad eliminare le barriere che rallentano o impediscono i processi riparativi.

PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO

Trattamento topico a cura dell'Infermiere Paolo Pacitto esperto in cura delle lesioni difficili, elastocompressione tecniche di riparazione tissutale, stomaterapia

www.piagadadecubito.it

paolopacitto3@libero.it

La preparazione del letto della lesione (wound bed preparation) ossia:

Rimozione della necrosi, regressione dell'infezione, riduzione della fibrina, riduzione degli essudati, controllo della deplezione proteica.

RELAZIONE CLINICA:

15/06/2004

Paziente di anni 80, di sesso femminile, affetta da due gravi lesioni da decubito:

- lesione da decubito zona sacrale, stadio 4, sottominatura stadio 4;
- lesione da decubito zona sacrale prossimale all'ano, stadio 4, sottominatura stadio 3.

L'esordio delle lesioni risale a circa 15 giorni fa, a causa di un prolungato allettamento e al mancato utilizzo di ausili anti-decubito

La paziente giunge alla mia osservazione in data odierna:

Condizioni cliniche della paziente:

La paziente è affetta da k dell'addome; di recente, ha eseguito una visita generale da cui non sono state evidenziate metastasi. Circa 4 mesi fa, ha eseguito un intervento chirurgico addominale e, attualmente, si presenta allettata con urostomia bilaterale. La paziente si presenta cosciente, è razionale nel dialogo, ma comunica con diffi-

coltà e sforzo con l'esterno. Da circa un mese manifesta uno stato di depressione psichica, correlato alle diminuite capacità fisiche e alla completa non accettazione dell'attuale condizione di salute. Pertanto, ha eseguito una consulenza psichiatrica che ne evidenzia l'esistenza, e, attualmente, è in cura con psicofarmaci. Inoltre, riferisce deficit nutrizionale, mostra scarso appetito e disinteresse verso il cibo: da ciò, ne scaturisce una notevole perdita di peso. Presenta ipertermia, con picchi di 39 gradi attualmente non vengono somministrati antibiotici.

Condizioni cliniche delle lesioni in data 15/06/2004 (fig. n° 1):

Lesione zona sacrale: dimensioni 8 cm x 8 cm, maleodorantissima, ricca di fibrina e necrosi, infiammata. A causa dell'enorme tessuto necrotico presente, attualmente risulta impossibile individuarne lo stadio;

Lesione zona sacrale prossimale all'ano: dimensioni 5 cm x 6 cm, ampia sot-

tominatura stadio 3 (con capienza di intera garza sterile 36 x 40) attualmente non comunicante con l'altra, ricca di mucopus, fibrina e necrosi, molto maleodorante. Alla palpazione si nota enorme tessuto sottostante liquefatto.

In data odierna, si instaura immediatamente il seguente trattamento topico della lesione, mirato allo scollamento dei tessuti necrotici:

1. Detergere con acqua fisiologica;
2. Posizionare all'interno della sottominatura idrogel
3. Posizionare sulla placca necrotica idrogel
4. Chiudere il tutto con medicazione assorbente in poliuretano

La medicazione deve essere rinnovata 1 volta al giorno.

Si consiglia una dieta iperproteica con 1200 kcal al giorno, con integratori solubili e 1 compressa di multivitamine al dì.



19\06\2004

Dopo 4 giorni di trattamento, è stato ottenuto un completo distacco dei tessuti necrotici (fig. n° 2). È ora possibile identificarne lo stadio: stadio 4.

La lesione si presenta con dimensioni 12 cm x 10 cm, ricca di fibrina, maleodorante, con cute perilesionata infiammata, nella zona inferiore con una sottominatura delle dimensioni di 6 cm e con una capienza di due garze sterili 36 x 40.

Attualmente, la lesione non è compatibile con la sopravvivenza della paziente. Pertanto, si instaura immediatamente un trattamento mirato alla regressione dell'infezione.

Obiettivi iniziali mirati alla W.B.P (Wound Bed Preparation), valutazione T.I.M.E.:

- regressione dell'infezione;
- regressione dei tessuti carenti (fibrina, necrosi);
- regressione dell'infiammazione;
- controllo degli essudati;
- apporto iperproteico, calorico;
- ricostruzione cutanea.

Medicazione mirata alla regressione della colonia batterica e della fibrina, e alla preparazione del letto della lesione. (wound bed preparation):

1. lavaggio con acqua distillata;
2. tamponare con garza sterile;
3. posizionare medicazione a base di argento
4. chiusura con schiuma in poliuretano
5. supporto di cerotto in TNT.

La medicazione deve essere rinnovata 1 volta al giorno fino al 22\06\2004.

22\06\2004

In data 22\06\2004, la lesione si presenta notevolmente meno maleodorante, non si notano segni di infezione, e, aderente alla lesione, risulta un piccolo strato di corpi carenti che verranno trattati con il seguente schema:

1. lavaggio con soluzione fisiologica;
2. tamponare con garza sterile;

3. posizionare idrogel

4. chiudere con schiuma in poliuretano

La medicazione deve essere rinnovata ogni giorno.

29\06\2004

Come mostra la fig. n° 3, è stato ottenuto un completo distacco dei corpi carenti dalla lesione.

La lesione si presenta con assenza di infezione, di necrosi, di fibrina e di infiammazione. Si osserva un'ampia sottominatura nella zona inferiore della lesione, una notevole diminuzione degli essudati, un tessuto tendineo e uno scollamento della parete superiore. Solo ora si può valutare (sempre valutando le condizioni cliniche del paziente) dei tentativi di ricostruzione tissutale da attuare con moderne tecniche (medicazioni ingegnerizzate a base di fibroblasti e cheratinociti autologhi, acido ialuronico, matrice modulante delle proteasi, gel piastrinico autologo, innesti cutanei ecc.ecc.)

Ottenuto un eccellente Wound Bed Preparation

Considerazioni personali

Dopo pochissimi giorni di trattamento topico della grave lesione che poteva provocare fatali danni, grazie all'utilizzo delle moderne medicazioni, la lesione si presenta in condizioni cliniche da poter permettere la sopravvivenza della paziente (**fig n° 3**), nonché la ricostruzione dei tessuti.

Il trattamento è stato effettuato mediante l'utilizzo dei modernissimi disinfettanti topici, medicazioni avanzate, idrogel atti allo sbrigliamento della lesione, il tutto seguendo l'esperienza delle recenti pubblicazioni scientifiche in campo di preparazione del letto della lesione (wound bed preparation).

Le lesioni da decubito possono presentare delle complicanze, di cui le più temibili sono:

1. infezioni, colonizzazione, contaminazione;
2. presenza di tessuto necrotico;
3. presenza di fibrina

4. presenza di abbondante essudato;
5. sottominatura;
6. estensione della lesione;

L'approccio scientifico al trattamento della lesione si basa sulla rimozione delle barriere locali che ostacolano la guarigione. I principi del TIME, che si basa sugli interventi in quattro importanti aree cliniche, promuove la formazione di un letto della lesione ben vascolarizzato che conduce alla guarigione, o al successo di altre misure terapeutiche.

TIME:

- ✓ T - Tessuto non vitale o carente
- ✓ I - Infezione o infiammazione
- ✓ M - Macerazione, secchezza, squilibrio dei fluidi
- ✓ E - Epidermide, margini non proliferativi o sottominata

1) T- Il "debridment", ossia la rimozione della necrosi, fibrina, slough, tessuto carente:

Una lesione ricca di tessuto necrotico, carente e fibrina (**fig n° 1**) presenta anche un'elevata carica batterica. Per favorire la rimozione atraumatica di tali tessuti, bisogna utilizzare i seguenti prodotti atti allo sbrigliamento dei tessuti carenti. Il debridment può essere di natura enzimatica oppure autolitica.

Debridment enzimatico:

A base di preparazione enzimatica di collagenasi :

è una sostanza a base di una preparazione enzimatica di collagenasi e cloramfenicolo. Posizionandolo sul tessuto necrotico, ne provoca il degradato; il prodotto ha anche capacità di favorire la ricostruzione dei tessuti lesionati.

Detergere la lesione con fisiologica, posizionare con abbassalingua sterile la preparazione di collagenasi e cloramfenicolo, chiudere con medicazione secondaria, ad esempio, e con cerotto in TNT. La medicazione deve essere rinnovata ogni giorno e trattata fino al distacco dei corpi carenti, come dimostra la **fig n° 3**.

Preparazione enzimatica a base di collagenasi :

È un farmaco costituito da una preparazione enzimatica a base di collagenasi ad alta concentrazione.

Posizionato sui tessuti necrotici ne provoca il rapido allontanamento; la collagenasi stimola anche il tessuto di granulazione.

Detergere la lesione con fisiologica con aiuto di abbassalingua sterile, posizionare la preparazione enzimatica di collagenasi, chiudere con medicazione e posizionare supporto finale di cerotto in TNT. La medicazione deve essere rinnovata ogni giorno e trattata fino al distacco dei corpi carenti (**fig n° 3**).

Debridment autolitico (di gran lunga il più veloce ed utilizzato):

idrogel:

è un gel amorfo di colore chiaro e limpido. La sua funzione è quella di idratare i tessuti necrotici e provocarne il distacco (**fig n° 1**). È indicato solo se la lesione non presenta infezione e anche in caso di lesioni molto secche.

Posizionare sulla lesione Idrogel, chiudere con schiuma idrocellulare di poliuretano; la medicazione deve essere rinnovata in base alla produzione di essudati e trattata fino al distacco dei corpi carenti (**fig n° 3**).

medicazione in idrogel conformabile:

è una medicazione in TNT in poliestere e viscosa, impregnata di idrogel amorfo E si conforma alla lesione. È indicato in caso di lesioni cavitari con necrosi, in lesioni secche, anche con aggiunta di Idrogel.

Detergere la lesione, posizionare gel conformabile e chiudere con schiuma idrocellulare di poliuretano; la medicazione deve essere rinnovata in base alla produzione di essudati e trattata fino al distacco dei corpi carenti (**fig n° 3**).

I - Trattamento dell'infezione, colonizzazione, contaminazione:

• **Contaminazione della lesione -**

viene definita come la presenza di microrganismi non-replicanti nell'ulcera, e riguarda la maggior parte dei microrganismi

presenti nel letto dell'ulcera.

• **Colonizzazione della lesione -**

viene definita come la presenza di microrganismi in attiva replicazione aderenti all'ulcera, in assenza comunque di danno all'organismo ospite.

• **Infezione della lesione -**

viene definita come la presenza di microrganismi in attiva replicazione all'interno di un'ulcera, con conseguente danno all'organismo ospite.

Un microrganismo patogeno può inizialmente colonizzare un'ulcera senza creare danni, ma una volta che si è verificato un aumento della carica batterica, la colonizzazione trasforma lentamente e subdolamente la ferita al punto che essa, inizialmente, anche senza comportare una estesa invasione dei tessuti, è comunque sufficiente ad inibire la guarigione dell'ulcera. Infine, con l'aumento della carica batterica, si manifesta una infezione conclamata dell'ulcera o una eventuale disseminazione sistemica (sepsi).

La diagnosi di contaminazione, infezione, colonizzazione può essere effettuata con biopsia dei tessuti, oppure con tampone quantitativo (tecniche molto costose, di solito effettuate in pochi centri).

Nella maggior parte dei casi la diagnosi deve essere effettuata valutando le condizioni cliniche della lesione.

I più frequenti segni clinici sono: cattivo odore, presenza di iperessudato, essudato di colore verdastro, di colore giallognolo, presenza di ipertermia, presenza di necrosi e tessuti carenti.

Attualmente esistono in commercio disinfettanti topici di ultima generazione in grado di poter far regredire in brevissimo tempo le infezioni, colonizzazioni e contaminazioni.

Normalmente nel letto della lesione è presente una carica batterica che può rimanere latente, non replicandosi, oppure se i batteri vanno in attività di replicazione può presentarsi sotto forma di infezione.

È buona norma prima di procedere al trattamento della cura di una lesione (soprattutto se presente da molti mesi), diminuire la carica batterica con trattamento topico

di disinfettanti di ultima generazione, anche se non si presentano segni di infezione, colonizzazione o contaminazione. Gli attuali disinfettanti presentano attività battericida verso numerosissimi ceppi batterici, ed anche miceti, con un rilascio lento del principio attivo, garantendo un'ottima permanenza in sede anche in condizione di iperessudato.

È oramai assolutamente sconsigliato dalle attuali conoscenze scientifiche utilizzare antibiotici per uso sistemico sul letto della ferita, in quanto vengono solo sviluppate delle antibiotico-resistenze, mentre scientificamente è impossibile creare resistenza batterica ai disinfettanti.

L'utilizzo dei disinfettanti di ultima generazione sul letto della lesione presenta minore tossicità verso i tessuti a differenza dei vecchi disinfettanti, i quali erano altamente citotossici, maggiore era la permanenza in sede e la facilità di utilizzo.

Nella **fig n° 2** la lesione si presenta clinicamente infetta, ma grazie all'utilizzo dei moderni disinfettanti in brevissimo tempo si è potuto ottenere la regressione dell'infezione stessa.

La regressione della carica batterica deve essere associata anche al debridement del letto della lesione: se la lesione è ricca di tessuti carenti, quali necrosi, fibrina, sottominatura essudati, si creano dei campi di cultura per i batteri. Bisogna in genere utilizzare inizialmente un buon antisettico per il controllo batterico, in secondo tempo utilizzare dei prodotti per poter favorire la rimozione della necrosi, fibrina, controllo degli essudati come da **fig n° 3**.

L'infezione è la complicanza più temibile; in brevissimo tempo, se non combattuta, può provocare gravissimi danni all'organismo.

I disinfettanti di maggior utilizzo sono:

cadexomero iodico:

esiste sottoforma di pasta o di polvere. Il formato in polvere viene usato soprattutto in lesioni molto essudanti, i granuli assorbono l'essudato rilasciando in sede di le-

sione un continuo dosaggio di iodio, attivissimo contro i batteri Gram+ e Gram-, virus, miceti, protozoi. Il prodotto non sviluppa resistenza batterica e non presenta elevata citotossicità cellulare. Il trattamento va effettuato fino a completa regressione dell'infezione e si può utilizzare una medicazione secondaria assorbente come schiuma idrocellulare di poliuretano. La medicazione deve essere rinnovata ogni giorno, detergere con fisiologica, posizionare Cadexomero iodico e chiudere con schiuma idrocellulare di poliuretano.

nanocristallo di argento:

ottimo antisettico di ultimissima generazione; è una medicazione a base di nanocristalli di argento depositato sulla medicazione mediante processo di vaporizzazione; è attivo verso 150 tipi di batteri, Gram+ , Gram- , miceti. Una volta posizionato all'interno della lesione, ha un rilascio lento di argento.

può rimanere in sede anche una settimana e deve essere rinnovata in base alla produ-

zione di essudati e solo la medicazione di contatto.

Quando si usa il nanocristallo di argento, non usare fisiologiche perchè il sale disattiva l'argento, la lesione deve essere detergere con acqua distillata, posizionare nanocristallo di argento e chiudere con schiuma idrocellulare di poliuretano

clorexidina acetata:

è una medicazione a base di clorexidina acetata posizionata su una garza grassa, ad azione battericida contro Gram-, Gram+. Detergere la lesione con fisiologica, posizionare clorexidina acetata e chiudere con schiuma idrocellulare di poliuretano. La medicazione deve essere rinnovata in base alla produzione degli essudati.

L'utilizzo dei antisettici sopra citati presentano attività antibatterica elevatissima, non sviluppano resistenza antibiotica e il loro utilizzo associato anche ad antibiotici somministrati per via parenterale, hanno eccellenti proprietà nella preparazione del



letto della lesione.

Da attuali pubblicazioni scientifiche si nota l'importanza dell'utilizzo dei disinfettanti nel letto della lesione infetta senza somministrazione di antibiotici per via sistemica, con regressione dell'infezione in terza/quarta giornata.

M- controllo degli essudati:

In fase di infiammazione, di infezione, in presenza di forte carica batterica o anche in presenza di tessuto carente, la lesione presenta una iperproduzione di essudati; pertanto, bisogna provvedere innanzitutto alla rimozione delle cause appena descritte.

Le attuali medicazioni in commercio atte al controllo degli essudati devono garantire un ottimo ambiente umido, contenendo gli essudati.

Il rinnovo di ogni medicazione deve avvenire almeno ogni 3/4 giorni (parlando di lesione stadio 4 con diametro di 12 cm come **fig n° 3**).

Al fine di ottimizzare il controllo degli essudati, possono essere utilizzati come supporto della medicazione di contatto, anche schiume idrocellulare in poliuretano per cavitare.

Detergere la lesione con fisiologica, posizionare poliuretano cavitare e chiudere con schiuma idrocellulare di poliuretano. La medicazione deve essere rinnovata in base alla produzione di essudati.

Sono delle ottime medicazioni idrocellulare in schiuma di poliuretano atte all'assorbimento degli essudati che favoriscono un ottimo ambiente umido.

4) E- Epidermide sottominata, margini non proliferativi:

In una lesione cronica la presenza di margini non proliferativi, nonostante il trattamento con medicazioni avanzate, se a distanza di tempo non si notano miglioramenti nell'angiogenesi dei tessuti, vanno assolutamente valutate le condizioni cliniche generali del paziente, fondamentali



per poter permetterne la guarigione, e i fattori generali che inibiscono la guarigione della lesione anche dopo aver provveduto alla preparazione del letto della lesione stessa.

Essi sono svariati, ne riportiamo i più importanti: deplezione proteica, assunzione di farmaci come cortisone, anticoagulanti, patologie come anemia, deficit circolatorio, non utilizzo di ausili antidecubito, patologie terminali.

Tutti questi fattori influenzano negativamente la ricostruzione dei tessuti lesionati. La presenza di margini non proliferativi deve indirizzare alla valutazione delle condizioni cliniche generali del paziente, deve essere valutato l'eventuale trattamento con sostanze come modulatori delle proteasi, pappe piastriniche autologhe, medicazioni bioingegnerizzate e fattori di crescita locali.

Nel caso in cui le condizioni cliniche generali del paziente sono molto compromesse anche l'utilizzo di questi prodotti potrebbe risultare fallimentare.

Algoritmo della Wound Bed Preparation

Considerazioni finali:

Era impensabile fino a qualche anno fa poter favorire la riparazione tissutale di una grave lesione. I materiali a disposizione erano pochissimi, le conoscenze scientifiche in campo erano contraddittorie.

Grazie allo sviluppo di nuove biotecnologie, dell'Advanced Wound Care, ossia protocolli di trattamento delle lesioni basati su evidenze scientifiche, su esperienza di operatori in particolare di infermieri, che da anni sono

impegnati nelle cure delle lesioni difficili, a mio avviso il termine di lesione cronica deve cambiare, si può parlare di lesione difficile.

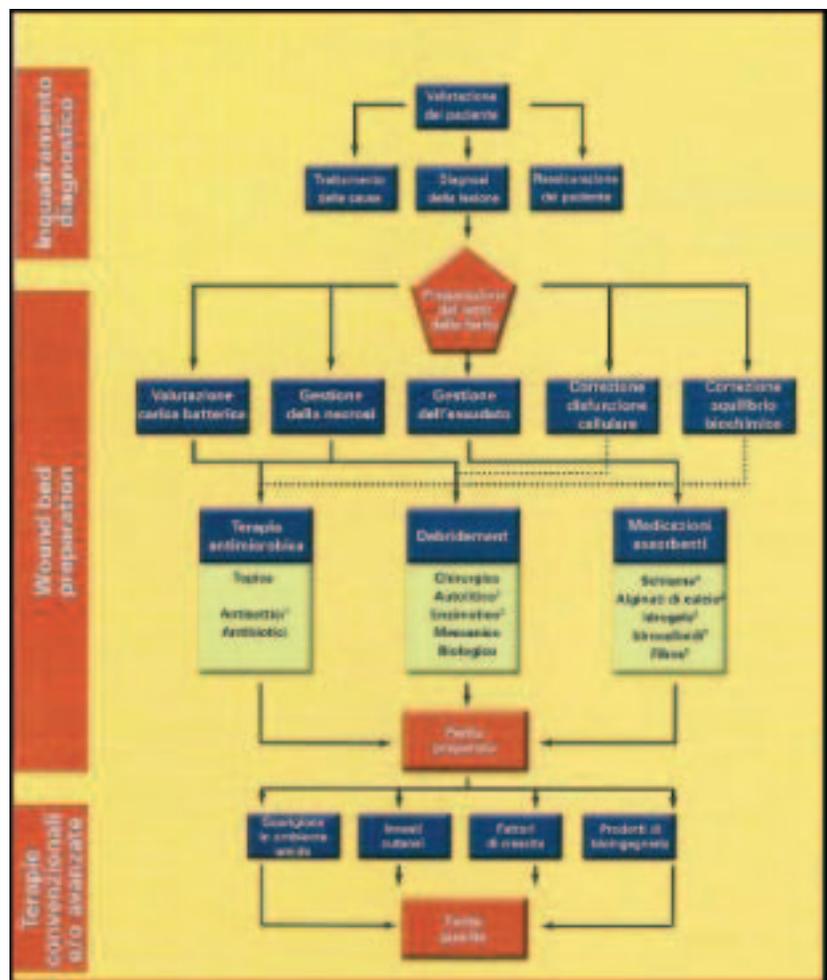
Basti pensare che:

L'uso di antibiotici ad ampio spettro nel trattamento locale delle lesioni viene quasi del tutto evitato ed è sostituito dall'impiego di disinfettanti ad attività battericida sempre più elevata e con ridotta istolesività sui tessuti.

La rimozione del tessuto necrotico delle piaghe viene, quando possibile, eseguita mediante digestione enzimatica piuttosto che per via chirurgica, in quanto più fisiologica e meno traumatica.

L'uso dei modulatori di crescita cellulari per stimolare la riparazione tissutale trova sempre più convincenti.

Questi pochi esempi danno un'idea delle ricerche che si stanno sviluppando in questo settore della medicina dai risvolti socio-economici importanti. Basti pensare



all'incidenza crescente nella popolazione delle piaghe croniche (ulcere diabetiche e da stasi venosa, piaghe da decubito); che il costo medio di trattamento per paziente è di circa 1000 dollari; che oltre sei milioni di pazienti/anno nella sola Europa Occidentale necessitano di cure per queste patologie. I costi sociali sono dunque elevatissimi e l'introduzione di materiali e/o farmaci innovativi non solo ha già contribuito a ridurli, ma si prevede li abatterà ulteriormente di circa il 50% entro cinque anni.

Sul versante dell'industria, molti dei maggiori gruppi multinazionali sono impegnati

in ricerche sulla riparazione tissutale, un settore il cui mercato è attualmente di circa 2.3 miliardi di dollari.

Il principio della guarigione è la conoscenza del male

- Epicuro

AUTORI

Paolo Pacitto

Esperto in cura delle lesioni difficili, elastocompressione tecniche di riparazione tissutale, stomaterapia

bibliografia

1 D.L. Krasner, G.T. Rodeheaver, R.G. Sibbald, Advanced Wound Caring for the New Millennium. In D.L. Krasner, G.T. Rodeheaver, R.G. Sibbald, Chronic Wound Care: A Clinical Sourcebook for Healthcare Professionals III ed. Wayne, Pa.: HMP Communications, 2001.

2 Acute Pain Management Guideline Panel. Clinical Practice Number 1: Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research: 1992, AHCPR Publication 92-0032.

3 Management of Cancer Pain Guideline Panel. Clinical Practice Guideline Number 9: Management of Cancer Pain. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research: 1994. AHCPR Publication Number 94-0592.

4 D.L. Krasner, Caring for the Person Experiencing Chronic Wound Pain. In D.L. Krasner, G.T. Rodeheaver, R.G. Sibbald, Chronic Wound Care: A Clinical Sourcebook for Healthcare Professionals III ed. Wayne, Pa.: HMP Communications, 2001.

5 G.T. Rodeheaver, Wound Cleansing, Wound Irrigation and Wound Disinfection. In D.L. Krasner, G.T. Rodeheaver, R.G. Sibbald, Chronic Wound Care: A Clinical Sourcebook for Healthcare Professionals III ed. Wayne, Pa.: HMP Communications, 2001.

6 D.L. Krasner, R.G. Sibbald, Nursing Management of Chronic Wounds: Best Practices Across the Continuum of Care. Nurs Clin North Am. 1999;34 (4): 933-953.

7 T.J. Bill, C.R. Ratcliff, A.M. Donovan, et al., Quantitative Swab Culture versus Tissue Biopsy: a Comparison in Chronic Wounds. Ostomy/Wound Management. 2001; 47 (1):34-37.

WOUND BED PREPARATION: (ossia preparazione di letto della lesione) a cura di Madeleine Falangan pubblicato sulla rivista scientifica International Forum n 1 Aprile 2004 editore UTET s.p.a. Divisione Scienze Mediche tel 02\624117.1 c.so Raffaello, 28 Torino 10125

ADVANCED WOUND CARE: (ossia protocolli integrati di trattamento delle ferite). A Cura di Pacitto Paolo pubblicato sulla rivista scientifica Sala Operatoria n 2 del 01\07\2004 della Ethicon.

La residenza sanitaria assistenziale e il ruolo dell'infermiere nell'équipe multidisciplinare

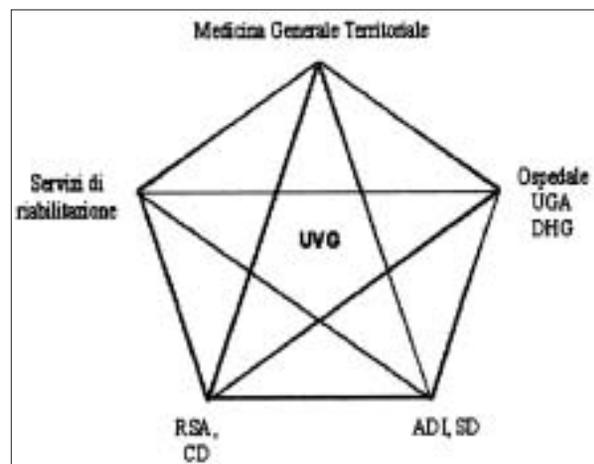
di Lorella Fanisio

LA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

La Sanità del nostro Paese sta vivendo un momento di transizione della sua storia: dalla trasformazione legislativa di questi ultimi anni è emerso che il sistema sanitario è rivolto ad un processo di progressiva specializzazione dei servizi ospedalieri verso un aumento della capacità di risposta ad emergenze cliniche, interventi diagnostici e terapeutici d'elevata complessità.

Allo stesso tempo c'è un progressivo incremento delle problematiche legate alla disabilità ed alle malattie cronico - degenerative che determinano una crescente domanda di servizi d'assistenza a lungo termine ed a basso contenuto sanitario. Ciò ha fatto porre l'attenzione ai legislatori, sul rindividuazione di strategie assistenziali alternative al ricovero ordinario con l'effettiva esigenza di una totale integrazione tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali al fine di offrire strumenti efficaci ed a minor costo, capaci di garantire la continuità assistenziale alternativa al ricovero ospedaliero, rivolta soprattutto a quei soggetti la cui condizione di fragilità è caratterizzata da una lunga durata e dalla progressiva comparsa di disabilità riferendosi in modo particolare all'anziano. Il modello assistenziale prospettato per il supporto all'anziano fragile, infatti, è alla ricerca di rinnovate sinergie fra ospedale e territorio, in particolare si cerca di individuare percorsi appropriati attraverso una

rete di servizi integrati per l'assistenza geriatrica¹ dove è individuata l'Unità Valutativa Geriatrica come lo strumento valido per valutare globalmente ogni singolo caso e definire il programma d'intervento (prevenzione, cura e riabilitazione) e inoltre esso risulta un valido strumento per monitorare sul territorio la situazione della popolazione anziana e i piani d'intervento.



IL MODELLO DI ASSISTENZA CONTINUATIVA A LUNGO TERMINE PER L'ANZIANO DISABILE

(da: *Giornale di Gerontologia* febbraio 2004 volume LII, n.51)

In questa nuova gestione assistenziale a favore dell'anziano si colloca la RSA come fulcro residenziale extraospedaliero dell'assistenza alla persona non au-

tosufficiente.

La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) rappresenta la collocazione residenziale dell'anziano quando questi, non è più autosufficiente, non può essere più assistito a domicilio, non in fase d'acuzie e senza supporto informale.

Si tratta di strutture diverse sia dalle Unità Operative ospedaliere geriatriche, di riabilitazione e di lungodegenza, sia dalle attuali residenze extraospedaliere come le case di riposo che hanno prevalenza sociale. Le prestazioni sono erogate da strutture pubbliche o private accreditate che stipulano protocolli d'intesa con le Aziende Sanitarie locali d'appartenenza.

L'obiettivo prioritario in RSA è il raggiungimento del miglior livello possibile della qualità di vita dell'ospite.

RUOLO INFERMIERE IN RAPPORTO ALL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Per lungo tempo gli anziani sono stati ospiti di lungodegenze, che rispondevano esclusivamente ad una domanda di custodia o addirittura di contenimento, ignorando qualsiasi tipo d'approccio ecologico. Oggi invece, la Residenza Sanitaria Assistenziale si pone al centro di un'organizzazione sanitaria finalizzata al soddisfacimento del bisogno assistenziale, sanitario e sociale delle persone in età geriatrica ospitate ed allo stesso tempo fornisce cure, assistenza e servizi adeguati cercando di conservare l'identità dell'ospite il più a lungo possibile.

Pertanto l'obiettivo prioritario nella RSA, è il **raggiungimento del miglior livello possibile della qualità di vita dell'ospite** attraverso un'organizzazione flessibile che è in grado di rispondere alla diversa tipologia ed intensità dei bisogni, utilizzando protocolli operativi basati sulla globalità e interdisciplinarietà degli interventi e nella riattivazione dell'ospite.

Affinché ciò si realizzi è necessaria, un'organizzazione incentrata sui processi, che valorizzano al massimo la risorsa umana, ponendo l'attenzione al raggiungimento dell'efficienza, efficacia e della qualità delle prestazioni erogate.

L'intervento assistenziale deve essere centrato:

- ❖ sulla prevenzione potenziando i servizi che pongono particolare attenzione alle esigenze di cura, assistenza e sostegno alla persona;
- ❖ sulla attivazione di programmi mirati che facilitano la comunicazione, evitando l'isolamento e l'abbandono;
- ❖ sulla riabilitazione che stimola l'autonomia residua, evitando l'immobilizzazione.

La valenza sanitaria e sociale delle RSA richiedono la presenza di un organico con competenze specifiche non solo nel settore sanitario, ma anche quello psico-sociale, a cui si aggiungono operatori preposti a funzione d'animazione, ricreative alberghiere e assistenziali.

Pertanto deve essere formulato un piano d'assistenza individualizzato che costituisce un punto di partenza per l'equipe assistenziale individuando gli obiettivi prioritari, al fine di migliorare l'assistenza e di ottimizzare le risorse.

Vista la multidisciplinarietà degli interventi sull'ospite residente, l'obiettivo è quello di sviluppare un **modello assistenziale** preposto per il supporto all'anziano, fondato sul lavoro di un team multi professionale, nel quale è definita la figura dell'infermiere.

Dopo un'attenta analisi dei bisogni dell'ospite residente, l'infermiere offre assistenza infermieristica completa alla persona anziana attraverso l'applicazione del **processo di nursing** nelle fasi d'accertamento, diagnosi, pianificazione, attuazione degli interventi e valutazione. Le attività di base, sono in gran parte affidate al personale di supporto all'assistenza infermieristica, nello specifico all'operatore tecnico addetto all'assistenza (che sarà sostituito da operatore socio-sanitario).

Il personale infermieristico, pertanto assume un elevato livello di responsabilità del processo assistenziale perché pianificando l'assistenza, verifica, valuta e risponde in prima persona degli interventi attuati insedi appropriate.

Il team opera attraverso un progetto coordinato, formato da professionisti che svolgono la loro attività nella visione complessiva della persona, ed è di riferimento stabile alla persona anziana. Al-

l'infermiere si chiede:

❖ La responsabilità dell'individuazione dei bisogni prioritarie potenziali, e la gestione del piano assistenziale;

❖ Il garantire la continuità del percorso, predisponendo il piano di cure in collaborazione con gli altri operatori, il paziente e la famiglia.

Le cure a lungo termine, inoltre, pongono l'attenzione sull'integrazione delle varie attività quotidiane ed è indispensabile l'uso di una metodologia di lavoro comune a tutti gli operatori, il cui obiettivo è il raggiungimento della massima autonomia possibile della persona assistita.

L'equipe assistenziale deve essere sempre in grado di adattarsi alle nuove richieste che l'ospite manifesta, tenendo presente l'utilizzo di un preciso schema di riferimento o modello concettuale² che consenta di operare in maniera coerente ed efficace.

La buona qualità dell'intervento si ottiene se si riesce ad attuare un intervento nell'arco delle 24 ore, dove tutti gli operatori sono coinvolti, dagli infermieri, agli operatori di base, ai terapisti della riabilitazione e occupazionali volti a trascorrere la maggior parte del tempo con i residenti. Attraverso un confronto tra la riabilita-

zione formale ed informale è intuibile come da questo approccio il paziente ne tragga beneficio.

Per tale motivo è necessario saper coinvolgere i vari membri dell'equipe d'assistenza attraverso riunioni periodiche per sollecitare discussioni sui problemi di un determinato ospite, poiché ognuno può essere in grado di proporre strategie adeguate sfruttando la propria competenza. Uno strumento concreto è la Scheda Riabilitativa Integrata dell'Ospite Residente (SIOR)³ che permette di segnalare tutti i problemi dell'ospite.

Con il SIOR si vogliono rilevare eventuali cambiamenti evolutive involutivi nella vita quotidiana della persona al fine di favorire un intervento riabilitativo concreto e tempestivo.

E' una scheda che prende in esame tutti i bisogni della persona nelle attività quotidiane in particolare:

- La cura della persona
- La comunicazione verbale e non verbale
- L'autonomia e le varie problematiche sulla base dei concetti teorici dettati dall'Henderson⁴ e della Orem

E' una rappresentazione grafica perché si presuppone un'osservazione atta a sintetizzare le problematiche, proprio per avere una pronta e chiara visione dei cam-



biamenti nell'arco di tempo ben definito (3-6 mesi).

Alla compilazione partecipano tutti gli operatori d'assistenza perché si rende necessario l'osservazione nella sua globalità assistenziale. Soltanto un confronto fra i vari operatori può dare un concreto valore al dato rilevato. Si propone anche di effettuare verifiche e valutazioni periodiche fra tutti gli operatori interessati al rilevamento, per definire, sempre nel rispetto delle diverse competenze un'ipotesi d'intervento riabilitativo individuale successivo.

CONCLUSIONI

L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche richiedono la necessità che anche il nursing geriatrico acquisisca dei caratteri di specializzazione. L'età avanzata si deve considerare un'età utile per l'individuo e in questo periodo delicato della vita dell'anziano il suo bisogno di essere non regredisce, ma si realizza sempre più completamente.

L'anziano è una persona e deve essere trattato come tale attraverso un elevato senso di responsabilità di chi lo assiste che deve svolgere un lavoro accurato, tecnicamente aggiornato e deve avere un'alta sensibilità nel rapporto assistenziale umano.

L'obiettivo principale dell'infermiere è quello di salvaguardare la qualità di vita della persona anziana, il benessere globale su un piano psicologico e sociale, tutelando la sua dignità di uomo, prevenendo i fattori di rischio e programmando una riabilitazione e una continuità di trattamento mantenendo una qualità di vita soddisfacente.

L'infermiere ha anche il compito di sostenere, affiancare, educare la famiglia che deve assistere un anziano.

L'infermiere deve osservare e possedere abilità nel superare situazioni conflittuali nutrendo un vivo interesse alla professione e adottando uno schema flessibile nell'assistenza all'anziano e comprendendo le finalità precise di un corretto rapporto interpersonale attraverso uno scambio reciproco di dare e ricevere.

L'approccio alla persona anziana ha cam-

biato volto e l'infermiere, dunque, diventa il protagonista principale di questo cambiamento e adattando l'infermieristica alle nuove metodologie assistenziali.

In una pubblicazione anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) afferma che nonostante le patologie croniche siano quelle prevalenti, i sistemi sanitari nel mondo non hanno un piano per gestire la cronicità. La gestione della cronicità viene definita dall'OMS la sfida del ventunesimo secolo, sfida da giocarsi nel nostro Paese all'interno dei modelli organizzativi dipartimentali e distrettuali.

In tale contesto gli infermieri hanno un ruolo centrale nel favorire e stimolare il cambiamento culturale, per una crescita personale e professionale. Questo è possibile attuarlo attraverso il continuo aggiornamento nel campo del nursing nonché con la ricerca infermieristica geriatrica, consapevoli del fatto che si tratta di un percorso lungo e difficile in cui si gioca il futuro della professione.

Note:

1 Legge quadro a 328/2000 approvata dal Senato il 18/ottobre 2000.

2 In particolare è presa come riferimento la Teoria infermieristica della Henderson e dell'Orem

3 SIOR: Scheda Integrata Ospite Residente (vedi allegato)

4 Virginia Henderson infermiera: definisce "la peculiare funzione dell'infermiere è quella di assistere l'individuo malato o sano nell'esecuzione di quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo ristabilimento (o ad una morte serena), attività che eseguirebbe senza bisogno d'aiuto se avesse la forza, la volontà o la conoscenza necessarie, in modo tale da aiutarlo a raggiungere l'indipendenza il più rapidamente possibile".

5 Dorotea E.Orem infermiera: definisce "la teoria della inadeguata cura di sé" il fine è aiutare la persona alla cura di sé cercando di stimolare le capacità residue d'ogni individuo, fino al raggiungimento dell'indipendenza funzionale dell'individuo.

AUTORI

Lorella Fanisio
Dirigente Servizio Infermieristico
RSA Santo Volto
S. Marinella (Roma)

SCHEMA INTEGRATA OSPITE RESIDENTE

NOME E COGNOME
 DATA.....

MOD.
 LETTO

	Mese	Gennaio		Febbraio		Marzo		Aprile		Maggio		Giugno	
		Data	1	15	1	15	1	15	1	15	1	15	1
BISOGNO													
	AUTONOMO												
	CON AIUTO												
BERE	DEVE ESSERE IMBOCCATO												
MANGIARE	DIFFICOLTA' MASTICAZIONE												
	NUTRIZIONE ENTERALE												
	NUTRIZIONE PARENTERALE												
	VA IN BAGNO AUTONOMAM.												
USO DEI SERVIZI	NECESSITA ASSISTENZA												
	NON SI RECA IN BAGNO												
	INCONTINENZA DOPPIA												
	AUTONOMO												
VESTIRSI E	NECESSITA DI AIUTO												
SVESTIRSI	DA VESTIRE/COLLABORA												
	DA VESTIRE NON COLLABORA												
	AUTOSUFFICIENTE												
	ACCOMPAGNATO IN BAGNO												
IGIENE	USO DI CATINO A LETTO												
	NECESSITA DI ESSERE LAVATO												
	AUTONOMO												
	SI ALZA CON AIUTO												
	CAMMINA CON AIUTO												
MOVIMENTO	IN CARROZZINA												
	IN POLTRONA												
	ALLETTATO												
	NESSUNA DIFFICOLTA'												
	DIFFICOLTA' DI ESPRESSIONE												
COMUNICARE	DIFFICOLTA' DI COMPRESIONE												
	ISOLAMENTO												
	CONFUSO/DISORIENTATO												
	NON CONTATTABILE												
	E' CURIOSO E INTERESSATO												
IMPARARE ED	RIFIUTA OGNI SPIEGAZIONE												
APPRENDERE	NON FA DOMANDE												

Ambulatori infermieristici nel 1° distretto dell'azienda UsI RMD

di Silvia Stivani*

Il Servizio Assistenza Infermieristica dell'Azienda USL RM D si è posto sin dalla sua istituzione(2001) obiettivi che esprimessero pienamente l'identità professionale e valorizzassero gli aspetti di autonomia e responsabilità. Secondo tale orientamento gli Infermieri Dirigenti dei quattro Distretti hanno assunto l'impegno di attivare gli Ambulatori Infermieristici per l'anno 2003.

L'esperienza di ogni singolo Distretto è risultata differente e numerose sono state le difficoltà incontrate. In proposito l'esperienza maturata dai colleghi della Azienda USL RM B è stata sicuramente preziosa in quanto ha consentito di individuare le priorità e la strategia migliore per realizzarle.

Presso il 1° Distretto Aziendale - Comune di Fiumicino - sono stati attivati tre Ambulatori. Di fatto la particolare configurazione demografica di questa area (54.000 abitanti su un territorio di oltre 222 Km2) ha determinato la necessità di creare più punti di riferimento per l'utenza. Nel merito va chiarito che storicamente presso i Posti di Primo Inter-

vento del Distretto (Fiumicino, Fregene, Palidoro) venivano erogate alcune prestazioni infermieristiche comprese, o in alcuni casi non comprese, nel nomenclatore tariffario





VENOSO
 cod 91.49.2
 - MEDICAZIONE
 USTIONE
 cod 93.57.1
 - FASCIATURA
 SEMPLICE
 cod 93.56.1
 - MEDICAZIONE
 INFERMIERISTICA
 cod 96.59
 - EDUCAZIONE DEL
 PAZIENTE
 DIABETICO
 cod 93.82.1
 - AEROSOLTERAPIA
 cod 93.94

PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE NON ASSIMILABILI (non comprese nel nomenclatore tariffario)

- TERAPIA INIETTIVA
 - INFUSIONE SOSTANZE FARMACOLOGICHE

Sin dall'inizio delle attività le équipes infermieristiche hanno verificato la necessità di qualificare il servizio al fine di evitare che l'aspetto tecnico, storicamente accettato da parte della popolazione, prevalesse sull'aspetto della relazione d'aiuto e quindi "della presa in carico dei bisogni dell'utente".

Il gruppo di coordinamento formato dall'Infermiere Dirigente distrettuale e dalle due Capo Sala referenti ha cominciato così a lavorare su differenti fronti. Le idee da concretizzare e le criticità da correggere emerse sono risultate molteplici. Si è deciso quindi di convertire alcuni di questi elementi in obiettivi infermieristici da raggiungere nell'anno 2004:

Il gruppo di coordinamento formato dall'Infermiere Dirigente distrettuale e dalle due Capo Sala referenti ha cominciato così a lavorare su differenti fronti. Le idee da concretizzare e le criticità da correggere emerse sono risultate molteplici. Si è deciso quindi di convertire alcuni di questi elementi in obiettivi infermieristici da raggiungere nell'anno 2004:

INCREMENTO QUANTITATIVO E QUALITATIVO DELLE ATTIVITÀ:

- aumento del 5% dei livelli prestazionali previsti rispetto all'anno precedente

della Medicina Specialistica. Questo spiega perché sin dall'inizio il numero degli utenti che hanno usufruito del servizio è stato molto elevato. I flussi informativi relativi alle attività svolte nell'arco dell'anno 2003 testimoniano di oltre 12.000 prestazioni. Attualmente sono attive tre agende CUP con le seguenti prestazioni:

PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE ASSIMILABILI (comprese nel nomenclatore tariffario)

- SOSTITUZIONE
 CATETERISMO VESCICALE
 cod 57.94
 - PRELIEVO SANGUE
 CAPILLARE
 cod 91.49.1
 - PRELIEVO SANGUE

- rapporto diretto di collaborazione con almeno per il 30% dei Medici di base
- distribuzione capillare di brochure informative sull'attività degli Ambulatori Infermieristici.
- collaborazione diretta con i Posti di Pronto Intervento (D.E.A.) per garantire la continuità assistenziale nei giorni festivi.
- collaborazione diretta con il Medico responsabile delle attività di chirurgia ambulatoriale del presidio ospedaliero aziendale.

GESTIONE STRUMENTI OPERATIVI INFERMIERISTICI:

- è operativa la cartella infermieristica.
- è stata elaborata tutta la modulistica necessaria alle attività interne al servizio (consenso informato, modulistica per il MMG e per il datore di lavoro, modulo riepilogo flussi giornalieri e mensili, per le attività amministrative aziendali, etc.)

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PERCEPITA DA PARTE DELL'UTENTE:

L'équipe ha incominciato a costruire le prime procedure. Il primo obiettivo è quello di rendere omogenea l'attività in tutti e tre gli ambulatori, il secondo è quello di validare il manuale presso l'U.O. Qualità Aziendale.

Dal Dirigente del Servizio Infermieristico Aziendale è stata indicata l'esigenza di uniformare il modello organizzativo di tutti gli ambulatori infermieristici aziendali, pertanto si è costituito un gruppo di lavoro interdistrettuale con l'obiettivo di condividere questa nuova esperienza e di individuare la strategia che consenta di rispondere meglio alla domanda di salute dei cittadini, valorizzando nello stesso tempo il modello dell'infermiere di comunità.

Come responsabile infermieristico del distretto posso dire che questa esperienza a tutt'oggi si è dimostrata molto stimolante e, ci tengo a sottolinearlo, che i risultati ottenuti sono stati possibili grazie alla partecipazione attiva di tutta l'équipe. Da parte

mia l'unico rammarico, se così può essere definito, è quello di non riuscire ancora a prendere in carico attivamente la persona, attraverso la valutazione infermieristica del suo stato di salute, presa in carico rivendicata per lungo tempo dalla professione e finalmente riconosciuta.

AUTORE

D.A.I. Silvia Stivani - Infermiera Dirigente 1° Distretto Azienda USL RM D

bibliografia

Marisa CANTARELLI, *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, Ed. Masson, Milano, 2003

Marinella D'INNOCENZO, *Nuovi modelli organizzativi per l'assistenza infermieristica L'Ambulatorio Infermieristico territoriale*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003

Gentile Presidente, ho 48 anni e da quasi 25 faccio l'infermiera. Ne ho viste tante in questi anni, ho visto la professione trasformarsi, l'ho vista maltrattata e offesa, la vedo crescere anche se con molte contraddizioni. Mi pare proprio che l'Ecm sia tra le peggiori, anche perché tocca tutti i colleghi da vicino.

Non discuto il significato dell'Ecm e sono d'accordo con lei quando dice che è una sfida in positivo per la professione. Contesto invece il modo di farla che scarica tutto sulle nostre spalle, le spese, gli spostamenti, il tempo che manca per tutto il resto. Diventa un peso enorme soprattutto raggiungere le varie sedi dei corsi, la giornata e i turni di lavoro vengono sconvolti dagli spostamenti.

E' possibile che non si riesca ad organizzare un modo diverso per fare l'Ecm? Si è detto che la formazione a distanza avrebbe eliminato almeno il problema del tempo con la possibilità di seguire i corsi in sede. Ma dov'è questa formazione a distanza? Io non ne trovo traccia. Mi sembra paradossale che oggi, nell'era dell'informatica, si praticano interventi chirurgici a distanza e non si riescono a fare dei corsi Ecm on-line. Non sarebbe meglio per tutti?

Lettera firmata

Cara collega,
certo che sarebbe meglio per tutti. La

formazione a distanza è una soluzione, non certo la sola, ma indubbiamente importante per la questione Ecm. La sua lettera fotografa bene l'onere che ricade oggi pesantemente sugli infermieri e propone le domande di un'intera professione.

La Fad, come viene definita in sigla la formazione a distanza, ha potenzialità davvero molto grandi. Il Collegio non si stanca di ripeterlo in ogni occasione, di sollecitare gli organi competenti e le Aziende ad investire in questa direzione. E, aggiungo, a risparmiare. Proprio così, come lei sottolineava: sarebbe meglio per tutti.

I vantaggi della Fad sono molteplici, tutti notevoli. L'utilizzo di un programma di largo accesso attraverso attraverso la rete, attraverso videoconferenze ed altri supporti informatici amplia l'offerta formativa a un maggior numero di professionisti, confeziona i corsi sulle esigenze formative specifiche di una realtà sanitaria contribuendo alla sua qualità, induce un risparmio economico considerevole rispetto agli eventi Ecm di tipo residenziale.

E' certamente il futuro della formazione continua. Come spesso accade quando c'è di mezzo un processo innovativo, il nostro Paese stenta a comprendere e a reagire. Un vezzo forse addebitabile a una mentalità pigra, poco predisposta al nuovo.

La strada è segnata ma ancora lunga, cara collega.

La sperimentazione che ha voluto la Commissione Nazionale ECM e che è terminata con successo già quattro mesi fa, non ha avuto ancora seguito per un ingiustificato rinvio da parte della Conferenza Stato-Regioni. Eppure sono stati decine di migliaia i colleghi che hanno partecipato alla sperimentazione e che hanno potuto acquisire con questa modalità i crediti ECM sia per il 2004 che per il 2005. Il Collegio Ipasvi di Roma ha poi contribuito a produrre un esempio di corso su supporto informatico con la collaborazione di una grande società di telecomunicazioni che ha messo a disposizione gratuitamente le piattaforme di cui dispone. Ed è in via di diffusione una collana di CD sulla tematica dell'assistenza infermieristica al paziente con dolore realizzata da un gruppo di lavoro costituito dalla Federazione Ipasvi, composto da colleghi esperti nella materia e sempre con il necessario supporto di una società di informatica.

La formazione a distanza, costituisce quindi certamente un importante valore aggiunto per l'Ecm. Consente infatti l'allestimento di eventi formativi mirati, in linea con gli obiettivi dei rispettivi Piani Sanitari Regionali e Aziendali. Esigenze che vanno monitorate e interpretate ancor prima di progettare l'evento formativo. C'è dunque bisogno di un'attività preventiva di studio e di rileva-

zione, la stessa che finora è largamente mancata nella complessa gestione del pianeta sanità. Mi permetto allora di non cedere all'ottimismo.

E poi le garanzie di qualità e continuità dei corsi, oltre alla verifica dei risultati tramite lo strumento del follow up. Tre elementi, questi, piuttosto critici e che non vanno sottovalutati per scongiurare brutte sorprese.

Inoltre la normativa rende oggi più agevole l'allestimento di iniziative Fad: la Direttiva congiunta dei Ministeri per l'Innovazione e della Funzione Pubblica del 6 agosto 2004 definisce obiettivi, organizzazione, ruoli e principi guida dei progetti di e-learning nella pubblica amministrazione, Fad compresa.

Abbiamo detto che l'avvio a regime della FAD aiuterà senz'altro a rendere più fruibile e meno onerosa la formazione continua: ma non basta. Bisogna puntare ad un vero sviluppo della formazione fatta sul posto di lavoro, in orario di servizio e su temi che siano di sicuro di interesse del professionista che lo frequenta.

Sta a noi tutti comunque sollecitare, reclamare e insistere con le rispettive strutture sanitarie affinché la formazione continua sia garantita veramente a tutti. Anche a lei, cara collega. Unendo gli sforzi e la grinta di ognuno potremo farcela.

in pillole

Luce sulla carie

Potrebbe essere la chiave di volta dell'igiene orale: una speciale torcia con cui... lavarsi i denti. L'hanno presentata a Boston i ricercatori del Forsyth Institute, insieme ai primi risultati della loro ricerca. Questi indicano che l'efficacia antibatterica della torcia potrebbe essere maggiore di qualsiasi lavaggio antisettico della bocca.. L'azione della torcia indurrebbe la morte dei microrganismi che danneggiano le gengive. La luce emessa viene assorbita dalle ferroporfirine dei batteri, innescando al loro in-

terno la formazione di sostanze tossiche che finiscono col provocare la morte del germe. Nelle cellule in coltura, la luce blu di un'alogeno è capace di uccidere le colonie in pochi secondi. Ed è capace di ucciderle in maniera selettiva, proprio perché le ferroporfirine non sono presenti in tutti i tipi di batteri. Secondo gli autori, l'utilizzo per due minuti al giorno dello speciale attrezzo che irradia una luce bluastro e fredda potrebbe inoltre evitare che i ceppi batterici possano divenire resistenti. La sua azione non danneggerebbe né modificherebbe le cellule umane.



Gli applicativi per automatizzare il lavoro infermieristico

In questo numero di Infermieri in Rete vorrei affrontare un argomento che tanti colleghi hanno chiesto: gli applicativi gestionali per le attività infermieristiche. Più semplicemente, le soluzioni "a portata di mano" utili per snellire in qualche modo il lavoro dell'infermiere o del coordinatore.

Qualche collega utilizza una suite di applicativi per computer al fine di registrare, consultare e gestire i turni di servizio della propria Unità Operativa: Microsoft,, Office, (<http://www.microsoft.it>); comprende in Database, un Editor di Testi, un Foglio Elettronico e un programma per Presentazioni multimediali. E' un prodotto commerciale, e viene distribuito dietro licenza a pagamento.

Quello che non tutti sanno è che esiste una valida alternativa a questa suite, dietro licenza *open source* gratuita, dal nome OpenOffice,, (<http://www.openoffice.org>); disponibile anche in lingua italiana (<http://it.openoffice.org>) questo pacchetto rappresenta la *chiave di volta* per i professionisti che intendono utilizzare una piattaforma valida ma soprattutto compatibile con i formati del sopraccitato Microsoft,, Office,. Inoltre, OpenOffice,, registra i documenti prodotti secondo lo standard *Open Document Format for Office Applications (OpenDocument)*, garanzia che il lavoro svolto sarà interoperabile anche su altri applicativi.

OpenOffice, a differenza del *fratello maggiore* a pagamento, è disponibile (direttamente all'indirizzo web citato) per tutti i Sistemi Operativi, ovvero Microsoft,,

Windows,, Linux e Macintosh,,.

Ma internet rappresenta sempre il *mare magnum* delle informazioni e delle risorse, anche se oggi è sempre più faticoso reperirne di valide ed efficaci; ho trovato, durante le mie ricerche, il sito di un collega infermiere (lavora in Unità Coronaria a Treviso) che crea e distribuisce applicativi gratuiti (ma senza alcuna garanzia, ovviamente) per alcuni campi di interesse professionale; il suo sito è:

<http://kapelis.altervista.org/>

Troviamo disponibile:

Applicativo per le consegne infermieristiche

Due applicativi per la gestione dei turni (uno per il singolo infermiere, l'altro per il coordinatore)

Programma per la gestione dei Crediti Formativi ECM

Conversione e dosaggi

Contabilità

Il collega, pur distribuendo questi applicativi gratuitamente, chiede la registrazione (gratuita anch'essa) da parte nostra, se vogliamo utilizzarli.

Un altro collega ha realizzato un foglio di calcolo per i turni, in versione dimostrativa, ma sembra aver abbandonato il progetto; se qualcuno lo vuol provare, lo scaricate da qui:

<http://web.tiscali.it/pokoto/turnipok.htm>

A cura di Fabrizio Tallarita

Webmaster del Collegio IPASVI di Roma

webmaster@ipasvi.roma.it

Quanta confusione! E che disinformazione! Quasi non passa giorno che gli organi di informazione, per quanto diffusi e prestigiosi, non ci propinino delle "perle" riguardo alla figura e al ruolo degli infermieri.

Si tratta per lo più di incompetenza allo stato puro, in cui la professione infermieristica viene confusa e mescolata con altre figure sanitarie. Ci siamo così ritrovati a dover rettificare articoli di stampa che informavano di uno sciopero proclamato dagli "infermieri-portapasti" o a dover reagire duramente per l'inaccettabile equiparazione tra infermieri e portantini. Per non dire delle vicende di cronaca che hanno visto protagonisti dei colleghi e che hanno dato la stura ad una serie di imbarazzanti quanto fuorvianti commenti sulla professione, neanche a dirlo, fortemente denigratori.

Casi che si ripetono con una frequenza disarmante e che indurrebbero quasi alla rassegnazione. Ma una professione come la nostra, cresciuta sotto ogni aspetto negli ultimi anni come nessun'altra, non può trincerarsi dietro l'ineffabilità della disinformazione. No, non è questo un destino che possiamo accettare senza reagire duramente. Non possiamo farlo per noi stessi e per i colleghi di domani, quei giovani che già oggi s'imbattono in una rappresentazione mediatica dell'infermiere lontana anni luce dalla realtà.

E allora eccoci qua a denunciare l'ennesimo caso in cui la professione infermieristica viene bistrattata dai mezzi di informazione, che in molti casi si

ostinano a far passare un'idea sbagliata della realtà infermieristica e delle sue caratteristiche.

L'ultimo caso, segnalatoci opportunamente da diversi colleghi, è quello che ha visto protagonisti in negativo una testata giornalistica prestigiosa come il "Corriere della Sera" che, sul suo sito web, citando uno studio pubblicato su "Salary.com", attribuisce alle casalinghe, nessuna esclusa, le competenze professionali delle infermiere.

Per la verità, il messaggio che si intendeva far passare, quello cioè di donne tuttotfare e impegnate quotidianamente tra le mura domestiche in una serie complessa di attività, è del tutto condivisibile. Affermare però che, nella difficile gestione familiare, ogni casalinga esercita le funzioni di "insegnante, educatrice, autista, cuoca, donna delle pulizie, amministratrice ed infermiera" è francamente troppo.

Perché allora non attribuire alle casalinghe a tempo pieno anche le caratteristiche di ingegnere, pedagoga, restauratrice, commercialista, cantastorie? E perché non quella di astronauta?

La ricerca in questione, ripresa e pubblicata anche da altri organi di stampa, puntava a quantificare il giusto compenso monetario che, a fronte delle loro prestazioni, le casalinghe italiane meriterebbero per il loro lavoro quotidiano in casa. E nel calcolo di tali competenze si è voluto far rientrare anche le prestazioni infermieristiche.

E' vero, ne abbiamo viste e sentite di peggiori. Tuttavia, non possiamo non stigmatizzare l'uso distorto che i mezzi



di comunicazione di massa continuano a fare degli infermieri, sminuendone a livelli inaccettabili le competenze, le conoscenze, le abilità professionali.

Non ci resta quindi che rammentare agli operatori dell'informazione che quello dell'infermiere non è un mestiere ma è una professione. Una differenza di non poco conto, che sottintende una preparazione specifica di elevato livello. Insistiamo dunque nel ribadire che per esercitare la professione infermieristica è necessario percorrere un lungo e difficile percorso formativo: occorre avere un diploma di scuola media superiore per accedere al-

l'università, la sola oggi a poter rilasciare il titolo di studio infermieristico. E poi, un'ultima considerazione: ma se davvero bisognerebbe compensare con stipendi adeguati le casalinghe poiché, tra le altre attività domestiche, svolgono di fatto anche quella di infermiera, quale sarebbe il compenso giusto per una vera infermiera che, dopo una dura giornata di lavoro in corsia, a stretto contatto con la sofferenza e con la complessità dei problemi clinici e psicologici della persona malata, torna a casa, sveste il suo camice e indossa il grembiule da casalinga?

in pillole

L'IPERTENSIONE CAMBIA CANALE

Dallo studio dei canali ionici nuove prospettive nella lotta all'ipertensione arteriosa. I canali ionici sono formati da proteine presenti sulla membrana plasmatica di ogni cellula, con funzioni importanti in molte attività biologiche. Un gruppo di ricerca italiano dell'Istituto di Biofisica del Cnr di Genova, in collaborazione con l'Università di Bari, ha individuato una serie di elementi che stimolano l'attività dei canali. Attraverso la tecnica biofisica del "patch-clamp" che utilizza flussi di corrente elettrica ad alta risolu-

zione, sta ora studiando i canali ionici renali, implicati nella produzione dell'urina. In particolare, la ricerca si concentra su quelli del cloruro, coinvolti nella sindrome di Bartter, una patologia genetica che causa l'eccessiva perdita di potassio. Comprendere i meccanismi che regolano l'attività dei canali ionici appare di grande utilità anche per risolvere disturbi più comuni come l'ipertensione arteriosa. Poter modulare l'attività dei canali, come il team di ricerca del Cnr ha già fatto impiegando sostanze che inibiscono i canali cloruro-calcio, si rivelerebbe decisivo nella realizzazione di farmaci ipertensivi con azione simile a quella dei diuretici, ma con minori effetti collaterali.

IL CONSENSO INFORMATO

È storia (giudiziaria) recentissima il caso del padre che in qualità di tutore della figlia interdetta perché in coma irreversibile, secondo i criteri della scienza medica, e in stato vegetativo permanente, chiedeva l'interruzione delle cure che consentivano la protrazione della vita seppure in stato vegetativo.

Il ricorso, presentato dal padre/tutore era sostanzialmente motivato dalla necessità di sottrarre la figlia alle condizioni di vita disumane e degradanti nelle quali era costretta a proseguire la propria esistenza.

In particolare, sosteneva il padre che la ragazza non era (e non è) in grado di esprimere alcun consenso riguardo ad atti che si configurano come invasivi della sua personale integrità psicofisica.

Pertanto risulterebbe violato l'art.32 cost sotto un duplice profilo:

la volontarietà del trattamento sanitario
il limite del rispetto della dignità umana oltre il quale non si può applicare alcun trattamento sanitario.

Nella fattispecie sarebbe, secondo la ricostruzione del padre, non dignitoso il costringere una persona a vivere come un vegetale (e non quindi umanamente).

Avvertiamo subito che la Corte di Cassazione non ha deciso la questione nel merito ma ha respinto il ricorso del padre per un banale errore di valutazione nella notificazione del ricorso stesso e ciò nonostante, la sentenza presenta degli spunti piuttosto interessanti.

Innanzitutto, riprendendo l'orientamento del Tribunale, la Suprema Corte ha ricordato che "la nozione di cura del sog-

getto incapace implica un quid (ossia "un qualcosa") di positivo, volto comunque alla conservazione della vita del soggetto stesso, con la conseguenza che sarebbe contraddittorio attribuire al tutore la potestà di compiere atti che implicino di necessità la morte del soggetto; ... l'ordinamento giuridico sottende una totale difesa della vita umana, e che l'autorizzazione al tutore, e cioè a soggetto diverso dal diretto interessato, a far cessare ogni forma di somministrazione alimentare non trova, allo stato della legislazione, adeguato fondamento giuridico".

Afferma la Corte, che il consenso a far cessare ogni trattamento sanitario indispensabile al mantenimento in vita, "presuppone il ricorso a valutazioni della vita e della morte che trovano il loro fondamento in concezioni di natura etica o religiosa, e comunque anche extra giuridiche, quindi squisitamente soggettive: con la conseguenza che giammai il tutore potrebbe esprimere una valutazione che, ..., possa affermarsi coincidente con la valutazione dell'interdetta".

Secondo la Corte di Cassazione, per gli atti c.d. "personalissimi" (tra cui rientra la scelta di vita o di morte) non è sufficiente la rappresentanza del tutore ma occorre anche quella del "curatore speciale" nominato dal giudice tutelare su ricorso dello stesso tutore.

Perché tutto questo? Secondo la Corte, il tutore potrebbe avere un interesse potenzialmente confliggente con quello dell'interdetto e, con un'elastica interpretazione delle norme in materia, arriva quindi a di-

mostrare la necessità della nomina del curatore speciale.

Nella specie ciò non era stato fatto e quindi il ricorso è stato pilatescamente dichiarato inammissibile senza affrontare la vera questione.

* * *

Vorrei concludere con un riferimento fondamentale alla Convenzione di Oviedo del 24 aprile 1979 che secondo la Corte di Cassazione non è in contrasto con il ragionamento che vi ho riportato sopra (in termini semplificati ed epurato dai tecnicismi).

Chiariamo subito che la Convenzione di Oviedo è una convenzione internazionale tra gli stati membri dell'UE (cui possono aderire altri Stati non appartenenti all'Unione).

La Convenzione permette una ratifica dei patti ivi contenuti apponendo delle condizioni specifiche all'atto della ratifica.

L'Italia ha ratificato la Convenzione senza apporre alcuna condizione. Il provvedimento di ratifica è la legge 28 marzo 2001 n.145. Ai sensi dell'art. 1 *"Le parti di cui alla presente Convenzione proteggono l'essere umano nella sua dignità e nella sua identità e garantiscono ad ogni persona, senza discriminazione, il rispetto della sua integrità e dei suoi altri diritti e libertà fon-*

damentali riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina".

La norma della Convenzione applicabile al caso in esame è l'art.6, comma 3, secondo cui *"Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un altro motivo similare, non ha capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge..."*

Effettivamente, la Convenzione rimette alla legislazione dei singoli Stati l'individuazione del soggetto che ha la rappresentanza di chi non ha la capacità di dare il proprio consenso.

Secondo la ricostruzione della Corte di cassazione nel caso di persona interdetta da sottoporsi ad atti invasivi (come è il caso degli atti per il mantenimento in vita di soggetto in stato vegetativo) non è sufficiente il mero consenso del tutore ma, occorre anche il consenso espresso del curatore speciale nominato ad hoc ed infine il provvedimento del giudice tutelare.

AUTORE

Avv. Alessandro Cuggiani

L'ASSISTENZA... IN SICUREZZA

Anche gli infermieri hanno la loro copertura assicurativa per la responsabilità civile.

Il sistema di protezione messo a punto da Ipasvi con la compagnia Reale Mutua Assicurazioni costituisce un importante "cappello protettivo" della categoria contro il rischio di richieste di risarcimento per responsabilità professionale. L'adesione alla convenzione è su base volontaria. Non solo una polizza assicurativa; il sistema è concepito per controllare i rischi effettivi della professione e per offrire agli iscritti una costante consulenza nelle questioni riferite alla responsabilità professionale. Non più l'infermiere che da solo deve fronteggiare avvocati e medici legali, ma una difesa collettiva della categoria. E la tutela del singolo infermiere diventa la difesa di tutta la professione.

E' aperta la campagna di sottoscrizione volontaria della polizza.

Le adesioni si ricevono presso i Collegi provinciali di appartenenza. Il Collegio Ipasvi di Roma ti aspetta per ogni utile chiarimento.

Informazioni disponibili anche sul sito della Federazione Nazionale Ipasvi: www.ipasvi.it (sezione "polizza R.C.").



IPASVI

SCHEDA DI ISCRIZIONE E DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA XIV CONGRESSO IPASVI ROMA 20 - 22 ottobre 2005

La presente scheda è valida per la registrazione di un partecipante. Per ulteriori schede di registrazione, si prega di consultare il sito web www.ipasvi.it, o di contattare il nostro ufficio di registrazione e prenotazione alberghiera al 0632812.308

**Si prega di compilare in stampatello ed inviare alla Segreteria Organizzativa:
EGA - V.le Tiziano, 19 - 00196 Roma
tel. 0632812308 - fax 063240143 / 063222006 - e-mail ipasvi2005@ega.it**

PARTECIPANTE

Cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita | ____ | ____ | ____

Codice Fiscale | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Iscritto al Collegio IPASVI di _____

Indirizzo per la corrispondenza _____

CAP _____

Città _____

Provincia _____

Telefono _____

Fax _____

E-mail _____

infermiere

assistente sanitario

infermiere coordinatore

infermiere pediatrico

infermiere docente / tutor

infermiere dirigente

altro _____

A) QUOTE DI ISCRIZIONE (20% IVA inclusa)

Dopo il 3 ottobre 2005, sarà possibile iscriversi esclusivamente presso la sede congressuale, se vi saranno posti disponibili

entro il 31 luglio 2005

€ 90,00

dopo il 31 luglio 2005

€ 100,00

B) PRENOTAZIONI ALBERGHIERE

Si prega di voler indicare 3 scelte di albergo. Tutte le prenotazioni alberghiere dovranno pervenire unitamente ad un deposito che corrisponde ad una notte di soggiorno.

Albergo

1ª scelta _____

Arrivo | ____ | / | ____ | / 05 Partenza | ____ | / | ____ | / 05

2ª scelta _____

N° | ____ | Singola(e) N° | ____ | Doppia(e) Uso Singolo N° | ____ | Doppia(e)

3ª scelta _____

CANCELLAZIONI

Prenotazioni Alberghiere

entro il 2 settembre 2005

tra il 2 settembre e il 1 ottobre 2005

dopo il 2 ottobre 2005 o in caso di no-show

penale: nessuna

penale: 1 notte di soggiorno

penale: totale delle notti prenotate

Quota di iscrizione

Non è rimborsabile

Ripetete per favore il vostro nome

Cognome _____ Nome _____

IMPORTO TOTALE

A) Quota di iscrizione € | _____ |

B) Prenotazione alberghiera € | _____ |

Totale € | _____ |

PAGAMENTO con **carta di credito** Visa MasterCard CartaSi Diners Club

Carta di credito N° | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Data di scadenza | _ | _ | _ | / | _ | _ | _ |

Titolare carta _____ Firma titolare carta _____

 con **assegno** bancario o circolare in Euro intestato a *Studio Ega Srl* **bonifico bancario** intestato a *Studio Ega Srl*, c/c 2104, Banca Sanpaolo IMI, Filiale 36, ABI 01025, CAB 03236, CIN C, del quale **allego copia****DATI FISCALI PER LA FATTURAZIONE**

Intestazione della fattura _____

Domicilio fiscale _____

CAP _____

Città _____

Partita IVA _____

Ho letto ed accetto le condizioni di prenotazione/cancellazione indicate in questa scheda di iscrizione

Informativa D. L. gs. 30 giugno 2003, N. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, desideriamo informarVi che i Vostri dati personali, da Voi conferiti alla nostra Società in occasione di rapporti intercorsi e direttamente comunicatici in occasione di eventi da Noi organizzati, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della normale attività societaria, anche tramite la consultazione di fonti o documenti pubblici o pubblici registri, saranno trattati nel rispetto delle norme vigenti e nelle forme e nei limiti previsti dalla legge. I Vostri dati sono assoggettati a trattamenti da parte della nostra società, per le seguenti finalità: adempimenti connessi a norme civilistiche, fiscali, contabili, gestione amministrativa del rapporto, eccetera; adempimento degli obblighi contrattuali; adempimenti connessi al rapporto in essere, alla comunicazione di nuove iniziative verso di Voi e comunque afferenti ai rapporti precedentemente instauratisi. Il conferimento di dati per l'effettuazione dei predetti servizi ha natura obbligatoria, essendo connesso all'esecuzione dei rapporti contrattuali instaurati ed agli adempimenti di legge derivanti da tali rapporti. I trattamenti sono effettuati secondo le prescrizioni stabilite dal citato Decreto Legislativo sia manualmente sia con l'ausilio di supporti informatici e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dall'articolo 11 del D.Lgs. 196/2003, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso Decreto con il termine di "trattamento". Tali operazioni di trattamento dei dati personali avverranno rispettando scrupolosamente i principi di riservatezza e di sicurezza richiesti dal D.L. sopra richiamato ed ispirandosi ai principi di correttezza e liceità di trattamento che la nostra società ha fatto propri. I Vostri dati personali possono essere da noi comunicati a: nostre società controllate e collegate solo per comunicazioni aventi per oggetto materie affini a quelle oggetto del ns. rapporto; soggetti che svolgono attività strumentali all'esecuzione delle operazioni o dei servizi contemplati nei nostri rapporti contrattuali, ovvero soggetti incaricati dello svolgimento di attività connesse o di supporto a quelle svolte dalla nostra società nei Vostri confronti; enti e organismi pubblici che hanno per legge, regolamento o direttiva comunitaria, diritto o obbligo di conoscerli.

L'art. 7 del T.U. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare del trattamento la conferma dell'esistenza o meno di dati che lo riguardano e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; può inoltre opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che lo riguardano chiedendo la loro distruzione. Vi informiamo che titolare del Trattamento dei Dati, ai fini del suddetto Decreto, è la scrivente Società. Il responsabile del trattamento è la Vice-Presidente dello Studio Ega. In ogni momento Voi potrete esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del citato D.Lgs. 196/2003, ivi compreso quello di conoscere l'elenco dei responsabili e degli incaricati al trattamento, indirizzando comunicazione a: Studio Ega Srl, Viale Tiziano 19, 00196 Roma

Consento al trattamento dei dati personali indicati nell'informativa

Data _____ Firma _____



XIV
Congresso
Nazionale

L'INFERMIERISTICA ITALIANA IN **EUROPA**

INCONTRO E CONFRONTO DI OBIETTIVI E VALORI



IPASVI

Federazione Nazionale
dei Collegi Infermieri

www.ipasvi.it

Roma
20•21•22
ottobre 2005