INFED MALDE

Periodico di idee, informazione e cultura del collegio IPASVI di Roma

N°1



EDITORIALE Fare... non solo dire

Comparazione delle complicanze/effetti avversi tra introduzione oro-tracheale vs rino-tracheale: revisione della letteratura

Leadership e motivazione: due facce della stessa medaglia nel management infermieristico

Relazione Assemblea iscritti 2008

Troppi imboscati: gli infermieri si ribellano



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

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 Anno XVIII - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2008

FOTO: MARIO ESPOSITO

STAMPA: GEMMAGRAF EDITORE

00171 Roma - Via Tor de' Schiavi, 227 Tel. 06 24416888 - Fax 06 24408006 e-mail: info@gemmagraf.it

Finito di stampare: giugno 2008

Tiratura: 28.000 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.

SOMMARIO

FDITORIALE

- 1 Fare... non solo dire di Gennaro Rocco
- 3 Comparazione delle complicanze/effetti avversi tra introduzione oro-tracheale vs rino-tracheale: revisione della letteratura di Massimo Giordani
- 10 QALYs: aspettativa di vita, in anni, di una persona aggiustati per la qualità di vita.

 di U. Tulli. E. Valeri
- 16 Leadership e motivazione: due facce della stessa medaglia nel management infermieristico di Rosita Perin e Leda De Santis
- 20 La comunità terapeutica di Paolo Tarantino
- 22 Utilizzazione delle diagnosi secondo la classificazione Nanda ed il Modello NIC/NOC, nell'ospedale S. Giovanni Calibita, Fatebenefratelli

di Elisabetta Forti, Alessia Manteo

- 26 La cartella infermieristica e informatizzata proposta di un progetto nei servizi ambulatoriali di medicina interna di Laura Sabatino
- 32 La dignità e il rispetto per la dignità due valori fondamentali nella pratica infermieristica

di Alessandro Stievano

FOCUS

Assemblea annuale degli iscritti 2008 "relazione del presidente"

- 40 Relazione Assemblea iscritti 2008
- 58 Toppi imboscati: gli infermieri si ribellano

L'ANGOLO DEI MEDIA

- 59 Non che ci meravigli più di tanto
- 0 II Collegio IPASVI di Roma ottiene la certificazione ISO 9001 Promossi in qualità

L'AVVOCATO DICE

- 64 Commento all'ordinanza del Tribunale di Moltepulciano di Alessandro Cuggiani
- 65 SAPERE INFERMIERISTICO

III Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico

EDITORIALE



Fare... non solo dire

di Gennaro Rocco

Con sé il nuovo Parlamento porta un fardello pesante di cose da fare. Fare, appunto, non solo dire. Agli infermieri non bastano più gli impegni o le solite promesse. E' una richiesta forte, perentoria. E ha dalla sua l'interesse generale, la sicurezza dei cittadini, il diritto stesso a un'assistenza di qualità.

Con la precedente Legislatura sono cadute molte importanti istanze avanzate inutilmente dagli infermieri e da altre professioni sanitarie. Ci siamo battuti con determinazione su più fronti. Se alcuni (da ultimo la nuova disciplina che regola l'accesso alla Dirigenza) ci hanno fruttato qualche soddisfazione, altri (come la riforma degli Ordini professionali) sono rimasti aperti, appesantiti peraltro da sentimenti di cocente delusione.

Restano irrisolte questioni di importanza capitale. Gli infermieri e tutte le figure sanitarie che operano quotidianamente per l'interesse dei cittadini chiedono alle nuove Camere e al nuovo Governo di affrontarle con celerità e decisione.

La realtà che la sanità nazionale vive ogni giorno impone a tutti uno scatto in avanti. Un passo che gli infermieri hanno già compiuto, continuando a sobbarcarsi condizioni di lavoro che in molte realtà non sono più accettabili. La "questione infermieristica" deve essere inquadrata come tale e va affrontata con determinazione e con scelte coraggiose. Tutti gli studi del mondo hanno dimostrato che non solo la qualità dei servizi sanitari ma la stessa sicurezza dei pazienti migliorano sensibilmente quando c'è un adeguato numero di infermieri.

Da noi la carenza di infermieri ha ormai superato ogni livello di guardia e peggiora di anno in anno. Solo nel Lazio mancano almeno 4 mila infermieri. In Italia abbiamo 5,4 infermieri ogni mille abitanti, l'Irlanda ne ha 14, la Gran Bretagna 12 e l'Unione Europea fissa il rapporto minimo a 9 infermieri per mille abitanti. La corda è già tesissima, se non si correrà subito ai ripari presto si spezzerà. Bisogna agire con la massima

urgenza per scongiurare la chiusura dei molti servizi e reparti ridotti sull'orlo del collasso. Per arginare questo disastro la Federazione IPASVI chiede di attivare ogni anno circa 23.000 nuovi posti nei corsi di Laurea in Infermieristica: ne vengono messi a bando invece non più di 14.000. Si capisce subito che con questo trend non si va verso una soluzione del problema ma verso un peggioramento. Ma c'è un altro paradosso: il blocco delle assunzioni penalizza anche i pochi infermieri che si laureano costringendoli al precariato o comunque a ritardi nel reclutamento che appaiono inconcepibili. Il Parlamento, il nuovo governo, le Regioni al di là delle posizioni politiche, sono chiamati a compiere scelte chiare, efficaci e risolutive e devono finanziarle adequatamente. L'imperativo è rinforzare gli organici ma anche rendere la professione infermieristica più attrattiva per i giovani, garantendole l'indispensabile ricambio generazionale. Lo sblocco immediato delle assunzioni ha la priorità assoluta ma serve anche un deciso cambio di rotta sulla questione salariale e sulle carriere con l'adozione di percorsi in grado di generare ricadute positive su chi lavora già e che avvicinino i giovani alla professione. Al riconoscimento legislativo di professione intellettuale non corrispondono ancora condizioni contrattuali ed economiche adequate. Con la loro crescita gli infermieri si sono sobbarcati nuovi oneri e grandi responsabilità. E' doveroso riconoscere questo anche nella

La riforma degli Ordini professionali è un'altra esigenza stringente per tutti noi. Non è solo una questione di dignità professionale. E' per noi essenziale sentirci considerati a tutti gli effetti per ciò che siamo: protagonisti assoluti dell'assistenza, artefici di una professione moderna, in costante evoluzione. Nella precedente Legislatura il Governo non ha mantenuto fede agli impegni che ripetutamente aveva preso con gli infermieri. Ha lasciato che la delega assegnatagli dal Parlamento per trasformare i Collegi in Ordini e istituire i nuovi Ordini professionali per le figure sanitarie che ancora ne

retribuzione.

FDITORIALE

sono prive scadesse inutilmente. Si è così perso oltre un anno per l'effettiva applicazione di una legge approvata peraltro in modo bipartisan da entrambe le Camere. Al nuovo Esecutivo chiediamo di riprendere l'iter da dove si interrotto e, senza ulteriori indugi, dare applicazione alla legge.

Alle forze politiche chiediamo di concepire una Legge finanziaria di svolta per il 2009. Con il contributo di tutti si può voltare pagina, investire davvero sui servizi per renderli capillari ed efficaci sul territorio. L'incremento repentino della popolazione anziana che pone l'Italia fra i Paesi più "vecchi" al mondo impone questa come una scelta obbligata. Investire sull'assistenza domiciliare e territoriale vuol dire ristrutturare alla base una spesa sanitaria oggi troppo sbilanciata sui ricoveri, oberata da prestazioni improprie e assurde diseconomie.

E' perciò necessario incrementare la rete dei servizi di assistenza, oggi ancora scarsa e mal distribuita sul territorio, affidandone la guida agli infermieri. Così del resto avviene da molti anni (e con ottimi risultati) nei Paesi a sanità avanzata. Ruolo e competenze che gli infermieri debbono poter esercitare anche nei campi, altrettanto strategici per la salute, della prevenzione e dell'educazione sanitaria. Inoltre vanno attivati concretamente in tutte le strutture i Dipartimenti infermieristici come chiave di volta per archiviare modelli organizzativi obsoleti e penalizzanti.

Vanno rivisti i modelli organizzativi dei nostri ospedali. La loro organizzazione per intensità di cura o per complessità assistenziale risponde certamente meglio alle nuove esigenze del sistema sanitario. La continuità delle cure e lo sviluppo di

una rete di servizi integrati alternativi ai ricoveri devono diventare realtà e non più "solo progetti". Ci si aspetta inoltre una moralizzazione della sanità con la valorizzazione ed il riconoscimento delle competenze e delle capacità professionali. Va applicata finalmente la legge 43/06 che prevede oltre alla carriera manageriale anche la carriera clinica legata al possesso di specifici master e va riconosciuto anche agli infermieri l'esercizio della libera professione intra moenia. Altra nota dolente è la ancora troppo esigua presenza degli infermieri negli organici dell'Università: deve aumentare sensibilmente il numero dei docenti-infermieri nei corsi di laurea, ampliando i posti destinati a ricercatori, professori ordinari e associati.

C'è infine il capitolo dell'Ecm. Il nuovo programma appena avviato deve realmente rispondere ai bisogni di aggiornamento professionale e le ore che i professionisti gli dedicano vanno riconosciute come ore effettive di lavoro.

Questo succinto memorandum che sottoponiamo alla politica ed al nuovo governo in particolare, ripropone istanze che da tempo gli infermieri rilanciano, il più delle volte inascoltati. Ma il tempo degli impegni è scaduto. Ora ci aspettiamo concretezza. Ci auguriamo che in questa nuova Legislatura il dialogo con le istituzioni sia costante e che, a tutti i livelli in cui si articola la complicata macchina sanitaria italiana, gli organi rappresentativi della professione siano coinvolti e ascoltati, come troppo spesso non è stato. Restiamo vigili. E non faremo sconti.

Jennas Rocas

Comparazione delle complicanze/effetti avversi tra introduzione oro-tracheale vs rino-tracheale: revisione della letteratura

di Massimo Giordani

INTRODUZIONE

L'intubazione endotracheale® costituisce un elemento fondamentale della pratica clinica in ambito anestesiologico/rianimatorio e nell'emergenza/urgenza, ed ha come scopo l'inserimento di un tubo per realizzare una diretta connessione tra le vie aeree e l'aria ambiente. L'estremità prossimale del tubo resterà al di fuori delle vie respiratorie e sarà accessibile a livello orale o nasale, da qui due tecniche di intubazione: oro-tracheale (dalla bocca) e rino-tracheale (dal naso). Scopi dell'intubazione sono:

- 1) Pervietà delle vie aeree;
- 2) Isolare le via respiratoria da quella digestiva (prevenendo l'inalazione);
- 3) Consentire la ventilazione sia spontanea che artificiale;
- 4) Toilette delle secrezioni tracheobronchiali.

L'intubazione tracheale è realizzata in condizioni elettive (routine operatoria) e soprattutto in ambito rianimatorio, a seguito di emergenza o di urgenza, per superare un grave deficit delle funzioni vitali. Gli inconvenienti da essa derivate, pur in mani esperte, possono essere numerosissime e legate alla metodica di esecuzione delle due tecniche e di nursing. L'introduzione del tubo crea inoltre nuove condizioni fisiologiche a livello delle vie aeree, alterando il riscaldamento e l'umidificazione dei gas inspirati e di drenaggio delle secrezioni tracheobronchiali, quindi, la sorveglianza del paziente intubato deve essere constante e attenta per rilevare

qualsiasi segno di complicazione. Da qui nasce lo spunto per questa revisione della letteratura, che ha messo in rassegna qualsiasi tipo di studio attualmente disponibile: studi infermieristici, studi descrittivi, revisioni sistematiche, inchieste, sperimentazioni cliniche, RCT, ecc, riguardanti l'intubazione oro-tracheale e rino-tracheale, cercando di mettere in rassegna una lista di complicanze/effetti avversi consequenza di queste pratiche cliniche ricavandole dalla letteratura consultata. Nell'intubazione, l'infermiere può intubare solo in casi di emergenza e se sussistono le competenze del singolo operatore (corso d'addestramento e

presenza di protocolli operativi), e il più delle volte egli non ricopre un ruolo primario nell'introduzione del tubo, perchè assiste il medico nella pratica clinica, tuttavia dopo l'intubazione il ruolo infermieristico è maggiore, in quanto la sorveglianza del malato e la manutenzione del tubo è di sua pertinenza, pertanto solo un infermiere attento, può rilevare precocemente le complicanze tipiche e atipiche consequenza dell'intubazione. Scopo di questa ricerca è quindi la stesura e il confronto tra le complicanze/effetti avversi di queste due tecniche di intubazione, per estrapolare infine consigli pratici per la professione infermieristica.



MATERIALE E METODI

La ricerca del materiale bibliografico è stata effettuata nel mese di marzo 2007 presso tre principali banche dati attualmente disponibili, quali: PUBMED, CINAHL e COCHRANE, il tutto integrato con articoli pubblicati su internet e libri in commercio, in qualsiasi lingua.

Per limitare la ricerca e per avere la letteratura più aggiornata possibile, sono stati utilizzati dei limiti temporali per la ricerca bibliografica, ovvero dal 2002 al 2007 (ultimi 5 anni circa), da ricercare su tutta la letteratura medicoinfermieristica che riguardasse l'argomento trattato.

Per mirare la ricerca nelle banche dati, sono state utilizzate delle parole chiavi, combinate tra loro attraverso gli operatori booleani "and" e "or", risultando così due stringhe di ricerca inserite poi in tutti i database per effettuare la revisione della letteratura. Riassumendo, le parole chiavi utilizzate sono state: "intubation".

"intratracheal", "adverse effects", "complication", "mouth" e "nose".

Queste ultime due parole chiavi si sono rivelate l'unico modo per distinguere la letteratura dell'intubazione rinotracheale (nose) da quella oro-tracheale (mouth), anche se spesso alcuni articoli erono presenti in entrambe le ricerche, quindi solo attraverso un'attenta lettura degli studi si è potuto effettuare una divisione più accurata.

Stringhe di ricerca utilizzate per PUBMED:

- 1) ("Intubation, Intratracheal/adverse effects" [MeSH] OR "Intubation, Intratracheal/complication" [MeSH]) AND "Mouth" [MeSH] Limits: Publication Date from 2002 to 2007.
- Articoli trovati: 46. Articoli pertinenti: 3 (inerenti però l'oro e la rino-intubazione).
- 2) ("Intubation, Intratracheal/adverse effects" [MeSH] OR "Intubation, Intratracheal/complication" [MeSH]) AND "Nose" [MeSH] Limits: Publication Date from 2002 to 2007. Articoli trovati: 30. Articoli pertinenti: 7 (inerenti solo la rino-intubazione). Per il CINAHL le stringhe di ricerca

erano simili tuttavia sono adattate alla

piattaforma di ricerca EBSCO, stessa cosa per COCHRANE, dove però si è utilizzato OVID.

Articoli trovati in CINAHL tramite EBSCO: 9. Pertinenti l'intubazione orotracheale: 1, mentre per l'intubazione rino-tracheale: 2.

Articoli trovati in COCHRANE tramite OVID: 43. Pertinenti l'intubazione orotracheale: 2, inerenti l'intubazione rinotracheale: 1, infine un articolo che riguardava entrambe le intubazioni. In internet sono stati trovati tre articoli. più un ultimo su un libro infermieristico (del 1993, usato come spunto per la ricerca), che trattavano entrambe le tecniche di intubazione prese in esame. Bibliografia totale composta da 21 articoli, di cui inerente l'intubazione oro-tracheale: 3, inerente l'intubazione rino-tracheale: 10, ed infine riguardanti entrambe le tecniche di intubazione: 8. Ho riscontrato varie difficoltà nel reperire la bibliografia in quanto: Esiste molta letteratura inerente l'intubazione, ma per guanto riguardano le complicanze/effetti avversi, non ci sono ricerche che confrontano le due tecniche mettendone a confronto solo questo aspetto, tuttavia esiste solo una ricerca9 che rapporta i due tipi di intubazione, ma solo in modo generico, quindi alla fine è stato necessario revisionare gli articoli per trovare solo l'aspetto delle complicanze/effetti avversi per me interessanti; Spesso più abstract corrispondevano allo stesso articolo: La letteratura inerente le complicanze dell'intubazione oro-tracheale rispetto la tecnica rino-tracheale non è stata facile da estrapolare dagli studi; Molti articoli sono di pertinenza medica inerenti l'anestesiologia, piuttosto che infermieristici e sono sempre scritti in lingua straniera (soprattutto in spagnolo e in inglese) ed hanno

ANALISI DELLA RICERCA

necessitato di una traduzione.

Gli articoli presi in considerazione, per essere inclusi della revisione della letteratura dovevano rispondere a vari criteri affinché avessero pertinenza con la ricerca, qui sotto elencati:



- Articoli riguardanti l'intubazione orotracheale, complicanze/effetti avversi;
- 2) Articoli riguardanti l'intubazione rino-tracheale, complicanze/effetti avversi:
- 3) Articoli riguardanti le complicanze/effetti avversi dell'intubazione oro-tracheale rispetto l'intubazione rino-tracheale. Una volta selezionati i tre gruppi di articoli, venivano scartati ulteriormente tutti quelli che avevano come oggetto di studio l'intubazione difficoltose effettuate con il fibroscopio, o che trattavano studi in età pediatrica. Questi due ultimi limiti sono stati introdotti successivamente in quanto la ricerca con pochi limiti aveva riportato un numero di articoli troppo elevato e dispersivo. Da segnalare che i primi due criteri di selezione sono stati introdotti

successivamente, in quanto in un primo

tentativo di reperire letteratura che già



avesse effettuato il confronto delle complicanze tra le due tecniche di intubazione (oro e rino-tracheale) non aveva rilevato ricerche, ad eccezione di uno studio9, che metteva a confronto le due tecniche ma in modo generico. Conseguenza di ciò si è introdotti i primi due criteri e si sono estrapolati le complicanze da articoli di ricerca che rispettassero i criteri sopra indicati, per poi effettuare un elenco dei risultati della revisione della letteratura delle due tecniche di intubazione. Lo scopo della ricerca era infatti quello di effettuare una ricerca bibliografica elencando e confrontando un elenco di complicanze/effetti avversi tra intubazione oro-tracheale rispetto la rino-tracheale, si è quindi cercato di includere il più alto numero di studi possibili mirate ai criteri sopra citati.

Per la scelta degli articoli inclusi nella

distinzione tra studi RCT, o revisioni

bibliografia finale non si è fatta

sistematiche, ecc, in quanto la letteratura attualmente disponibile è scarsa di studi che hanno come obiettivo il solo confronto tra le complicanze dei due tipi di intubazione, quindi sono stati inclusi qualsiasi tipo di studio che rispettasse i criteri di inclusione definiti.

La letteratura attualmente disponibile, anche se tantissima sull'argomento, è però scarsa per quanto il paragone degli effetti avversi, quindi va specificato che le complicanze estrapolate presenti in questa revisione della letteratura si sono verificate in svariati studi di intubazione, in cui le complicanze non erano l'obiettivo di studio principale, ma si sono verificate in modo occasionale.

Riassumendo: l'obiettivo di estrapolare le complicanze tra i due diversi tipi di intubazione attraverso la revisione di studi effettuate con la stesse metodica, non è stato possibile in quanto le letteratura disponibile non è sufficiente, pertanto le complicanze rilevate sono state estrapolate dai studi più svariati in cui gli effetti avversi che si sono verificati sono emersi in modo non aspettato.

RISULTATI DELLA RICERCA

La revisione dei 21 testi di letteratura trovati ha permesso di stilare le seguenti complicanze/effetti avversi delle due tecniche di intubazione, di seguito elencati.

Da sottolineare che le complicanze sono state suddivise per una maggior chiarezza in: *immediate*, *postintubazione* e a *lungo termine*.

Intubazione e a lungo termine Intubazione oro-tracheale

Sono state riscontrate 30 complicanze ed effetti avversi totali, di cui 15 immediate e 15 nel post-intubazione o nel lungo termine.



Complicanze/effetti avversi immediate

- 1) Lesioni oculari²:
- 2) Lesioni alle labbra (compressione, lacerazione) e lingua^{1,15};
- Avvulsioni o fratture dentali o delle protesi¹² (possibili frammenti delle vie aeree);
- Emesi² (con eventuale inalazione di materiale gastro-enterico nelle vie respiratorie);
- 5) Ingestione di denti, protesi, della lampadina del laringoscopio²;
- 6) Conati di vomito²;
- Traumi faringei e laringei¹² (con perforazione della parete posteriore della laringe in esofago, con formazione di fistole ed esiti di mediastiniti);
- 8) Lesioni della mucosa orale⁷:
- Malposizionamento del tubo² (intubazione esofagea con distensione dello stomaco o intubazione bronchiale, soprattutto il destro);

- Falsa strada del tubo tracheale^s (creare una soluzione di continuo della mucosa scorrendo sotto di essa, minor rischio rispetto IRT);
- Riflessi vagali[®] (turbe del ritmo cardiaco: aritmie, bradicardia, tachicardie, arresto cardiaco, ipotensione arteriosa; laringospasmo, broncospasmo);
- 12) Broncospasmo da disinfettanti e detergenti usati per i laringoscopi e tubi² (formaldeide, basi di ammonio quaternario, fenolo);
- 13) Sanguinamenti e traumatismi locali^a;
- 14) Dolore⁹ (lieve, dolenzia, minore rispetto IRT);
- 15) Complicanze dovute ai farmaci usati per l'intubazione².

Complicanze/effetti avversi postintubazione (P.i.) e a lungo termine (L.t.)

- 1) Lesioni da decubito della mucosa laringo-tracheale⁸ (P.i.);
- 2) Estubazione accidentale⁹ (P.i.);

- Scarsa tenuta del tubo^o (mancata pressione della cuffia, tubo tracheale troppo piccolo rispetto al calibro tracheale, P.i.);
- 4) Ostruzione del tubo⁸ (erniazione della cuffia, tappo di muco, sangue, frammenti di tubo, inginocchiamento del tubo, compressione sulla parete, kinking, P.i.);
- 5) Edema della glottide² (P.i.);
- 6) Disfonia² (P.i.);
- 7) Disfagia² (P.i.);
- 8) Faringiti o Iaringiti[®] (P.i.);
- 9) Ulcerazioni, ischemia e paralisi prolungata delle corde vocali^{2,15} (P.i e a L.t.);
- 10) Stenosi tracheali¹⁵ (P.i. e a L.t.);
- 11) Fistole tracheo-esofagee (rare, P.i. e a L.t.);
- 12) Lesioni della mucosa tracheale¹² (P.i. e a L.t.);
- 13) Infezioni vie aeree¹⁰ (P.i. e a L.t.);
- 14) Otiti^a (minor rischio rispetto IRT, P.i. e a L.t.);
- 15) Lesioni da decubito al cavo orale⁷ (P.i. e a L.t.).

Intubazione rino-tracheale

Sono state riscontrate 36 complicanze ed effetti avversi totali, di cui 19 immediate e 17 nel post-intubazione o nel lungo termine.

Complicanze/effetti avversi immediate

- 1) Epistassi^{16,17,20};
- 2) Lesioni oculari²;
- 3) Lesioni nasali e fosse nasali^{11,12};
- 4) Lesioni rinofaringei⁶;
- 5) Lesione o rottura dei turbinati, in particolare il turbinato inferiore⁹;
- 6) Conati di vomito² (minor rischio rispetto IOT);
- 7) Dolore⁹ (lieve, dolenzia);
- Occlusione del tubo nel decorso naso-faringeo (kinking) da compressione o distorsione^g (tubi molto morbidi, come silicone e per uso di tubi di diametro interno inferiore, max 7.5 mm);
- 9) Sanguinamenti e traumatismi locali¹¹ (nasofaringe);
- 10) Emesi² (con eventuale inalazione di materiale gastro-enterico nelle vie respiratorie);
- 11) Traumi faringei e laringei¹² (con

- perforazione della parete posteriore della laringe in esofago, con formazione di fistole ed esiti di mediastiniti);
- 12) Broncospasmo da disinfettanti e detergenti usati per i laringoscopi e tubi² (formaldeide, basi di ammonio quaternario, fenolo);
- 13) Malposizionamento del tubo² (intubazione esofagea con distensione dello stomaco o intubazione bronchiale, soprattutto il destro);
- 14) Falsa strada del tubo tracheale⁸ (creare una soluzione di continuo della mucosa scorrendo sotto di essa):
- 15) Riflessi vagali (turbe del ritmo cardiaco:aritmie, bradicardia, tachicardia, arresto cardiaco, ipotensione arteriosa; laringospasmo, broncospasmo);
- 16) Danni laringei⁸;
- 17) Ostruzione bronchiale acuta¹⁸ (rara, un caso rilevato);
- 18) Complicanze dovute ai farmaci usati per l'intubazione²;
- 19) Lesioni della mucosa del palato¹⁴ (infrequente).

Complicanze/effetti avversi postintubazione (P.i.) e a lungo termine (L.t.)

- 1) Sinusiti⁹ (P.i.);
- 2) Estubazione accidentaleº (minor rischio rispetto IOT, P.i.);
- Scarsa tenuta del tubo (mancata pressione della cuffia, tubo tracheale troppo piccolo rispetto al calibro tracheale, P.i.);
- 4) Ostruzione del tubo^s (erniazione della cuffia, tappo di muco, sangue, frammenti di tubo, inginocchiamento del tubo, compressione sulla parete, kinking, P.i.):
- 5) Edema della glottide² (P.i.);
- 6) Disfonia² (P.i.);
- 7) Disfagia² (P.i.);
- 8) Faringiti o laringiti[®] (P.i.);
- 9) Lesioni da decubito della mucosa laringo-tracheale¹² (P.i.);
- 10) Lesioni da decubito alle fosse nasali^{11,12}(P.i. e a L.t.);
- 11) Sinusiti purulente paranasali* (intubazione di lunga durata) ->

- sepsi generalizzate (P.i. e a L.t.);
- 12) Ulcerazioni, ischemia e paralisi prolungata delle corde vocali^{2,15} (P.i e a L.t.);
- 13) Stenosi tracheali¹⁵ (P.i. e a L.t.);
- 14) Fistole tracheo-esofagee¹⁵ (rare, P.i e a L.t.):
- 15) Lesioni della mucosa tracheale¹² (P.i. e a L.t.);
- 16) Infezioni vie aeree² (P.i. e a L.t.);
- 17) Otiti^o (P.i. e a L.t.).

Per completezza, di seguito sono riportate un elenco⁸ di alterazioni congenite o acquisite a carico del volto, del collo, della faringe o della laringe, che prevedono un'intubazione difficoltosa oro-tracheale (IOT) o rinotracheale (IRT) in cui si può usare il broncoscopio a fibre ottiche (fibroscopio):

- 1) Laringe anteriorizzata in soggetto dal collo corto (IOT e IRT);
- 2) Epiglottide di grandi dimensioni o immobile (IOT e IRT);
- Neoplasie faringee o laringee (IOT e IRT);
- Traumi facciali o cervicali (IOT e IRT):
- 5) Spasmo laringeo (IOT e IRT);
- 6) Deviazione tracheale (IOT e IRT);
- 7) Sanguinamento naso-faringeo (IRT):
- Rigidità o deviazioni della colonna vertebrale cervicale (IRT);
- 9) Lingua voluminosa (IOT);
- 10) Denti procedenti o isolati (IOT):
- 11) Rima buccale particolarmente stretta (IOT):
- 12) Trisma (IOT);
- 13) Prognatismo del mascellare superiore (IOT).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La revisione delle letteratura dei 21 testi, ha permesso la stesura di un alto numero di complicanze conseguenti alle due tecniche di intubazione, per un totale di 30 effetti avversi per l'intubazione oro-tracheale, di cui 15 immediate e altrettante a lungo termine, contro le 36 complicanze della tecnica rino-tracheale, di cui 19 immediate e 17 a lungo termine, a

- dimostranza del fatto che l'intubazione dal naso sia più difficile e traumatica di quella tramite bocca, la quale però non è utilizzabile in condizioni d'urgenza, ma è utilizzata soprattutto in ambito rianimatorio, per consentire ventilazioni meccaniche di lunga durata. La tecnica rino-tracheale tuttavia è la manovra consigliata in caso di mandibola serrata (trisma), e quando non è possibile iperestendere in capo a causa di eventuali fratture cervicali. Comparata con la metodica oro-tracheale, presenta alcuni vantaggi⁸, qui sotto sintetizzati:
- migliore igiene del cavo orofaringeo;
- migliore tollerabilità del tubo da parte del paziente;
- possibilità di conservare la deglutizione (consentendo l'assunzione di liquidi per os);
- maggiore stabilità del tubo (la sua fissazione è più semplice e sono inferiori i rischi di estubazione accidentale).

L'intubazione oro-trachele invece, anche se è risultata dalla letteratura la tecnica più sicura, veloce, meno dolorosa e semplice da eseguire9, essa tuttavia non è priva di complicanze, le quali in certi versi possono essere sovrapponibili alla tecnica nasale soprattutto per quanto riguarda gli effetti avversi postintubazione e a lungo termine, dove l'introduzione del tubo nelle vie aeree ne altera la sua fisiologia, creando possibili complicanze comuni per entrambe le tecniche di intubazione. Se si notano invece gli effetti avversi immediati di entrambe le tecniche di intubazione, c'è da segnalare una varietà di complicanze locali legate soprattutto alla diversa via utilizzata per l'intubazione oro o rino-tracheale. Concludendo, sulla miglior scelta tra le due tecniche di intubazione prese in esame, bisogna valutare caso per caso la situazione e il paziente da intubare, in quanto ogni tecnica ha le sue indicazioni d'uso che esclude l'altra, e anche se dalla letteratura attuale, risulta una maggiore traumaticità dell'intubazione rinotracheale, in un certo senso auspicabile (in quanto la tecnica

tramite naso, prevede un percorso anatomico di inserimento del tubo maggiore rispetto l'altra), bisogna sottolineare che entrambi i due tipi di intubazione sono valide e affidabili.

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA E PER LA RICERCA FUTURA

Sarebbe auspicabile eseguire in future revisioni della letteratura riguardanti questo argomento, una raccolta bibliografica maggiore, magari revisionando letteratura pubblicata da 10 a 15 anni fà fino ai nostri giorni, nella speranza di reperire un maggior numero di articoli pertinenti queste due tecniche di intubazione, anche se non molto aggiornate.

La scarsità di materiale infermieristico inerente l'intubazione, deve essere considerato uno stimolo alla ricerca futura, incentivando gli organi competenti all'istituzione e alla diffusione di corsi per infermieri mirati all'addestramento pratico nell'intubazione.

Inoltre questa revisione della letteratura deve essere uno stimolo agli infermieri a fare più ricerca inerente questo argomento, un campo che a quanto sembra dalla letteratura sembra essere poco esplorato alla professione infermieristica.

Alla luce delle complicanze riscontrate dopo l'intubazione, si consiglia a tutto il personale infermieristico che opera nella post-intubazione, di eseguire sempre un'attenta e scrupolosa sorveglianza sanitaria del paziente e del tubo e di non sottovalutare nessun segno clinico che possa presagire ad una complicanza consequente all'intubazione, più in particolare, mantenendo le vie respiratorie umidificate e libere mediate aspirazione regolare, sterile e programmata. Da non dimenticare infine di mantenere sempre una corretta posizione del capo, aspirando regolarmente anche il naso e la bocca del paziente.

Spero che la stesura delle complicanze dell'intubazione oro e rino-tracheale presenti in questo articolo possano essere un valido supporto a tutti gli infermieri che lavorano nell'ambito dell'intubazione e per tutti coloro che un giorno per qualsiasi ragione, dovessero ritrovarsi nelle condizioni di urgenza a dover intubare un paziente.

AUTORF:

Infermiere Massimo Giordani, U.O. Riabilitazione Neuromotoria, IRCCS San Raffaele (Pisana), Roma

IN PILLOLE

Obesità, spunta un nuovo gene

Da un gruppo di ricercatori dell'Istituto di Neurogenetica e Neurofarmacologia del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Cagliari arriva la scoperta, pubblicata sulla rivista Plos Genetics, della correlazione esistente tra l'obesità ed un gene, denominato FTO (Fat Mass-And Obesity-Associated). I dati sono stati ottenuti mediante l'utilizzo di una tecnica all'avanguardia, chiamata "Genome-wide association scan", che consente di analizzare il genoma in maniera globale. L'analisi, che ha permesso di identificare alcune varianti geniche associate all'obesità, è stata condotta su un campione di oltre 4.000 individui sardi, di età compresa tra i 14 e i 102 anni. In particolare, una di queste varianti, cioè una sequenza specifica all'interno del gene FTO, risulta presente con una frequenza molto elevata, pari al 46%, e correlata in maniera altamente significativa all'aumento di tre caratteri tipici dell'obesità, l'indice di massa corporea, la circonferenza dei fianchi ed il peso corporeo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ACLS Intubazione tracheale. [4 schermate]. Disponibile presso URL:http://freeweb.supereva.com/emergenzemediche. freeweb/acls/intubazione. Accesso il 09 marzo 2007.
- 2) De Nicola N, Verrassi G. Intubazione: le complicanze. 2005; [5 schermate]. Disponibile presso: URL: http://www.salus.it/anest/intub/complicanze.html. Accesso il 09 marzo 2007.
- 3) Economou S, Georgakis T, Roubos P, Balatsouras D, Georgiou E, Agelidi M et al. Comparison of nasotracheal versus orotracheal intubation in tonsillectomy. 5th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery (EUFOS). 126p. 2004, 11-16 September, Rhodes, Kos, Greece. Disponibile presso: URL:http://www.thecochranelibrary.com. Accesso il 09 marzo 2007.
- 4) El Solh A, Okada M, Bhat A, Pietrantoni C. Swallowing disorders post orotracheal intubation in the elderly.Intensive care medicine. 29(9):1451-5, 2003 Sep. Disponibile presso: URL:http://www.thecochranelibrary.com. Accesso il 09 marzo 2007.
- 5) Elwood T, Stillions DM, Woo DW, Bradford HM, Ramamoorthy C. Nasotrachel intubation: a randomized trial of two method. Anesthesiology, 2002 Jan; 96(1): 52-3 (14 ref). Disponibile presso: URL:www.thecinahllibrary.com. Accesso il 13 marzo 2007.

- 6) Enk D, Palmes AM, Van Aken H, Westphal M. Nasotracheal intubation: simple and effective technique to reduce nasopharyngeal trauma and tube contamination. Anesth Analg. 2002 Nov;95(5):1432-6. Disponibile presso: URL:http://www.ncbi. nlm.nih.gov/. Accesso il 09 marzo 2007.
- 7) Fan S, Hwang Y, Chuang P. Improving the skin and oral mucosa integrity of patients with oral endotracheal intubation. J Nurs (china), 2005 Apr; 52(2): 39-47 (13 ref). Disponibile presso: URL:www.thecinahllibrary.com. Accesso il 13 marzo 2007.
- 8) Gentili A, Nastasi M, Rigon L.A, Silvestri C, Tanganelli P. Il paziente critico. Milano: Casa editrice ambrosiana; 1993. pp. 33-47.
- Holzapfel L. Nasal vs oral intubation. Minerva Anestesiol. 2003 MAy;69(5):348-52. Disponibile presso: URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/. Accesso il 09 marzo 2007.
- 10) Jacobs R, Wiener-Kronish J. Endotracheal tubes: the conduit for oral and nasal microbial communities to the lungs. Anesthesiology. 2006 Feb;104(2):224-5. Disponibile presso: URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/. Accesso il 09 marzo 2007.
- 11) Kahi AM, Alyafi WA. A simple technique to avoid traumatic nasal intubation. Anesth Analg. 2006 Oct;103(4):1062. Disponibile presso: URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/. Accesso il 09 marzo 2007.
- 12) Lacau Saint Gully J. Boisson-Bertrand D, Monnier P. Lesions to lips, oral and nasal cavities, pharynx, larynx, trachea and esophagus due to endotracheal intubation and its alternatives. Ann Fr Anesth Reanim. 2003 Aug;22 Suppl 1:81s-96s. Disponibile presso: URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/. Accesso il 09 marzo 2007.
- 13) Loh KS, Irish JC. Traumatic complications of intubation and other airway management procedures. Anesthsiol Clin North America. 2002 Dec;20(4):953-69. Disponibile presso: URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/. Accesso il 09 marzo 2007.
- 14) Longas Vallen J, Ortega Lucea S, Munoz Rodriguez L, Guerrero Pardos LM, Vlu Salmons Md, Martinez Ubieto J. Lesion of the palatal mucosa: infrequent complication of nasotacheal intubation. Rev Esp Anestisiol Reanim. 2003 Nov;50(9):486. Disponibile presso: URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/. Accesso il 09 marzo 2007.
- 15) Malattie dell'apparato respiratorio. [2 schermate]. Disponibile presso: URL: http://www.msd-italia.it/altre/manuale/sez06/0650585.htm. Accesso il 09 marzo 2007.
- 16) Morimoto Y, Sugimura M, Hirose Y, Taki K, Niwa H. Nasotracheal intubation under curve-tipped suction catheter guidance reduces epistaxis. Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie. 53(3):295-8, 2006 Mar. Disponibile presso: URL:http://www.thecochranelibrary.com. Accesso il 09 marzo 2007.
- 17) Sim WS, Chung IS, Chin JU, Park YS, Cha KJ, Lee SC et al. Risk factors for epistaxis during nasotracheal intubation. Anaesth Intensive Care. 2002 Aug;30(4):449-52. Disponibile presso: URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/. Accesso il 09 marzo 2007.
- 18) Skouteris CA, Mylonas AI, Galanaki EJ, Angelopoulos AP. Acute bronchial obstruction after nasotracheal intubation:report of a case. J Oral maxillofac surg 2002 Oct;60(10):1188 -92 (15 ref). Disponibile presso: URL:www.thecinahllibrary.com. Accesso il 13 marzo 2007.
- 19) Solan KJ. Nasal intubation and previous cleft palate repair. Anaesthesia. 2004 Sep;59: 923-4. Disponibile presso: URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/. Accesso il 09 marzo 2007.
- **20)** Williamson R. Nasal intubation and epistaxis. Anaesthesia. 2002 Oct;57(10):1033-4. Disponibile presso: URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/. Accesso il 09 marzo 2007.
- 21) Zhang GH, Xue FS, Sun HY, Li CW, Sun HT, Li P et al. Comparative study of hemodynamic responses to orotracheal intubation with intubating laryngeal mask airway. Chinese medical journal. 119(11):899-904, 2006 Jun. Disponibile presso: URL:http://www.thecochranelibrary.com. Accesso il 09 marzo 2007.

QALYs: aspettativa di vita, in anni, di una persona aggiustati per la qualità di vita.

CUA: Analisi costo-utilità del trattamento emodialitico

di U. Tulli, E. Valeri



INTRODUZIONE

Il numero delle persone sottoposte a terapia dialitica è aumentato in tutto il mondo con pazienti sempre più anziani e clinicamente complessi; di pari passo è aumentata la disponibilità di trattamenti sempre più diversificati e tecnologicamente affidabili (trattamenti dialitici extracorporei ad alto flusso ed elevata biocompatibilità) e farmaci più attivi sia per la dialisi (eritropoietina e vitamina D) che per il trapianto (ciclosporina e nuovi farmaci antirigetto).

Negli ultimi 15-20 anni, superato il problema della sopravvivenza, è stato posto però il problema dell'impatto dei vari tipi di dialisi e del trapianto non solo sulla sopravvivenza, ma anche sulla qualità di vita dei pazienti, considerato anche il notevole costo economico e sociale di tali trattamenti. L'uremia provoca problemi a livello di vari sistemi, cardiovascolare, muscoloscheletrico, gastrointestinale, nervoso centrale e periferico, e quindi il suo

impatto sulla qualità e stile di vita è molto importante, così come l'impatto dei trattamenti dialitici e farmacologici stessi, con la loro seguela d'effetti collaterali e limitazioni di vario tipo (dietetiche, tempo, mobilità, lavoro). L'interesse dei ricercatori si è perciò concentrato su come definire e misurare la qualità di vita dei pazienti uremici e, più in particolare, la qualità di vita correlata alla salute (QdV-S), I'Health Related Quality of Life (HR-QoL) degli autori anglosassoni. La qualità di vita correlata alla salute si riferisce a quegli aspetti qualitativi della vita di un individuo che sono correlabili con la salute e la malattia e quindi modificabili dalla medicina. Questa definizione supera l'idea di salute come la semplice assenza o presenza di una malattia, per arrivare ad un concetto di capacità di funzionare nella vita di tutti i giorni, dal punto di vista fisico, psicologico e sociale. A ciò si accompagna la centralità del paziente come fonte d'informazione e valutazione per poter quantificare gli

aspetti qualitativi della sua salute e della sua vita. Il paziente quindi diventa non solo colui che deve decidere in modo consapevole sulle scelte relative alla sua salute ma anche una fonte insostituibile d'informazioni.

La valutazione dello stato di salute del paziente, com'è da lui percepito soggettivamente, ha assunto un ruolo importante nella ricerca clinica ed assistenziale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha prodotto una definizione ed assegna alla salute il ruolo di un importante modificatore della percezione di QdV: "Qualità della vita è definita come la percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni. Riguarda quindi un concetto ad ampio spettro, che è modificabile in maniera complessa dalla propria salute fisica e psicologicoemotiva, dal livello d'indipendenza,



dalle relazioni sociali e dall'interazione con il proprio specifico contesto ambientale".

Lo scopo di guesta ricerca è valutare la qualità di vita percepita dalle persone sottoposte a terapia dialitica in rapporto al costoutilità: l'analisi del costo-utilità si utilizza nel momento in cui la scelta di un determinato trattamento deve essere fatta non solo in funzione dell'obiettivo quantitativo raggiunto ma anche dell'obiettivo qualitativo. La ACU (analisi costo-utilità) misura i benefici in termini di anni di vita risparmiati ponderati per la loro qualità, confrontando così l'efficacia di programmi alternativi. II QALYs tiene conto sia della quantità di vita (riduzione della mortalità) sia della qualità (riduzione della morbosità). I QALYs uniscono pertanto due dimensioni, una quantitativa (anni di vita quadagnati) ed una

qualitativa (miglioramento atteso

della qualità della vita). MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto presso la Struttura Operativa Complessa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale Civile S.Giovanni Evangelista di Tivoli (Roma) e presso la UDD (Unità Dialitica Decentrata) c/o Italian Hospital Group SpA di Guidonia, ed è stato effettuato nel periodo novembre 2006-gennaio 2007. Le unità sono composte, rispettivamente, da 9 medici e 10 infermieri, la prima e da 5 medici e 7 infermieri la seconda. Il Direttore, i Medici ed il Coordinatore Infermieristico sono comuni alle due strutture.

I pazienti oggetto dello studio a Tivoli sono stati n°36 mentre a Guidonia sono stati n°31.

Gli strumenti utilizzati sono stati:

- Questionario SF-36 (strumento multidimensionale che consta di n°8 dimensioni)
- Test dello Scambio temporale (Time Trade-Off)

- Lotteria (Standard Gamble) Scopo del questionario:
- Valutare la qualità di vita percepita dalle persone sottoposte a terapia dialitica

Il questionario è stato distribuito all'intera popolazione dell'unità operativa, 67 persone, durante il trattamento dialitico. Ne sono stati riconsegnati 54 (80%).

Questionari consegnati Tivoli: 36 restituiti: 29

Questionari consegnati Guidonia: 31 restituiti: 25

RISULTATI

ANALISI DEI DATI GUIDONIA

- Nella dimensione che valuta la percezione dello stato di salute il 36% risponde scadente e decisamente peggiore rispetto ad un anno fa.
- Nella dimensione che valuta la funzionalità fisica il 63% risponde che il proprio stato di salute limita molto lo svolgimento di attività ad elevato impegno fisico mentre in attività con moderato impegno fisico

- viene limitato il 10%.
- Nella dimensione che valuta le restrizioni delle attività fisiche il 60% risponde che a causa del proprio stato di salute fisico trova difficoltà nello svolgimento delle attività lavorative quotidiane.
- Nella dimensione che valuta le limitazioni dovute a problemi psicologici il 56% risponde che a causa del proprio stato di salute emotivo trova difficoltà nello svolgimento delle attività lavorative quotidiane.
- Nella dimensione che valuta la vitalità il 47% non è mai vivace e brillante; il 29% si sente sempre molto agitato; il 33% si sente sempre giù di morale; il 16% si sente quasi mai calmo e sereno; il 37% non è mai pieno di energia; il 37% è sempre scoraggiato e triste; il 49% si sente sempre sfinito; il 33% non è mai felice ed il 41% si sente sempre stanco.
- Nella dimensione che valuta i problemi emotivi al 28% sembra di ammalarsi più facilmente degli altri; al 64% sembra che la propria salute non sia affatto come quella degli altri; il 53% si aspetta che la propria salute andrà peggiorando mentre l'87% ritiene certamente falso che goda di ottima salute.
- Nella dimensione che valuta le interazioni sociali il 54% afferma che il proprio stato di salute fisico ed emotivo non interagisce con le normali attività sociali.
- Nella dimensione che valuta il dolore fisico il 48% afferma che il dolore percepito è molto lieve e che non interferisce nello svolgimento delle normali attività quotidiane.
- Domanda n 37 "scambio temporale" il 40% risponde 12 mesi; il 35% risponde 0 mesi; il restante 25% risponde da 3 a 11 mesi.
- Domanda n 38 "lotteria" il 60% risponde per nulla; il 24% moltissimo; il 12% un po' ed il 4% molto.

ANALISI DEI DATI DI TIVOLI

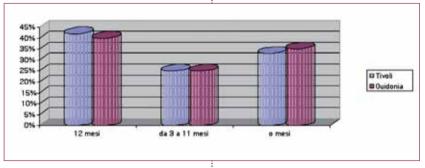
 Nella dimensione che valuta la percezione dello stato di salute il 25% risponde scadente e decisamente peggiore adesso

- rispetto ad un anno fa.
- Nella dimensione che valuta la funzionalità fisica il 70% risponde che il proprio stato di salute limita molto lo svolgimento di attività ad elevato impegno fisico mentre in attività con moderato impegno fisico viene limitato il 24%.
- Nella dimensione che valuta le restrizioni delle attività fisiche l'80% risponde che a causa del proprio stato di salute fisico trova difficoltà nello svolgimento delle attività lavorative quotidiane.
- Nella dimensione che valuta le limitazioni dovute a problemi psicologici il 75% risponde che a causa del proprio stato di salute emotivo trova difficoltà nello svolgimento delle attività lavorative quotidiane.
- Nella dimensione che valuta la vitalità il 47% non è mai vivace e brillante; il 52% è sempre agitato; il 29% si sente molto giù di morale; il 44% non è mai calmo e sereno; il 59% non si sente mai pieno di

- peggiorando; mentre l'86% ritiene certamente falso che goda di ottima salute.
- Nella dimensione che valuta le interazioni sociali il 40 % risponde che il proprio stato di salute fisico ed emotivo non interagisce con le normali attività sociali.
- Nella dimensione che valuta il dolore fisico il 35% afferma che il dolore percepito è forte tanto da ostacolare le normali attività lavorative.
- Domanda n 37 "scambio temporale"il 42% risponde 12 mesi, il 12% risponde 6 mesi, il 33% risponde 0 mesi il restante 13% risponde da 1 a 11.
- Domanda n 38 "lotteria" il 50% risponde per nulla, il 10% moltissimo, il 19% un po'ed il 21% molto.

Il totale dei pazienti esaminati a Guidonia sono stati 31 di questi, l'81% ha riconsegnato. L'età media dei pazienti esaminati è di 66anni; il 45% è di sesso maschile ed il 55% è di sesso femminile.

Test Scambio Temporale Il totale dei pazienti esaminati a Tivoli sono stati 36, di questi l'80% ha

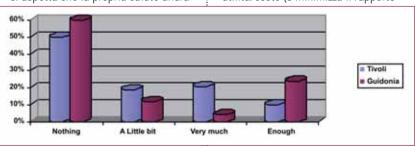


energia;il 37% è sempre scoraggiato e triste;il 46% si sente sempre sfinito;il 24% non è mai felice;il 75% è sempre stanco.

 Nella dimensione che valuta i problemi emotivi al 28% gli sembra di ammalarsi più facilmente degli altri;il 64% percepisce la propria salute come quella degli altri;il 53% si aspetta che la propria salute andrà riconsegnato il questionario. L'età media dei pazienti esaminati è di 71 anni e gli appartenenti al sesso maschile e femminile sono equamente distribuiti.

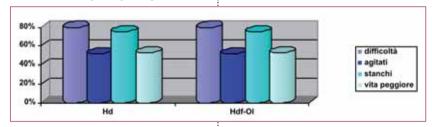
Test della Lotteria

ACU :analisi costo/utilità Tecnica che massimizza il rapporto utilità/costo (o minimizza il rapporto



costo/utilità) due alternative (interventi tecnici) in cui l'utilità è espressa in termini fisici e,in particolare, in termini di QALYs (quality adjusted life years) cioè anni di vita quadagnati, grazie utilizzare l'ACU (analisi costo/utilità) per due diverse tecniche dialitiche: **emodialisi standard HD** con un costo di €171,60 a seduta ;

emodiafiltrazione HDF con un costo



all'intervento, ponderati per la qualità della vita In base alla ricerca bibliografica abbiamo scelto di di €206,96 a seduta. Lo studio è stato condotto su due gruppi di pazienti, omogenei per età

Trattamento	Costo per Qalys prodotto (sterline)
Emodialisi ospedaliera	19000
By-pass coronario, angina moderata	16400
Trattamento farmacologico per colesterolo	13500
Trapianto di cuore	6700
Trapianto di rene	4000
By-pass coronario, angina grave	1090
Protesi d'anca	1030
Dieta ipocolesterolemizzante	176
Modificata da Ovretveit, 1998	

		Tabella ACU		
Paziente	Età	Metodica	Kt/V	Hb
A. M.	73	HD	0.75	10.0
C. F.	62	HD	0.81	12.0
C. R.	57	HD	0.92	10.0
R. S.	70	HD	0.80	11.0
C. A.	59	HD	0.96	12.0
S. G.	73	HD	0.94	11.0
V. L.	61	HD	0.75	11.3
D. G.	70	HD	0.47	8.2
P. A.	74	HD	0.88	12.0
Z. M.	71	HD	0.92	12.0
S. E.	62	HD	0.90	10.9
MEDIA	66.5		0.82	10.9
B. B.	46	HDF	1.14	14.0
C. F.	65	HDF	1.10	13.9
C. B.	75	HDF	0.98	13.5
C. M.	75	HDF	0.99	13.0
D. P.	66	HDF	1.02	13.4
D. P.	62	HDF	0.96	11.0
M. A.	61	HDF	0.99	12.0
S. V.	59	HDF	1.05	13.8
T. A.	65	HDF	1.04	13.9
Z. G.	62	HDF	0.94	11.4
P. M.	74	HDF	0.89	11.1
MEDIA	64.5		1.01	12.8

anagrafica ed età dialitica, appartenenti al centro Dialisi di Tivoli ; lo stesso non è stato possibile con i pazienti appartenenti al centro Dialisi di Guidonia poiché i due gruppi non erano omogenei per età anagrafica ed età dialitica. Inoltre abbiamo preso in considerazione due dati oggettivi : il KT/V (efficienza dialitica) e l'Hb (emoglobina). Osservando i dati emersi dallo studio ci siamo resi conto che i due gruppi percepiscono la qualità della loro vita in maniera del tutto simile, nonostante i parametri dialitici ed ematologici, oggetto di studio, siano significativamente migliori nel gruppo in trattamento dialitico con la metodica di Emodiafiltrazione.

Entrambi i gruppi riferiscono che a causa del proprio stato di salute trovano difficoltà nello svolgimento delle normali attività lavorative quotidiane (80%); si sentono sempre agitati (52%), stanchi (75%) e il 53% si aspetta che la propria vita andrà peggiorando.

CONCLUSIONI

L'emodializzato, per la complessità del trattamento a cui si sottopone, richiede un approccio psicologico specifico che dovrà riguardare più aspetti; è importante capire come egli viva la sua malattia, come questa esperienza lo coinvolga, sul piano fisico, personale, familiare, sociale e lavorativo. Il trattamento emodialitico ha degli aspetti delicati, come la ripetitività ed il legame con il centro dialisi, con consequente dipendenza dalla macchina e dagli operatori. Per le malattie croniche le possibilità terapeutiche inducono un effetto congiunto sia sull'incremento di vita attesa, sia sul miglioramento della qualità della vita. Occorre un indicatore in grado di cogliere entrambi gli aspetti (quadagno in quantità ed in qualità). I benefici conseguiti sono espressi in termini di aspettativa di vita modificata (ponderata) in funzione della qualità della vita: QALYs (Quality Adjusted Life Years).

Il valore attribuito alla qualità della vita

in un dato stato di salute va da "0" (morte) ad "1" (perfetta salute). In fondo alla tabella si notano dei valori inferiori allo zero: la preferenza espressa per tali stati di salute è inferiore alla morte. Quality Adjusted Life Years sono stati introdotti alla fine degli anni '60. Il primo esempio di QALYs è uno studio di Klarman et al. del 1968 sulle malattie renali croniche. Si attribuirono un peso diverso agli anni vissuti dopo un trapianto rispetto a quelli vissuti in dialisi, sulla base di una migliore qualità di vita garantita dall'intervento chirurgico rispetto a quella dei pazienti sottoposti a continue sedute di dialisi. Tale differenza qualitativa veniva espressa in termini quantitativi aumentando di? gli anni di vita. Ciò significa che un anno di vita trascorso dopo il trapianto garantisce la stessa "utilità" di un anno e 3 mesi sotto dialisi. Indipendentemente dagli elementi che compongono la qualità della vita occorre sottolineare che "l'utilità", intesa come anni di vita ponderati per la qualità, è l'espressione di preferenze non dei Medici o altri specialisti (sebbene abbiano una conoscenza dei problemi più informata) ma dei pazienti, perché comunque sono i migliori giudici del proprio stato di salute. Migliorare l'assistenza fornita ai pazienti è parte integrante delle attività di assistenza; la ricerca è un mezzo efficace per migliorare tale assistenza, essa è un processo scientifico che valida ed affina la conoscenza esistente e genera nuova conoscenza che direttamente ed indirettamente influenza la pratica infermieristica. Il miglioramento è un processo continuo: se la qualità dell'assistenza è al di sotto dei livelli accettabili, è necessaria un'azione finalizzata all'innalzamento della qualità, fino al raggiungimento degli standard; se le prestazioni sono al livello o al di sopra delle aspettative, modificare gli standard per migliorare il livello del servizio. Il paziente deve essere messo nella

Il paziente deve essere messo nella condizione di sapere, essere consapevole della situazione in cui si trova (tipo di malattia, tipo di trattamento, stadio della malattia), in modo da potersi esprimere rispetto alla

Stato di salute	Utilità
Buona salute	1,00
Effetti collaterali trattamento ipertensione	0,95-0,99
Angina lieve	0,90
Trapianto di rene	0,84
Angina moderata	0,70
Alcune limitazioni fisiche e di ruolo sociale con dolore occasionale	0,67
Dialisi ospedaliera	0,59
Angina grave	0,50
Ansia, depressione e solitudine per la maggior parte del tempo	0,45
Cieco o sordo o muto	0,39
Costretto in un letto di ospedale	0,33
Morto	0,00
Paraplegico, cieco e depresso	<0,00
Costretto a letto con forte dolore	<0,00
Modificata da Torrance, 1987	

Therapy sterline	Qalys per 1000
Stop-smoking campain	5.88
Implantation of pacemaker	1.43
Hip replacement	1.33
Bypass operation in the case of severe angina pectoris	0.96
Control of serum cholesterol	0.59
Kidney transplant	0.33
Breast cancer mass screening program	0.29
Heart transplant	0.20
Bypass operation in case of light angina pectoris	0.079
Hospital dialysis	0.068
Williams 1985	

propria salute. Nel nostro paese alcuni studi hanno evidenziato un panorama particolare: informazioni sulla diagnosi e sulla prognosi non sono fornite o sono recepite male dal paziente in più del 50% dei casi. Numerose ricerche hanno dimostrato che il superamento del disagio provocato dalla malattia, può aver luogo solo se i pazienti possono esprimersi liberamente ed apertamente sui loro problemi. E' necessario. dunque, parlare con le persone, in maniera obiettiva, dei loro bisogni: in questi casi non servono spiegazioni altamente scientifiche, ma competenza, umanità ed esperienza. Indipendentemente dal tipo di approccio utilizzato (questionario, intervista, etc.), l'obiettivo è sempre quello di raggruppare in modo

omogeneo le risposte fornite dai

pazienti alle singole domande, per quantificare le aree che descrivano i concetti d'interesse.

Il questionario per autosomministrazione è il metodo più comune poiché permette una raccolta dati standardizzata e libera dell'influenza del somministratore che si limita solo alla consegna; è anche il più economico e vantaggioso dal punto di vista organizzativo e gestionale. I limiti sono dati da: pazienti troppo anziani, scolarità bassa, cittadini stranieri che possono portare ad uno scarso livello di partecipazione con un conseguente numero di dati mancanti o non risposte.

Per quanto riguarda la scala dei valori (SF-36) questa comporta degli errori di misurazione: è stato riscontrato che i soggetti esaminati tendono ad evitare l'utilizzo dei punti estremi della scala. Il questionario ha dimostrato di essere accettato dai pazienti che lo hanno compilato e restituito per l'80% del totale; inoltre non sono state segnalate particolari difficoltà di compilazione da parte degli utenti.

AUTORE:

Dr. Umberto Tulli Infermiere Coordinatore SOC Nefrologia e Dialisi Ospedale di Tivoli (Roma) Elena Valeri Infermiera specializzata Nefrologia e dialisi Soc. Nefrologia e dialisi

IN PILLOLE

Distrofia, la speranza "Jazz"

La progettazione e la costruzione in laboratorio di un gene regolatore-sintetico in grado di controllare su richiesta l'espressione di un altro gene implicato in una patologia, promette nuove applicazioni nel campo delle strategie terapeutiche per malattie genetiche e cancro. In particolare, con un gene regolatore-sintetico è possibile controllare l'espressione di geni detti "bersaglio", coinvolti in diverse patologie, attivandone, attenuandone o spegnendone l'azione. A questo scopo è stato costruito un gene regolatore-sintetico, denominato "Jazz", capace di controllare il gene dell'utrofina che può svolgere un ruolo fondamentale nella distrofia muscolare di Duchenne, una patologia che porta alla degenerazione del tessuto muscolare in tessuto fibroso e adiposo, provocando la progressiva perdita di forza muscolare e delle abilità motorie. La ricerca, pubblicata sulla rivista Plos One, stata condotta da un gruppo di lavoro, costituito da ricercatori dell'Istituto di Biologia e Patologia Molecolare e dell'Istituto di Neurobiologia e Medicina Molecolare del CNR di Roma, dell'Istituto Tumori Regina Elena di Roma e del Medical Research Council Functional Genetics Unit dell'Università britannica di Oxford.

BIBLIOGRAFIA

Apolone G., Mingardi G., Mosconi P. Misurare la salute in nefrologia e dialisi. Pensiero Scientifico. Roma: 2000.

Claxton, K., Lacey, L. & Walker, S. (2000), 'Selecting treatments: a decision theoretic approach', *Journal of the Royal Statistical Society* A 163, 211–225.

Drummond, M., O'Brien, B., Stoddar, G. & Torrance, G. (1997), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University Press, London, UK.

Gold, M., Siegel, J., Russel, L. & Weinstein, M. (1996), *Cost effectiveness in health and medicine*, Oxford University Press, New York, NY. 28-1

Drummond M. Evidence-based medicine and cost-effectiveness: uneasy bedfellows [EBM Note]. Evidence-Based Medicine 1998; 3: 133.

Elixhauser A, Halpern M, Schmier J, Luce BR. Health care CBA and CEA from 1991 to 1996: an updated bibliography. Med Care 1998; 36 (Suppl 5): MS1-9.

Covinsky KE, King JT Jr, Quinn LM, et al. Do acute care for elders units increase hospital costs? A cost analysis using the hospital perspective. J Am Geriatr Soc 1997; 45: 729-34.

Golaszewski T, Snow D, Lynch W, et al. A benefit-to-cost analysis of a work-site health promotion program. J Occup Med 1992; 34: 1164-72.

Lo Biondo – Wood G., Haber J., Metodologia della ricerca infermieristica. Mc Graw Hill; Milano; 1997.

Zarnke KB, Levine MA, O'Brien BJ. Cost-benefit analyses in the health care literature: don't judge a study by its label. J Clin Epidemiol 1997; 50: 813-22.

Leadership e motivazione: due facce della stessa medaglia nel management infermieristico

di Rosita Perin e Leda De Santis

INTRODUZIONE

Lo studio tratta il tema della motivazione al lavoro nella professione infermieristica e come l'agire di una leadership efficace produca effetti positivi sulla motivazione stessa dei propri collaboratori presso il presidio ospedaliero di Tivoli ASL RMG.

MATERIALI E METODI

Il disegno dello studio è di tipo descrittivo.

Il campione che è stato sottoposto ad indagine è rappresentato dalla popolazione di infermieri che attualmente svolge funzioni di coordinamento e di gestione di risorse umane nella struttura sanitaria sopra indicata.

Per eseguire tale studio è stato consegnato un questionario anonimo costituito da sette domande a risposta chiusa, che riguardano dati a carattere generale e professionale e da venticinque domande più specifiche le cui risposte sono riportate poi nei grafici.

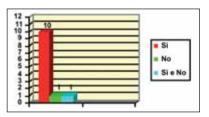
La distribuzione del questionario è stata autorizzata dalla Direzione Sanitaria allo scopo di avere il nulla osta a poter divulgare notizie riguardanti l'Azienda in questione, seppure a scopo didattico. I valori medi ottenuti sono stati riportati sotto forma di rappresentazione grafica così come richiesto.

L'indagine è stata condotta nel periodo

compreso tra Aprile e Giugno 2007. Sono stati distribuiti 12 questionari e sono stati restituiti tutti.

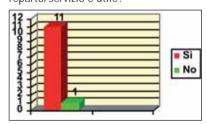
Il campione oggetto di indagine è risultato essere composto da 5 uomini e 7 donne in un'età media di 50 anni. È risultato che la maggior parte dei coordinatori svolgono le funzioni di coordinamento in un periodo compreso tra 1 e 5 anni, solo uno da meno di un anno e 4, in un periodo superiore a 5 anni. È risultato inoltre che 5 di questi non sono in possesso di alcun titolo abilitante, 7 sono in possesso di titolo abilitante le funzioni direttive e nessuno è in possesso di Master universitario di 1° livello per le funzioni di coordinamento.

Seguiranno ora una serie di domande inerenti all'abilità di quida e di sostegno dei collaboratori e dalle risposte ottenute si evince che i tratti e i comportamenti riconducibili a questa capacità comprendono il quidare i collaboratori rappresentando l'esempio da seguire, il coinvolgimento di collaboratori nelle decisioni, l'essere autorevoli piuttosto che autoritari, il sostegno e l'incoraggiamento a perseguire obiettivi e performance di qualità, la produzione dell'autonomia professionale, l'esercizio di azioni di coaching, il concedere agli altri la possibilità di sbagliare (grafico n. 8). 8. Nella Sua esperienza, organizzare il lavoro per compiti e attività è necessario?

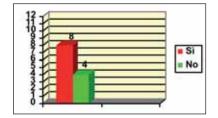


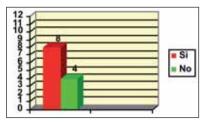
Coinvolgimento dei collaboratori nei processi decisionali.

Esiste in questo campo un forte "gap" tra rappresentazioni e percezioni. Nonostante sia comune a tutti l'importanza di coinvolgere i collaboratori nelle scelte, i coordinatori percepiscono che le loro decisioni vengono comunque accettate dai collaboratori. Si presume pertanto che esista ancora un buon margine di coinvolgimento dei collaboratori nella presa di decisioni, non del tutto realizzato nell'attuale realtà operativa (grafici nn. 9 - 10 - 11 - 13) 9. Sullabase della Sua esperienza, motivare ai collaboratori le decisioni prese in merito agli aspetti organizzativi del reparto/servizio è utile?

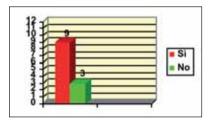


10. I problemi personali non devono influenzare le prestazioni lavorative. È completamente d'accordo con questa affermazione?

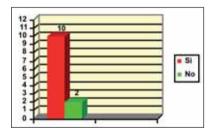




11. Lei ritiene che chiedere il parere agli infermieri prima di prendere una decisione sa fondamentale?

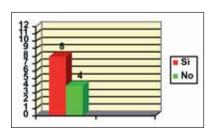


13. Nella Sua esperienza, il passaggio di informazioni orali al cambio turno tra infermieri è efficace?



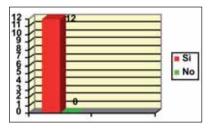
Lavorare per obiettivi

I coordinatori ritengono rilevante porsi obiettivi da raggiungere nell'esercizio delle proprie funzioni in accordo con la visione aziendale che negli ultimi anni ha sviluppato sempre per tale modalità operativa (grafici nn. 12 – 25).



12. Lei ritiene che, ai fini assistenziali, lavorare per obiettivi sia rilevante? 25. Nella Sua esperienza, gli obiettivi

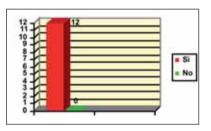
annuali definiti a livello di Unita Operativa ritiene siano, per il paziente utili?



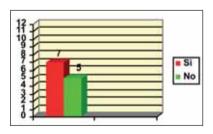
Guida attraverso l'esempio

I valori rilevati si orientano tutti verso lo standard di letteratura, anche se le rappresentazioni in misura lievemente maggiore rispetto alla percezione (grafici nn. 15 – 16).

15. Secondo Lei il coordinatore incide sulla qualità delle prestazioni erogate dal personale infermieristico?



16. Lei pensa che fornire l'esempio ai collaboratori sia rilevante?

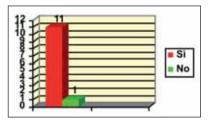


Autorevoli piuttosto che autoritari

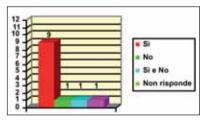
I valori rilevati tendono a propendere per una figura di coordinatore che vede nell'autoritarismo ancora un atteggiamento efficace nell'esercitare al meglio le proprie funzioni. Fissare regole è importante come pure è importante rispettarle.

Questo fenomeno potrebbe essere spiegato dalla presenza, ancora in parte diffusa, di una concezione di ruolo che risente di peculiari retaggi del passato, che ponevano un marcato accento di tipo gerarchico nei rapporti esistenti tra coordinatore e personale coordinato (grafici nn. 17 – 18 – 22 – 30)

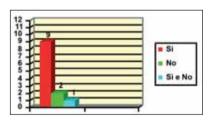
17. Lei pensa sia utile controllare in prima persona che gli infermieri abbiano portato a termine le attività assistenziali previste nel piano di lavoro?



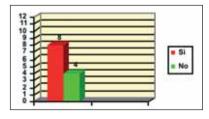
18. Nella Sua esperienza, spronare gli infermieri a lavorare meglio è fondamentale?



22 Nella Sua esperienza, organizzare l'assistenza per compiti e attività è opportuno?:



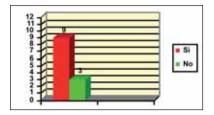
30. Nella Sua esperienza, non rispettare una disposizione impartita rappresenta un problema grave?



Esercizio del coaching

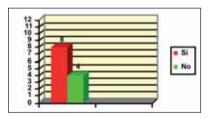
In riferimento a questa caratteristica, è necessario premettere che gli items costruiti possono non rappresentare appieno l'azione di coaching, processo che necessita di maggiori dati per poter essere debitamente analizzato.
Pur con tali limiti si evince che i coordinatori sono ben orientati nel sostenere i collaboratori nei percorsi di miglioramento professionale (grafico n. 20).

20. Nella Sua esperienza, i corsi di formazione realizzati dagli infermieri si sono rivelati essere utili?



Generalmente i coordinatori, soprattutto quelli esperti, riconoscono che è importante orientarsi alla soluzione del conflitto piuttosto che alla ricerca delle cause che lo hanno scatenato e reputano utile il proprio intervento in qualità di mediatore (grafico n. 23).

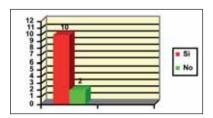
23. Nella Sua esperienza, intervenire in caso di conflitto tra il personale è utile?



Promozione dell'autonomia professionale

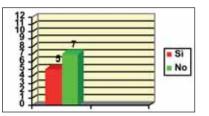
La rilevanza dell'autonomia dell'infermiere, ottenuta con l'abolizione del mansionario, è ben consolidata nel pensiero della maggior parte dei coordinatori (grafici nn. 25 – 26).

25. Nella Sua esperienza, gli obiettivi annuali definiti a livello di Unita Operativa ritiene siano, per il paziente utili?



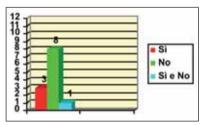
26. Nella Sua esperienza, in rapporto alla soluzione dei problemi di salute dell'utente, l'autonomia dell'infermiere è importante?

In questo settore si nota un'ampia differenza tra rappresentazioni e percezioni rilevate. Mentre la maggior parte dei coordinatori reputa estremamente positivo il cambiamento,

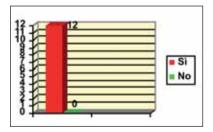


si rileva, contemporaneamente, una notevole difficoltà a modificare l'organizzazione dell'assistenza. Si può ipotizzare che questa difficoltà possa derivare dal fatto di ritenere vincolanti alcuni fattori legati all'organizzazione come ad es. la carenza di risorse a disposizione che potrebbe spiegare (o giustificare) l'orientamento dei coordinatori ancora legato a favorire un modello di organizzazione di assistenza di tipo funzionale (grafici nn. 28 – 19).

28. Nella Sua esperienza, migliorare la qualità dell'assistenza è semplice?



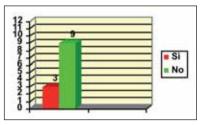
19. Nella Sua esperienza, modificare l'organizzazione dell'assistenza è complicato?



I tratti e i comportamenti di queste due domande riguardano la disponibilità alla relazione, la capacità di intervento nella soluzione dei conflitti, l'interesse verso i collaboratori, l'attivazione di meccanismi di feed-back, la trasmissione efficace delle informazioni, il possesso di informazioni aggiornate e il favorire la comunicazione tra gli operatori. Ma come si evince dalle risposte si può vedere che generalmente i coordinatori riconoscono che è importante l'ascolto nei processi relazionali, ma sono scettici poi per

quanto riguarda un feed-back positivo per l'andamento del lavoro, ciò potrebbe dipendere dall'attitudine a programmare con ridotta frequenza gli incontri individuali con i collaboratori ma sarebbe necessario disporre di ulteriori dati per confermare la validità di questa affermazione (grafici nn. 31 – 32).

31. Lei ritiene che effettuare colloqui con il personale infermieristico per fornire un ritorno positivo in merito alle performance sia utile?



32. Nella Sua esperienza, i colloqui individuali con il personale infermieristico pianificati con lo scopo di fornire un feedback sono frequenti?

DISCUSSIONE

La popolazione sottoposta ad indagine è risultata in prevalenza di sesso femminile. Il campione è composto in larga misura da coordinatori esperti. Ciò può essere spiegato dal fatto che c'è stata una lacuna temporale occorsa nel periodo formativo del coordinatore, in cui c'è stata una disattivazione dei corsi che rilasciano il titolo di abilitazione alle funzioni direttive (F.A.D.), fino al 2002, primo anno di attivazione del Master universitario di primo livello per le funzioni di coordinamento. Durante questo periodo si sono comunque istituiti nuovi ruoli di coordinamento, grazie alla possibilità offerta dalla normativa contrattuale che consentiva una progressione verticale di carriera anche ad operatori non in possesso del titolo abilitante. In assenza di specifici corsi di formazione rilascianti il titolo, i coordinatori "promossi sul campo" avevano comunque la possibilità di accedere all'offerta formativa dispensata da corsi di formazione continua e/o aggiornamento professionale che sviluppavano le tematiche d'interesse congruenti con il

profilo ricoperto.

Dalle altre domande a cui sono stati sottoposti i coordinatori della ASL RMG di Tivoli si è rilevato che ci sono molti buoni propositi nel migliorare la qualità delle prestazioni erogate allo scopo di soddisfare appieno le esigenze dell'utente. Si pensi al fatto che tutti unanimi sono stati d'accordo nell'importanza a dare il loro esempio anche se poi in realtà alla domanda "se negli ultimi tre anni avessero partecipato a corsi di formazione" le risposte non sono state congruenti al proposito.

Dalle domande è emerso inoltre che c'è ancora una presenza molto forte di autoritarismo che potrebbe essere spiegato dalla presenza di una concezione di ruolo che risente di peculiari retaggi del passato, che basavano le loro fondamenta su una gerarchia più o meno marcata, anche se comunque si evince che gli stessi coordinatori sono ben orientati nel sostenere i collaboratori nei percorsi di miglioramento professionale, nell'importanza dell'autonomia dell'infermiere nello svolgere la propria professione. Quindi la maggior parte dei coordinatori con titolo o meno sono ben predisposti e favorevoli al

cambiamento pure se si tratta di professionisti con tanti anni di anzianità.

CONCLUSIONE

Per il futuro, è auspicabile che la ricerca su questo tema sia sostenuta ed incrementata a tutti i livelli e su tutto il territorio nazionale, in modo da poter disporre di dati utili per poter orientare le azioni delle istituzioni e delle

organizzazioni verso la creazione di una vera e propria "cultura della leadership" e verso lo sviluppo di professionisti preparati.

AUTORI:

Dr.ssa Leda De Santis SOS Professioni Sanitarie e Tecniche ASL RM/G Rosita Perin Infermiera Master in Management e Coordinamento ASL RM/G

BIBLIOGRAFIA

Alberoni F., L'arte del comando, Franco Angeli, Milano, 2002.

Avallone P., Paplomatas A., *Salute organizzativa*, Raffaello Cortina, Milano, 2005 Calamandrei C., *La leadership infermieristica*, Management Infermieristico, 2004, 2: 41 e Management Infermieristico, 2004, 3: 33.

Calamandrei C., Orlandi C., *La dirigenza infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 1998. Ciancio B., *Trasformare la frustrazione del personale in soddisfazione: il potere della motivazione*, Management Infermieristico, 2001, 1: 40-44.

Lavalle T., Dirigere le risorse umane, Carocci Faber, Roma, 2003.

Likert R., Nuovi modelli di direzione aziendale, Franco Angeli, Milano, 1973.

Maslow A.H., Il management, Armando, Roma, 2004.

Ostinelli G., Motivazione e comportamento, Erikson, Trento, 2005.

Peters T., Leadership, Sperling & Kupfer, Milano, 2005.

Rheinberg F., *Psicologia della motivazione*, Il Mulino, Bologna, 2004.

Santullo A., L'infermiere e le innovazioni in sanità, McGraw-Hill, Milano, 2004.

Zigarmi D., Blanchard K., O'Connor M., Edeburn C., *Essere leader*, Sperling & Kupfer, Milano, 2006.

La comunità terapeutica

di Paolo Tarantino

COMUNITÀ TERAPEUTICA E FORMAZIONE OPERATORI

Uno dei principi cardini su cui si fonda la prassi di ogni Comunità terapeutica, a prescindere dai diversi orientamenti teorici, è la condivisione della vita quotidiana fra pazienti e operatori e il coinvolgimento di entrambi nelle pratiche indispensabili alla vita stessa della comunità: pulire, cucinare, mangiare, trascorrere il tempo libero, svolgere incombenze di comune interesse o necessità.

Queste attività a volte vengono percepite come attività semplicemente occupazionali o genericamente ergoterapiche invece consentono agli utenti di misurarsi con la realtà secondo le proprie possibilità e favoriscono lo sviluppo di relazioni, intorno ai compiti di lavoro che mettono in evidenza i comportamenti e i differenti bisogni dei residenti. Tutto ciò costituisce un materiale utilissimo per la riflessione continua sul modo di essere di ognuno così come sulla natura delle interazioni e delle dinamiche che si sviluppano, offrendo opportunità per un possibile cambiamento.

Viste secondo quest'ottica, le attività quotidiane, specie quelle legate a esigenze materiali e concrete, assumono il significato di funzioni vitali, sia perchè rappresentano reali esigenze sia perché stimolano lo sviluppo di una attività di pensiero. Non si tratta quindi di attivismo sterile e afinalistico, ma di un fare e di un pensare strettamente interdipendenti, da cui si possono sviluppare cambiamenti e apprendimento. Questo modo di considerare il fare quotidiano trova applicazione nel

contesto reale di molte strutture residenziali e semiresidenziali. I pazienti delle nostre comunità infatti sono spesso portatori di gravi patologie e disabilità e hanno capacità limitate per quanto riguarda l'assunzione di responsabilità per se stessi e per gli altri. In altre parole essi vivono in condizioni di dipendenza e avrebbero bisogno di divenire più autonomi, ciascuno secondo le proprie possibilità. Dal canto suo la comunità richiede ai suoi residenti di partecipare, per quanto è loro possibile, alla gestione della vita quotidiana. Per molti di loro il coinvolgimento nelle decisioni riguardanti la vita comunitaria rappresenta un utile apprendimento nell'assunzione di responsabilità verso gli altri così come verso se stessi. attraverso le relazioni che si sviluppano.

Le relazioni di lavoro, infatti, implicano potenti aspetti emotivi che occorre tenere in considerazione e su cui è necessario riflettere. Quando le interazioni con gli altri vengono ignorate, la vita emotiva si impoverisce e l'istituzione aggrava le condizioni di molti dei pazienti che vi risiedono. Occorre invece che la comunità offra ai suoi membri l'opportunità di lavorare insieme, con tutte le situazioni emotive che si sviluppano nella vita quotidiana e che entrano in risonanza con le esperienze passate di ciascuno. In questo modo il setting comunitario fornisce un forum per riflettere ed esplorare queste esperienze in un ambiente protetto.

Lavorare con gli altri costituisce infatti un terreno idoneo alla comprensione di difficoltà del passato in scala ridotta e in un gruppo gestito e supportato. Gli operatori di comunità hanno le necessità di comprendere processi comunicativi che non sono astratti o simbolici; in altre parole hanno bisogno di comprendere il linguaggio dell'azione attraverso l'azione e tutto ciò che in essa si sviluppa, consciamente e inconsciamente.

Un modello di formazione che risponde a questo scopo è quello dei cosiddetti workshop_esperienziali residenziali. Essi sono stati concepiti per fornire strumenti di apprendimento effettivamente utilizzabili nella pratica di lavoro di chi opera in contesti psichiatrici residenziali, con particolare attenzione a coloro che non hanno svolto sofisticati percorsi di training e hanno scarsa o nessuna conoscenza psicodinamica. L'iniziativa si basa su alcune evidenze:

- Il fatto che i pazienti usano le loro capacità cognitive e di simbolizzazione in modo anomalo; particolarmente i pazienti psicotici utilizzano le azioni per esprimere dei significati e le loro parole come oggetti, senza distinzione fra simboli e oggetti simbolizzanti;
- La relazione stretta e prolungata coi pazienti;
- 3) La condivisione della quotidianità;
- 4) La dimensione grippale delle comunità;

I workshop esperienziali si differenziano nettamente da un convegno o un seminario con letture magistrali e presentazioni di relazioni preordinate: offrono infatti ai partecipanti un'opportunità di apprendimento diretto attraverso un breve periodo di convivenza in stile comunitario, articolato in attività indispensabili all'esistenza della comunità che si viene temporaneamente a costituire e in una



serie di sessioni in grandi e piccoli gruppi finalizzate sostanzialmente alla riflessione e all'apprendimento di tutto ciò che accade durante il loro svolgimento.

Essi si ispirano al concetto dell'apprendere dell'esperienza riproducendo le caratteristiche, i compiti e l'atmosfera del contesto in cui gli operatori svolgono la loro quotidiana attività, puntando all'acquisizione di una maggiore disponibilità al rapporto col paziente e maggior dimestichezza col lavoro in equipé.

Ogni workshop dedica molto del suo

tempo nello svolgimento di attività allo scopo di aiutare i partecipanti a comprendere che tipo di comunicazione può essere presente nelle loro azioni svolgendo attività come cucinare, far pulizie, organizzare il tempo libero, etc. L'intento non è quello di offrire input terapeutici ai partecipanti, ma piuttosto di costituirsi come uno spazio per esplorare in prima persona come le attività potrebbero essere usate terapeuticamente con pazienti gravi: si tratta di un'opportunità di apprendimento, non di terapia per i partecipanti.

In altre parole la finalità di questi

eventi consiste nel fare, pensare e imparare qualcosa che possa poi essere utilizzato nelle rispettive esperienze di lavoro. In un certo senso il workshop è esso stesso una comunità finalizzata all'apprendimento, concepito per consentire ai suoi partecipanti di esplorare i processi che si sviluppano intorno al fare quotidiano. Essi potranno formarsi nuove idee su come le loro comunità possano incentivare esperienze di vita che aiutino i residenti ad assumere responsabilità e a modificare, almeno in parte, i loro vissuti e modi di essere. In definitiva il workshop è un'opportunità per esplorare:

- L'influenza che la partecipazione alle diverse attività può esercitare sui comportamenti dei componenti la comunità:
- come e quando i compiti di lavoro e la ricerca di soluzione ai problemi connessi possano mettere in moto emozioni e sentimenti connessi con la storia personale di ciascuno;
- 3. l'importanza delle interazioni fra persone e delle dinamiche di gruppo ai fini di un possibile cambiamento:
- 4. quando agire e quando riflettere;
- 5. quanto tutto ciò possa generare un processo di apprendimento.

ALITORF:

Dott. Paolo Tarantino Responsabile Infermieristico dell'Area Dipartimentale DSM-DIP del servizio infermieristico ASL RM/A

BIBLIOGRAFIA

De Martis D. , Petrella F. , Ambrosiani P. , Fare e Pensare in Psichiatria, Ed. Cortina, Milano 1997; Marchi R. , La Comunicazione terapeutica – Interazione infermierepaziente , Ed. Sorbona, Milano 1993; Burti L., Siciliani O., Riabilitazione Psicosociale, Ed. Franco Angeli, Milano 1991

L'utilizzazione delle diagnosi secondo la classificazione Nanda ed il modello NIC/NOC, nell'ospedale S. Giovanni Calibita, Fatebenefratelli

di Elisabetta Forti e Alessia Manteo

Riassunto

Lo studio è di tipo descrittivo ed è stato svolto nell'Ospedale dei Fatebenefratelli, San Giovanni Calibita, Isola Tiberina, nei quattro reparti a degenza media più alta (Medicina, Oncologia, Ortopedia, Terapia Intensiva).

Abbiamo deciso di realizzare questo studio sulle diagnosi infermieristiche scritte in cartella, in quanto riteniamo che esse, rappresentando una fase del Processo di Nursing, siano un importante mezzo per garantire un'assistenza infermieristica valida e basata su metodi scientifici. Considerando la scarsa diffusione dell'uso delle diagnosi infermieristiche, dedotta da ciò che gli infermieri italiani hanno pubblicato in questi ultimi anni, ci aspettiamo di rilevare diagnosi infermieristiche con una frequenza pari al 5% delle schede osservate. Materiali e metodi. Ci siamo rivolti ad uno statistico per calcolare la numerosità del campione di cartelle da esaminare e per la randomizzazione. Successivamente abbiamo proceduto all'analisi diretta di queste. Risultati. I risultati evidenziano una maggiore percentuale di diagnosi registrate, rispetto a quella prevista

dall'ipotesi iniziale, seppure non sempre in forma corretta e completa. Parole chiave Diagnosi infermieristica, Modelli, Cartelle infermieristiche, Drg, Età del paziente, Degenza media.

INTRODUZIONE

Di diagnosi infermieristica si è cominciato a parlare nel 1955, quando Virginia Fry utilizzò per la prima volta questo termine (Progetto Sanità, 2006). In realtà gli infermieri hanno sempre diagnosticato i problemi assistenziali dei loro assistiti, ma il termine "diagnosi infermieristica" inserito appieno nella pratica quotidiana è da ritenersi un avvenimento piuttosto recente.

La diagnosi infermieristica appartiene al Processo di Nursing, il quale è da considerare come una serie di tappe che conducono all'obiettivo finale, quello di garantire ai nostri pazienti un'assistenza qualificata e basata sui bisogni effettivamente rilevati.

Anche qui, il concetto di Processo di Nursing nasce alla fine degli anni '50, ma solo di recente viene insegnato agli studenti infermieri e ritenuto un metodo che ogni infermiere dovrebbe mettere in pratica nella propria attività quotidiana. (Wilkinson, 2003)

Il nostro studio rappresenta la volontà di valutare quanto oggi, nel 2007, sia chiaro e utilizzato il concetto di Processo di Nursing, e più specificamente, di diagnosi infermieristica.

Obiettivi

Gli obiettivi del nostro studio sono

- Valutare quanto si scrive in termini di diagnosi infermieristica, come queste vengono redatte, quali sono i "modelli" e le "diagnosi" più frequenti;
- Valutare se variabili come il reparto di degenza, il Drg, l'età del paziente, ed i tempi di degenza, influenzano o meno la completezza e correttezza dell'identificazione dei problemi in termini diagnostici.

Campo di indagine e Campionamento

Il nostro campo d'indagine sono i reparti di Medicina, Oncologia, Ortopedia e Terapia Intensiva, scelti tra le Unità Operative dell'Ospedale Fatebenefratelli, San Giovanni Calibita, Isola Tiberina, perché sono risultati quelli con una degenza media più lunga, e quindi con una maggiore documentazione; l'universo di riferimento sono le schede infermieristiche accluse alle cartelle



cliniche dei pazienti ricoverati nei suddetti reparti nell'anno solare 2006. Da qui abbiamo tratto il nostro campione: 378 cartelle, pari al 15% del totale, ottenute in modalità random, stratificato per numero di ricoveri l'anno, composto da 132 cartelle di medicina, 132 di ortopedia, 86 di oncologia e 28 di Terapia Intensiva. Le cartelle sono state visionate direttamente, utilizzando una griglia di analisi per inserire i dati rilevati. (vedi Tabella N.°1)

Tabella N° 1 Griglia di analisi
N° cartella
Reparto
DRG
Data di
ricovero
Data di
dimissione
Giorni di
degenza
Età
Presenza di
diagnosi
inf.ca
Tipo di diagnosi
inf.ca

Criteri di inclusione e di esclusione criteri di inclusione adottati sono stati di scegliere tutte le cartelle cliniche

contenenti la scheda infermieristica; quelli di esclusione invece sono stati di non considerare i reparti dove mancava la figura dell'infermiere (reparto di ostetricia), e dove non era presente, nelle cartelle cliniche, la documentazione infermieristica (reparto del nido, sala operatoria ed ambulatori). Della documentazione clinica archiviata abbiamo considerato solo le schede infermieristiche, in quanto rappresentano l'unico documento in cui possono essere riportate annotazioni riconducibili alle diagnosi infermieristiche.

Strumenti Abbiamo disposto della consulenza del Centro Elaborazione Dati (CED) per ottenere i dati relativi alla degenza media nei reparti esaminati.

Per quanto riguarda invece la randomizzazione delle schede da analizzare ci siamo serviti della consulenza dello statistico. Per ottenere i dati abbiamo poi eseguito un'analisi diretta delle cartelle, in archivio cartaceo o informatico.

Risultati I risultati che abbiamo ottenuto non sono incoraggianti: il 61.4% delle cartelle analizzate risulta privo di diagnosi infermieristiche. Il restante 38.6% perciò, riporta una o più diagnosi infermieristiche; di queste solo tre sono compilate in modalità completamente corretta ovvero recanti

un "titolo, fattori correlati, caratteristiche definenti, NIC (Nursing Intervention Classification = interventi) e NOC (Nursing Outcomes Classification = esiti)."
Le altre (143 diagnosi.) sono formulate nella maggior parte dei casi solo con il "titolo" (39%), oppure dal "titolo e NIC" (32%).
La tabella n° 2 rappresenta le modalità di formulazione delle 146 diagnosi rilevate.

Tabella N° 2.	
Modalità di elaborazione delle	
diagnosi infermieristiche	
riscontrate.	
TITOLO (TIT)	57
TIT. + Caratteristiche.	
Definenti (CD)	2
TIT. + Fattori Correlati (FC)	2
NIC	21
TITOLO	
+ NIC	48
TIT + CD + NIC	1
TIT. + NIC + NOC	12
TIT + CD + FC + NIC + NOC	3
TOTALE	146

Per quanto riguarda i risultati ottenuti dall'analisi dei "modelli" maggiormente elaborati, "scambi" risulta il più frequente, mentre "relazioni", "valori" e "conoscenze" non sono mai stati riscontrati. La diagnosi infermieristica contata più volte è quella relativa a "dolore", presente almeno una volta nel 15.1% delle cartelle analizzate (Tab.N°3)

Tabella N° 3. Modelli rilevati dall'analisi documentazione infermieristica.	della
SCAMBI	104
COMUNICAZIONE	3
RELAZIONI	0
VALORI	0
SCELTE	18
MOVIMENTO	46
PERCEZIONE	34
CONOSCENZA	0
EMOZIONI	62

Nella seconda parte del nostro studio abbiamo ottenuto dei risultati che ci confermano di aver raggiunto il secondo obiettivo già espresso. Infatti, considerando la variabile "reparto di degenza", è emerso che la C.R.T.I è quello dove si redigono percentualmente più diagnosi (78.6%), mentre quello di Ortopedia il minore (10%); considerato il DRG (Tabella N° 4) osserviamo come i pazienti con la patologia "tumori" presentano un maggior numero di diagnosi infermieristiche (38.9%).

Tabella N° 4 - DRG	
DRG	N°
Disturbi psichici	32
Malattie infettive e	
parassitarie	75
Tumori	147
Malattie endocrine	
nutrizionali, metaboliche	27
Malattie del sistema nervoso	10
Malattie sistema circolatorio	51
Malattie apparato respiratorio	36
TOTALE	378

Prendendo in esame la fascia d'età, troviamo che quella in cui si scrivono più diagnosi è quella superiore ai 75 anni (46.4%); considerando il tempo di degenza media osserviamo che il 57% delle diagnosi infermieristiche sono formulate quando il tempo di degenza media è maggiore ai 12 giorni.

Sulla base dei valori che abbiamo raccolto ed elaborato possiamo affermare che la probabilità di trovare una diagnosi infermieristica all'interno della documentazione infermieristica aumenta in maniera direttamente proporzionale all'età del paziente e al tempo di degenza: a parità di tempo di degenza raddoppia tra i 60 anni e i 75 anni, mentre, a parità di età, triplica tra i 5 giorni e i 12 giorni di degenza. (Vedi grafico N°1)

piano di assistenza ben studiato e "personalizzato".

Gli utenti sono sempre più coscienti e partecipano attivamente alla loro malattia, diversamente da quanto avveniva tempo fa, e solo facendo ricerca e utilizzando metodi scientifici possiamo far valere la nostra categoria e le nostre qualità.

Riteniamo pertanto che la conoscenza che i nostri infermieri hanno sulle diagnosi infermieristiche non è adequata

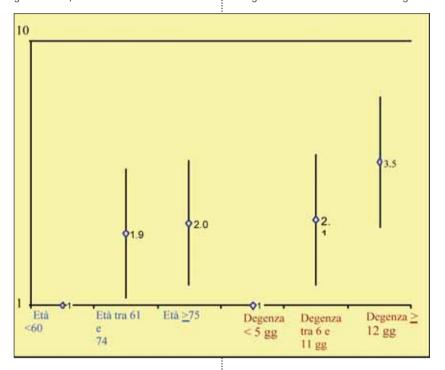


Grafico N°1. Possibilità di trovare una diagnosi infermieristica in base a età e degenza media.

CONCLUSIONI

Il nostro studio ci ha condotto verso risultati di doppio significato; abbiamo infatti raggiunto gli obiettivi che ci eravamo prefissati, ma i risultati ottenuti non sono esattamente quelli sperati Vediamo infatti, come ancora oggi il concetto di "diagnosi infermieristica" non è ben fermo nella mente dei professionisti, quali siamo noi infermieri.

Riteniamo che nel 2007 non si può parlare di responsabilità e di autonomia se gli infermieri non sono consapevoli per primi di quale sia la modalità corretta di documentare, raccogliere dati e sulla base di questi elaborare un

per garantire un percorso assistenziale mirato per ogni singolo paziente, e che abbia come scopo quello di identificare quali siano i suoi bisogni, i punti di forza, gli obiettivi ed i risultati da ottenere e quelli ottenuti.

Sarebbe opportuno proporre quindi dei corsi di formazione, anche in vista di una possibile futura Normativa Europea che introdurrà l'abitudine per gli infermieri di redigere diagnosi, al pari dei medici. Il nostro studio è stato condotto in un piccolo ospedale ma, vista l'importanza dell'argomento, crediamo possa essere utile verificare l'utilizzo delle diagnosi anche in altre realtà italiane.

ALITORF:

Alessia Manteo D.ssa Elisabetta Forti Ospedale S. Giovanni Calabita Fatebenefratelli - Roma

BIBLIOGRAFIA

Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica, elementi di legislazione sanitaria. La documentazione sanitaria, Mc Graw-Hill, Milano, 2002, pp. 293.305;

Buoncompagni M., TUSCANY NURSING 2006, QUESTIONI ASSISTENZIALI IN AREA CRITICA. Documentazione assistenziale in terapia intensiva: il sistema NANDA, Firenze, 22 Settembre 2006, pp. 2-3;

Calamandrei C. , NANDA Diagnosi infermieristiche, definizioni e classificazioni. Classificazione delle diagnosi infermieristiche, Sorbona, Milano, 1994, pp. 1-4;

Carpenito L. J., Moyet, *Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche. Introduzione*, Ambrosiana, Milano, 2004, pp. XXXIII-XXXV; Collegio IPASVI di Roma, *La nuova regolamentazione per l'esercizio della professione infermieristica: Profilo professionale- Codice deontologico- Ordinamento didattico- Percorsi formativi- Leggi e decreti di interesse infermieristico. Cap 1, 5, pp.10- 45;*

AA.VV." Guida alla formulazione della diagnosi infermieristica". Progetto Sanità, 2006; 4 (13): 3-12

Greco M., Rocco G., *Guida all'esercizio della professione di infermiere. La professione infermieristica*, Ed.MedicoScientifiche, Torino, 2006, pp. 11-19.

Kim M.J., McFarland G.K., McLane A.M., Diagnosi infermieristica e piani di assistenza. Introduzione all'edizione italiana e Prefazione, Sorbona, Milano, 1991, pp. X-XIV;

Kim M.J., McFarland G.K., McLane A.M., *Diagnosi infermieristica e piani di assistenza. Prefazione*, Sorbona, Milano, 1991, p. XIV; Pelagalli V., Raimondi R., *Il processo di assistenza infermieristica e la pianificazione assistenziale. Direzione servizio infermieristico e tecnico*. p.31:

Shoemaker J. K., Essential features of a nursing diagnosis. Atti della quinta Conferenza Nazionale di St. Louis, Mosby Co, 1984, p. 109; Wilkinson J. M., Processo infermieristico e pensiero critico. Cap 1, 2, Ambrosiana, Milano, 2003, pp. 9-19.

IN PILLOLE

Ipertensione, nuove evidenze contro il sale

Meno sale (a tavola), meno sale (la pressione). La validità di questo slogan, proposto recentemente dalla Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa per sensibilizzare la popolazione ad un uso più moderato del sale da cucina, ha ricevuto un ulteriore sostegno scientifico dai dati di una ricerca condotta dall'Isa-Cnr e dall'Università Federico II di Napoli, pubblicati sulla prestigiosa rivista internazionale Journal of Hypertension. Lo studio ha evidenziato che lo sviluppo di ipertensione arteriosa è significativamente più frequente nei pazienti con maggiore sensibilità agli effetti pressori del sale assunto con la dieta, rispetto a coloro in cui tale sensibilità è di minor grado. In particolare, a distanza di 15 anni dalla originaria valutazione della sensibilità al sale nei soggetti partecipanti allo studio, l'ipertensione arteriosa si è sviluppata nell'88% dei casi più sensibili e nel 50% di quelli restanti.

La ricerca è stata realizzata nell'ambito dell'Olivetti Heart Study, uno studio longitudinale sui fattori di rischio per le malattie cardiovascolari che ha coinvolto i dipendenti degli stabilimenti dell'Olivetti di Pozzuoli e Marcianise in Campania.

La cartella infermieristica e informatizzata: proposta di un progetto nei servizi ambulatoriali di medicina interna

di Laura Sabatino

L'implementazione di una cartella infermieristica, informatizzata ed integrata con quella medica, nasce dall'esigenza di proporre e perseguire una serie di obiettivi:

- contribuire al miglioramento della qualità del servizio sanitario offerto dal personale infermieristico all'utente, in armonia con quanto il top management sanitario aziendale dovrebbe auspicare;
- 2. applicare i contenuti della deontologia e della normativa infermieristica¹ che sottolineano come la pianificazione dell'assistenza e l'utilizzo della documentazione infermieristica, siano elementi di forza specifici della professione, atti a favorire l'espressione delle competenze intellettuali, elemento essenziale della professionalità acquisita;
- rendere nota, non solo la natura tecnica della professione, ma anche quella relazionale ed educativa che il personale esprime nei confronti dell'assistito;
- rendere maggiormente visibile il ruolo e le funzioni del personale infermieristico all'interno dell'azienda, impegnato in svariate prestazioni che spesso non vengono sistematicamente registrate, tanto da essere misconosciute.

La cartella infermieristica proposta, consente di documentare la presa in carico dell'assistito, grazie alla formulazione della diagnosi infermieristica, degli obiettivi da perseguire, degli interventi da attuare e dei criteri per comprendere se gli obiettivi sono stati effettivamente raggiunti. Il modello concettuale sul quale si struttura la cartella è quello di Hildegard Peplau², scelto per la sua chiarezza e la sua possibile applicazione anche ai contesti ambulatoriali; in questi servizi, il contatto con l'utente, pur sviluppandosi in uno spazio temporale breve, può ripetersi più volte, sempre con lo stesso assistito, grazie al proseguimento delle cure, consentendo all'infermiere di esprimere le proprie competenze tecniche, relazionali ed educative e all'utente di essere seguito in maniera più completa, continuativa, personalizzata e umanizzata. La compilazione accurata di una cartella infermieristica, necessita di tempo, nonché, di personale formato che si dedichi a tale attività; benché la cartella ambulatoriale si presenti meno corposa di quella utilizzata nelle unità operative dove vige il ricovero ordinario (si pensi alla quantità di dati che è necessario raccogliere per assistere le persone, la cui degenza si protrae per svariati giorni e la complessità del quadro clinico che non permette prestazioni effettuabili in tempi brevi), l'attività ambulatoriale può risultare, anch'essa, con ritmi lavorativi serrati, pertanto, affinché il progetto di

implementazione si avvii con successo. sarà importante prevedere, inizialmente, la sperimentazione del modello scelto solo su un gruppo omogeneo di assistiti. Inoltre, per recuperare tempo e risorse umane preziose, sarà importante sia strutturare un elenco di funzioni e di attività proprie e improprie che vengono attuate dal personale infermieristico nel servizio, sia effettuare un'analisi del contesto lavorativo per individuare i punti di forza e di debolezza, cioè le criticità che possono favorire od ostacolare l'utilizzazione della cartella infermieristica, così da riorganizzare i modelli di lavoro in maniera più efficace ed efficiente3.

Nelle sedi ove si prevede l'inserimento di una cartella infermieristica, sarà opportuno costituire un gruppo di lavoro ristretto che si preoccuperà di raggiungere i seguenti obiettivi:

- raccogliere informazioni sulla presenza di cartelle infermieristiche già esistenti all'interno dell'azienda, per utilizzare iniziative dimostratesi utili e iniziare a lavorare su nuove idee;
- 2. raccogliere dati inerenti la cartella infermieristica anche sul territorio regionale o nazionale, effettuando la revisione delle riviste di interesse specifico, sia con metodo manuale, sia on-line, sempre per prendere atto di quanto già esiste ed è stato sperimentato con successo in altre realtà, ma anche per comprendere

che cosa è ritenuto indice di buona qualità, dalle fonti autorevoli della professione, nella redazione di una cartella infermieristica.

Tutti gli infermieri che utilizzeranno la cartella, comunque, dovrebbero essere coinvolti nella strutturazione della stessa, pertanto, si potranno prevedere tempi e modi per acquisire tutte le proposte utili, sia inerenti modelli concettuali alternativi a quello presentato con questo lavoro, sia schede di medicazioni diverse e così via, pensando anche alla possibilità di farne derivare un corso d'aggiornamento specifico, utile ai fini dell'ECM.

La cartella in oggetto, si prevede sia informatizzata, pertanto, si ipotizza la presenza di un programma che consenta all'infermiere di scegliere all'interno della "categoria": - diagnosi, obiettivi, interventi e criteri - quelli più idonei al caso assistenziale che si trova di fronte; si aprirà, quindi, una finestra per ogni "categoria", nella quale si potrà "cliccare" l'elemento scelto che verrà automaticamente inserito negli appositi spazi della cartella: l'infermiere avrà sempre a disposizione frasi già formulate all'interno della "categoria", dovrà solo sceglierle, anche se si prevede che egli abbia la possibilità di inserire o modificare nuovi elementi.

La teoria delle relazioni interpersonali della Peplau, presenta quattro fasi del rapporto infermiere-paziente – Orientamento – Identificazione – Utilizzazione o Sfruttamento – Risoluzione - e sei ruoli che l'infermiere assume durante la relazione – Ruolo dell'estraneo – Ruolo della persona di sostegno o su cui fare affidamento – Ruolo di insegnante – Ruolo di leadership o di guida – Ruolo di sostituto – Ruolo di consulente o consigliere.

La Peplau sostiene che durante la relazione, le fasi si possono sovrapporre; nell'elaborazione della cartella infermieristica proposta, si possono sovrapporre sia le fasi sia i ruoli, distribuiti nel rispetto dell'articolazione del piano d'assistenza come di seguito illustrato:

1. Accertamento e identificazione dell'assistito:

è questo il momento dell'incontro con l'assistito e della sua accoglienza, durante il quale l'infermiere effettua la raccolta di quei dati, oggettivi e soggettivi, che gli serviranno per capire quali sono i bisogni insoddisfatti e i problemi che ostacolano il loro soddisfacimento.

È questa la I Fase cioè dell'Orientamento, sia l'utente sia l'infermiere non si conoscono, quindi si osservano e cercano di capirsi reciprocamente; la comunicazione avviene sui due piani, verbale e non verbale e l'infermiere, che assume il Ruolo di estraneo, mette in atto tutte quelle strategie che possono stimolare la fiducia dell'assistito.

2. Individuazione dei bisogni insoddisfatti e problemi, con formulazione della diagnosi infermieristica:

siamo nella II Fase, quella dell'Identificazione, se l'assistito si sentirà incondizionatamente accettato, sarà portato ad aprirsi in maniera autentica ed a confidarsi con l'infermiere, con il quale si identifica, chiedendogli aiuto; l'infermiere ha ora acquisito il Ruolo di persona di sostegno, infatti, risponde alle domande dell'assistito, illustrandogli anche il percorso da effettuare all'interno del servizio, ma, soprattutto, è questo il momento in cui l'infermiere formula le diagnosi infermieristiche. Si riportano alcuni esempi di diagnosi formulate appositamente4

- a) Affaticamento correlato a inadeguata ossigenazione tessutale secondaria a BPCO (operaio nelle cave di marmo), la quale cura è gestita in maniera inefficace, che si manifesta con diminuita energia psico-fisica per mantenere le abituali attività di vita quotidiana.
- b) Ansia moderata, conseguente ad infortunio sul lavoro che ha determinato grave danno biologico (perdita dell'integrità corporea per amputazione del braccio dx), manifestata con senso di impotenza correlata a scarsa fiducia in sé,

- paura di influenze negative sul sistema di relazioni famigliare e di non poter riacquistare l'autonomia e l'efficienza nel lavoro.
- c) Gestione inefficace del regime terapeutico prescritto, inerente il trattamento della malattia professionale (es.: alterazione muscolo-scheletrica e nervosa periferica da sovraccarico biomeccanico agli arti superiori), correlata alle conoscenze insufficienti rispetto al progetto terapeutico, che si manifesta con scarsa gestione degli effetti della malattia e della prevenzione delle complicanze.

3. Definizione degli obiettivi da perseguire e scelta degli interventi:

è la III Fase, quella dell'Utilizzazione, in cui il paziente sfrutta le conoscenze, le competenze e le attitudini dell'infermiere, il quale assume ora diversi Ruoli contemporaneamente, quello di Guida, di Educatore e di Sostituto. L'infermiere, dunque, aiuta l'assistito a comprendere i propri punti di forza e gli insegna come raggiungere gli obiettivi, stimolandolo alla partecipazione. Si crea un rapporto particolare tra i due, l'utente può vedere nell'infermiere una persona vicina emotivamente, tanto da evocargli figure significative del proprio vissuto; sarà la competenza dell'infermiere a fargli comprendere le differenze tra il ruolo e le funzioni dell'infermiere e quelle della persona evocata. Per chiarire questo passaggio si riportano gli obiettivi e gli interventi elaborati per le tre diagnosi descritte sopra:

Obiettivi da perseguire per la diagnosi 1: (affaticamento – BPCO)

 Aiutare la persona ad adattarsi allo stato di affaticamento, valorizzando le potenzialità residue.

Scelta dell'intervento:

- a. Spiegare le cause dell'affaticamento;
- b. Aiutare la persona ad esprimere le proprie sensazioni e sentimenti circa gli effetti dell'affaticamento sulla sua vita;
- Accertare quali attività la persona considera importanti per conservare l'autostima:

- d. Aiutare ad identificare le proprie risorse, abilità, interessi (mettere in risalto le cose positive che ha fatto nel passato e che ancora può fare, ecc.) per programmare lievi attività;
- e. Consigliare la dieta appropriata per evitare affanno post-prandiale;
- f. Consigliare il riposo prima e dopo attività, anche dopo i pasti, per risparmiare le forze;
- g. Istruire l'assistito sulla necessità di mantenere adeguata l'umidità dell'aria inspirata, evitando sostanze irritanti per le vie aeree (fumo e odori forti) che possono aggravare i sintomi;
- h. Istruire sulle modalità appropriate per effettuare una tosse controllata;
- i. Informare sulla possibilità di abbattimento di barriere architettoniche (pedane o supporti per salire le scale) ove necessario.

Obiettivi da perseguire per la diagnosi 2: (Ansia – amputazione)

 Aiutare la persona a ridurre e gestire il proprio attuale livello d'ansia, stimolando alle attività possibili e all'adattamento efficace (coping) verso la nuova condizione fisica.

Scelta dell'intervento:

- a. Essere presenti senza incalzare con le domande o forzare a prendere decisioni;
- b. Parlare in modo lento e tranquillo ma, soprattutto, ascoltare attivamente;
- c. Trasmettere un senso di comprensione empatica (es.: consentire di piangere e parlare, ecc.);
- d. Non contrastare e discutere le sue difese e razionalizzazioni, non negare che ci saranno dei cambiamenti nella sua vita;
- e. Permettergli di parlare apertamente sull'influenza della malattia nelle relazioni famigliari;
- f. Insegnare strategie in grado di ridurre l'ansia (controllare il respiro, rilassare le spalle, rallentare i pensieri, modificare la voce, ecc.);
- g. Discutere con il medico sull'opportunità di un trattamento terapeutico psicologico:
- h. Rassicurare sulla continuità delle

- cure presso il servizio e sulla possibilità di reinserimento lavorativo:
- i. Illustrare le possibilità offerte dai presidi protesici;
- j. Ove necessario metterlo in contatto con l'assistente sociale.

Obiettivi da perseguire per la diagnosi 3: (alterazione muscolo-scheletrica e nervosa periferica, regime terapeutico alterato per conoscenze insufficienti)

 Partecipazione attiva dell'assistito che applicherà correttamente il regime terapeutico farmacologico, curativo, preventivo e riabilitativo.

Scelta dell'intervento:

- a. Aiutare la persona ad esprimere e valutare le proprie aspettative sia nei confronti delle proprie capacità di fronteggiare la malattia (coping) sia nei confronti del rispetto della terapia;
- b. Chiarire all'assistito le indicazioni curative dei farmaci ove non comprese;
- c. Creare un sistema di identificazione dei farmaci da assumere, per rispettare orari e dosaggi;
- d. Aiutare la persona ad esprimere e valutare le proprie capacità di modificare le attuali abitudini di vita:
- e. Suggerire le modificazioni allo stile di vita, che possono impedire l'insorgenza di complicanze anche con l'ausilio di opuscoli informativi (evitare l'esposizione a vibrazioni, le compressioni localizzate, le basse temperature, posture scorrette, movimenti e sforzi ripetuti, rispettare il riposo e le attività ricreative, ecc.);
- f. Spiegare il percorso clinico in caso di necessario intervento chirurgico;
- g. Chiedere al medico se è utile la prescrizione di fisioterapia, in caso affermativo, contattare il fisioterapista dell'azienda oppure fornire il n. tel. del centro fisioterapico più vicino al domicilio dell'assistito, al fine di accelerare il percorso riabilitativo.

4. Verifica dei risultati:

La IV e ultima Fase è quella della Risoluzione e l'ultimo Ruolo che assume l'infermiere è quello di Consulente.

L'assistito si libera dell'identificazione con l'infermiere, è consapevole delle sue potenzialità e più autonomo nel formulare nuovi obiettivi; l'infermiere assume nel rapporto un ruolo più periferico, di collaboratore. In questa fase, l'elaborazione del piano d'assistenza, inserito nella cartella infermieristica, prevede il momento della verifica dei risultati ottenuti; ciò è possibile, grazie alla preventiva elaborazione di criteri, cioè di descrittori di azioni, ai quali verranno confrontati i comportamenti dell'assistito.

Anche in questo caso, come esempio, si riportano i criteri elaborati per ogni obiettivo delle tre diagnosi:

Criteri: descrivere cosa farà l'assistito – **azione** – in che modo – la **condizione** (parlando, scrivendo, effettuando un esercizio fisico, ecc.); il – **criterio** – in genere è espresso in "tempo".

Valutazione del perseguimento degli obiettivi nella diagnosi n. 1 (affaticamento- BPCO)

- a. Discute delle cause di affaticamento, comunica le proprie sensazioni sugli effetti dell'affaticamento sulla sua vita; stabilisce un elenco delle priorità per le attività; elenca le attività che intraprenderà per stimolare l'ambito fisico, cognitivo, emotivo e sociale.
- b. La persona riferisce di sentirsi aiutata dai consigli dell'infermiere; condivide la proposta dell'infermiere di essere contattato, entro 15 giorni, per verificare le sue condizioni rispetto all'affaticamento; entro le due settimane inizierà una nuova attività, condivisa con l'infermiere, che lo aiuterà a convivere con l'affaticamento
- c. L'assistito, in accordo con l'équipe, programma una vacanza curativa in collina, presso un centro termale, a carico dell'azienda (asl), ove effettuerà una terapia specifica.

Valutazione del perseguimento degli obiettivi nella diagnosi n. 2 (ansia - amputazione)

- a. L'assistito esprime i propri timori rispetto all'infortunio che sta vivendo:
- Specifica le sensazioni da arto fantasma, sotto quale forma si possono presentare (disagio, dolore, formicolio, prurito, calore, ecc.) e gli interventi volti a ridurli;
- c. Stabilisce di partecipare attivamente nella cura di sé e del moncone, descrivendo il comportamento da attuare nei confronti della ferita chirurgica, durante le cure igieniche;
- d. Concentra l'attenzione sul programma riabilitativo elencando gli step che lo compongono;
- e. Conosce i tempi da rispettare per l'applicazione della protesi definitiva all'arto e gli eventuali aggiustamenti a cui la protesi può essere sottoposta nel corso del tempo;

- f. Elenca i suoi punti di forza e i suoi progetti futuri;
- g. Accetta il colloquio con il fisioterapista.

Valutazione del perseguimento degli obiettivi nella diagnosi n. 3 (alterazione muscolo-scheletrica e nervosa periferica, regime terapeutico – conoscenze insufficienti)

- a. L'assistito riferisce l'intenzione di attuare i comportamenti necessari per la gestione della malattia e la prevenzione di complicanze;
- b. Descrive l'azione, la posologia e la via di somministrazione dei farmaci prescritti;
- c. Elenca le attività che possono acuire la malattia e quelle che ne impediscono il peggioramento;
- d. Riferisce lo scopo e le modalità d'attuazione delle indagini

- strumentali prescritte;
- e. Accetta la possibilità di un'assistenza domiciliare, fornita dai servizi territoriali della asl, ove non ci fosse la presenza di caregivers;
- f. Accetta il colloquio con l'assistente sociale per gli aiuti del caso;
- g. Riferisce di accettare il programma fisioterapico postoperatorio nell'eventualità di un intervento chirurgico.

La cartella infermieristica sarà corredata anche dalla scheda di medicazione ove necessario e dalla documentazione che il gruppo di lavoro riterrà opportuna.

¹ Si ricordano: il *Patto Infermiere Cittadino* e il *Codice Deontologico* (rispettivamente Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI 12 Maggio 1996 e 1999), il *Profilo Professionale* (D.M. 14 Settembre 1994, n. 739), il Decreto del MURST 2 Aprile 2001 che istituisce la *Laurea Infermieristica*, la Legge 26 Febbraio 1999, n. 42 *Disposizioni*



in materia di Professioni Sanitarie abrogazione del mansionario, equipollenza dei titoli, riconoscimento formale della professione infermieristica grazie all'abolizione della denominazione "ausiliaria", la Legge 10 Agosto 2000, n. 251 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica, che riconosce l'autonomia professionale, la metodologia della pianificazione dell'assistenza, l'organizzazione di modelli d'assistenza personalizzata e consente l'attivazione dei corsi di Laurea Specialistica, nonché l'istituzione della Dirigenza Infermieristica. ² H. E. Peplau (1952) *Interpersonal relations* in nursing, New York, G.P. Putnam's Sons. ³ Tra gli strumenti utili per analizzare il contesto di lavoro è il Diagramma di Ishikawa, per un approfondimento della metodologia; tra i vari testi disponibili, si consiglia: Lo ludice M., La gestione del cambiamento in sanità, Centro Scientifico Editore, Torino, 1998. ⁴ Tra i testi da consultare si consiglia: L. J. Carpenito, Piani di assistenza Infermieristica e documentazione, diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi, Ambrosiana, Milano, 2000.

AUTORE:

Laura Sabatino Infermiera INAIL Centro Diagnostico Polispecialistico

Si propone a completamento della cartella, la scheda riassuntiva alla dimissione/conclusione del piano d'assistenza:
Problemi assistenziali reali e potenziali rilevati nel corso della relazione d'aiuto:
Obiettivi concordati e perseguiti:
Obiettivi concordati da perseguire:
Objectivi Concordati da perseguire.
Contatti presi con altri operatori sanitari e sociali:
Varie ed eventuali:
Prossimo appuntamento: Giorno
Telefono a cui rivolgersi in caso di necessità
Infermiere/i: Nome e Cognome

IN PILLOLE

Anziani: 3 milioni a rischio demenza

Sono circa tre milioni in Italia gli ultrasessantacinquenni affetti da deficit cognitivo di grado lieve: in pratica un anziano su quattro. Non tutte queste persone sono destinate ad una progressione del deficit verso la demenza, ma il rischio di patologia conclamata nei quattro anni successivi risulta triplicato rispetto ai soggetti anziani ma con funzioni cognitive normali. E' quanto emerge da una osservazione condotta, nell'ambito del progetto "Italian Longitudinal Study on Aging", da alcuni ricercatori dell'Istituto di Neuroscienze del CNR di Firenze in collaborazione con un gruppo di ricerca dell'Università fiorentina e con l'Istituto Superiore di Sanità. Lo studio Ilsa, ha già fornito in passato stime sulla frequenza della demenza nella popolazione italiana, valutata in circa 700.000 casi, quantificando in circa 150.000 le persone che (sofferenti o meno di deficit cognitivo lieve) si ammalano di tale patologia ogni anno. La ricerca è stata pubblicata sulla rivista Neurology, organo ufficiale dell'American Academy of Neurology.

BIBLIOGRAFIA

Barbieri G., La cartella infermieristica, profili di responsabilità per l'infermiere, in "lo Infermiere", Organo Ufficiale del Collegio IPASVI di Milano. n. 3. 2002

Calamandrei C., Orlandi C., Caposala: risultati di un indagine, in "Management Infermieristico, Lauri, Milano, numero 1, 2001, p. 8-19

Calamandrei C., Le Diagnosi Infermieristiche in Italia, in "Nursing Oggi", Lauri, Milano, numero 4, 2001, p. 20-26

Calamandrei C., *Riflessioni sull'infermieristica e sulla scienza infermieristica*, in "Nursing Oggi", Lauri, Milano, numero 3, 2003, p. 16-24 Cambriani A., et. alii., *Scheda Infermieristica*, in "Infermiere Oggi", Organo Ufficiale del Collegio IPASVI di Roma, luglio-settembre, 2001 Carpenito L. J., *Piani di assistenza Infermieristica e documentazione, diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi*, Ambrosiana, Milano,

2000 Carpenito L. J., *Diagnosi infermieristiche applicazione alla pratica clinica*, Ambrosiana, Milano, II ed. 2001

Casati M., La documentazione infermieristica, MCGraw-Hill, 2005, Milano.

Chiti M., et. alii., *La cartella infermieristica informatizzata mobile (CIM) in day surgery urologica*, in "Nursing Oggi", Lauri, Milano, numero 3, 2003, p. 25-28

Corsi M., Placentini F., *La qualità della documentazione infermieristica nelle strutture sanitarie,* in "Professioni infermieristiche", Organo Ufficiale della CNAI, numero 1, 2004, p. 5-14

Cuggiani A., La cartella infermieristica, in "Infermiere Oggi", Organo Ufficiale del Collegio IPASVI di Roma, luglio-settembre, 2002

Eberli F., Porcu A., *Esperienza di cartella clinica e infermieristica integrata*, in "lo Infermiere", Organo Ufficiale del Collegio IPASVI di Milano, n.2. 2005

Foglino M., et. alii., Studio e applicazione di una documentazione scritta utilizzata dal personale infermieristico della clinica ortopedica dell'azienda ospedaliera San Martino, in "Progetto Infermiere", Organo Ufficiale del Collegio IPASVI di Genova, n. 4, 2003

Fontetrosciani L., L'infermieristica, in "Professione Infermiere Umbria", Organo Ufficiale del Collegio IPASVI dell'Umbria, n. 4, 2004

Germini F., Masi V., Manuale di pianificazione infermieristica, Carocci Faber, Roma, 2004

Germini F., La cartella infermieristica, teoria e pratica, Carocci Faber, Roma, 2006

Luciani C., et alii., Miglioramento continuo della qualità: elaborazione ed applicazione della cartella infermieristica all'interno di un'organizzazione complessa. L'esperienza dell'azienda policlinico Umberto I di Roma, in "Professioni infermieristiche", organo ufficiale della CNAI, numero 1, 2004, p. 15-48.

Malinverno E., Percorrere la strada dell'accreditamento all'eccellenza per l'infermiere, in "Professioni infermieristiche", Organo Ufficiale della CNAI. nunero 1. 2002

Manara D. F., Ruolo dell'infermiere e natura dell'assistenza tra forma ed essenza, in "Nursing Oggi", Lauri, Milano, numero 4, 2004, p. 8-20 Motta P.C., Introduzione alle scienze infermieristiche, Carocci Faber, Roma, 2002

Vanzetta M., Vallicella F., *Documentazione infermieristica e qualità*, in "Management Infermieristico", Lauri, Milano, numero 2, 2002, p. 35-39

Motta P. C., Linee guida, clinical pathway e procedure per la pratica infermieristica: u inquadramento concettuale e metodologico, in "Nursing Ogqi", Lauri, Milano, numero 4, 2001, p. 27-36

Morgante M. C., Pavan G., *Risk management sulle registrazioni e sulle documentazioni infermieristiche,* in "Management Infermieristico, Lauri, Milano, numero 2, 2004, p. 34-40

Motta P. C., La standardizzazione delle conoscenze, dei processi e dell'attività infermieristica: un inquadramento concettuale e metodologico, in "Nursing Oggi", Lauri, Milano, numero 4, 2003, p. 14-20

Picogna M., Lirutti M., La valutazione e il miglioramento di qualità della documentazione infermieristica, in "Professioni infermieristiche", organo ufficiale della CNAI, numero 4, 2001

Placenti F., Il processo di nursing come processo metacognitivo, in "Aretè", Organo Ufficiale del Collegio IPASVI di Trieste, n. 2, 2003

Piu F., La documentazione infermieristica come strumento di misurazione della complessità assistenziale e di pianificazione dell'assistenza, in "Management Infermieristico, Lauri, Milano, numero 2, 2005, p. 36-42

Ronchetti O., Il Ruolo dell'infermiere nella realizzazione della cartella clinica informatizzata, in "Agorà", Organo Ufficiale del Collegio IPASVI di Como, n. 24, 2004

Rosato E., et alii., Informare o educare le persone assistite? L'esperienza dell'azienda ospedaliera di Padova, in "Nursing Oggi", Lauri, Milano, numero 1, 2005, p. 32-36.

Sansoni J., Giustini M., Visibilità infermieristica: L'I.C.N.P. potrebbe aiutare? Nursing Visibility: could the ICNP Help?, in "Professioni infermieristiche", Organo Ufficiale della CNAI, numero 3, 2003, p.131-142

Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria – VRQ, Carta di Portonovo *Alla ricerca della buona qualità*, in "Professioni infermieristiche", organo ufficiale della CNAI, numero 1, 2004

Torre R., Bertazzoni G., Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcome Classification (NOC) dell'Università dell'IOWA: una descrizione dei metodi, degli strumenti e dei contenuti, in "Professioni infermieristiche", organo ufficiale della CNAI, nunero 3, 2003, p.143-158

Turci C., Gli strumenti informativi ed operativi infermieristici nell'unità operativa: i riferimenti normativi, in "Infermiere Oggi", Organo Ufficiale del Collegio IPASVI di Roma, ottobre-dicembre, 2005

La dignità e il rispetto per la dignità due valori fondamentali nella pratica infermieristica

di Alessandro Stievano

Di solito, per dignità nelle professioni sanitarie ci si riferisce a due concetti valoriali fondamentali. Da un lato un valore che deve essere esperito verso gli altri e, dall'altro, un valore che deve essere riferito a se stessi; concetto molto meno esplorato nella letteratura infermieristica. La prima parte del concetto "dignità", cioè, il rispetto per la dignità del paziente è un concetto fondamentale per l'assistenza infermieristica, dovrebbe essere analizzato soggettivamente su ogni individuo prendendo in conto differenze specifiche tra ogni persona. La seconda parte dello stesso concetto dovrebbe. altresì, essere analizzata oggettivamente come valore base dei diritti umani

Il significato di dignità: una revisione della letteratura

La dignità appare come un dovere e come un diritto in molti codici deontologici sanitari europei e in molte carte internazionali sui diritti umani. Ad esempio nel codice deontologico infermieristico italiano la dignità è esplorata, tra gli altri, dalla Premessa dove al comma 3 si dichiara:" La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo". In auesto modo il documento vuole sottolineare un mix inestricabile tra quattro valori, cioè, tra vita e salute, tra vita e dignità, tra

salute e libertà dell'individuo e così via. Inoltre, il basilare articolo 2, "Principi etici della professione" esplicita, al comma 3, che: "L'infermiere riconosce che tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione e le assiste indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia" e al comma 4 rende noto che: "L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo".

Ma la dignità nel codice deontologico infermieristico italiano redatto dal gruppo di lavoro della Federazione Nazionale Ipasvi nel 1999 parla anche di dignità professionale.

All'articolo 5.2 si dichiara: "L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà. Si adopera affinché la diversità di opinione non ostacoli il progetto di cura." Questo aspetto, legato alla dignità professionale, è una delle caratteristiche che rende il documento del 1999 uno dei più completi codici deontologici infermieristici del mondo. Anche il Nursing and Midwifery Council nel codice etico-deontologico del 2002 rivisto nell' agosto 2004 "The NMC code of professional conduct: standards for conduct, performance and ethics" afferma che: "I'infermiere o l'ostetrica, il codice è congiunto, hanno il dovere morale di assicurare e promuovere gli interessi e la dignità

dei pazienti".

L'articolo 1 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani del 1948 afferma che "Tutti gli esseri umani sono nati liberi ed uguali nella dignità e nei diritti e devono ispirare il loro comportamento in uno spirito di fratellanza".

Malgrado queste affermazioni Mann¹ indica che molti codici eticodeontologici non esplorano a fondo il concetto di dignità nella pratica professionale rimanendo troppo spesso solamente su posizioni teoriche. Anche Spiegelberg² distingue vari significati del concetto:

- Una dignità intrinseca o estrinseca (una valutazione della propria dignità versus una valutazione da parte degli altri soggetti della dignità espressa).
- Una dignità relazionale e una dignità assoluta (comparata con la dignità di altri individui e senza comparazione).
- Una dignità umana e una dignità di merito (la seconda appare correlata all'autovalutazione personale, mentre la prima si riferisce ad una dignità in assoluto).
- Una dignità umana in se stessa e le basi per tale dignità (una distinzione tra la vera essenza della dignità e le basi su cui costruirla).

Per Spiegelberg la dignità può essere vista come un valore oggettivo che non cambia e come un valore soggettivo o auto valutato che cambia rispetto all'ambiente di riferimento. Nel 1994 e nel 1996 due autori anglosassoni

Mairis e Haddock^{3,4} hanno chiarito meglio il significato di dignità. Mairis³ afferma che: "La dignità esiste quando un individuo è capace di esercitarla attraverso i suoi comportamenti, e dalla maniera in cui è trattato dagli altri. Il soggetto dovrebbe essere in grado di capire le informazioni e di prendere decisioni in proposito. Inoltre, si dovrebbe sentire a suo agio sia fisicamente che psicosocialmente nell'ambiente di vita". Haddock⁴, d'altra parte, dichiara che:" La dignità è la capacità di sentirsi importante di fronte agli altri, comunicare questo sentimento alle altre persone, anche in ambienti non favorevoli. La dignità è un concetto dinamico soggettivo ma ha anche alcune basi condivise in tutti gli esseri umani".

Di nuovo emergono la dimensione soggettiva ed oggettiva della dignità. Castledine⁵sottolineò la natura soggettiva della dignità in relazione a persone anziane: "Il rispetto e la dignità possono essere misurati solamente sapendo cosa questi termini significhino per il paziente. Questo fatto richiede agli infermieri un'attenzione maggiore alla valutazione dei bisogni e alla comunicazione con il paziente anziano".

De Raeve⁶, invece, focalizzò la sua attenzione sulla dignità in relazione alla fine della vita. De Raeve citando anche Szawarski⁷ afferma: "La dignità dell'essere umano è basata sul rispetto e il mantenimento dell'identità morale dell'individuo...il mio senso di auto rispetto è seriamente a rischio quando qualcuno o qualcosa mi obbliga ad agire contro i miei ideali facendomi, in tal modo, perdere il mio auto rispetto". Chiaramente la dignità è legata a come pensiamo o valutiamo noi stessi. Shotton e Seedhouse8 partono da un differente punto di vista riflettendo sulle loro esperienze e concludono che:" non abbiamo dignità quando ci troviamo in circostanze imbarazzanti, quando siamo in situazioni dove ci sentiamo ridicoli, stupidi, incompetenti, inadeguati e vulnerabili". In questa visione, la dignità coinvolge

circostanze e competenze. Noi abbiamo

dignità quando le circostanze ci mettono a nostro agio e quando abbiamo le competenze per sentirci a nostro agio in quelle circostanze. In queste prospettive emerge chiaramente la natura soggettiva della dignità che è correlata ai sentimenti, al controllo dei comportamenti o delle circostanze. Queste definizioni suggeriscono che gli individui abbiano un ragionevole grado di autonomia. e tali considerazioni sono importanti per la pratica professionale quotidiana.

Pullman⁹ sviluppa un punto di vista più oggettivo ed inclusivo della dignità, una visione che racchiude tutte le persone con autonomia diminuita, che non è basato sull'esperienza soggettiva, che è in linea con molti codici eticodeontologici professionali e documenti sui diritti umani e supporta il concetto già richiamato di Spiegelberg di dignità umana. Pullman sviluppa un'etica della dignità e la distingue da un'etica dell'autonomia: " Il pericolo implicito in questa tendenza comune di sovrapporre la dignità con l'autonomia, è assumere che le persone che mancano della capacità di esercitare scelte autonome mancano della dignità umana.....tale riflessione è contraria ad ogni discorso morale, ma è ancor più problematica

nell'assistenza di lungodegenza". Noi insistiamo che anche le persone con demenza, ad esempio, debbano essere trattate con dignità e rispetto, la base della dignità scompare se sovrapponiamo la dignità con la capacità della scelta autonoma. Dobbiamo separare la dignità dall'autonomia.

Pullman⁹ distingue ulteriormente tra dignità di base e dignità personale. La dignità personale è un concetto costruito socialmente e variabile dove le persone esprimono loro stesse in maniera differente e dove il loro senso del valore dignità può essere legato al senso di autonomia. La dignità di base, di converso, è un concetto più stabile " una persona non fa niente per ottenerla e nessuno può portargliela via, persino nella mancanza di autonomia, come è spesso il caso di persone anziane con demenza". Le persone hanno questa dignità umana disgiunta dal loro livello di competenza, coscienza o autonomia, abilità relazionale. Questa dignità si ha semplicemente perché si è umani. Nordenfelt¹⁰ ha disquisito di questa visione della dignità come "dignità deali uomini" e si riferisce ad una dignità che hanno tutti gli esseri umani





o si assume che posseggano proprio per la loro umanità. Essa sottende il fatto che tutti abbiamo gli stessi diritti umani o almeno i seguenti diritti umani minimi:

- La sufficienza dei mezzi necessari per l'esistenza.
- La libertà,
- Un minimo di auto rispetto. Il terzo punto richiede un minimo grado

di autonomia.

L'espressione tedesca

"Menschenwürde" sintetizza in maniera ottimale la dignità di base inestricabilmente legata ai diritti umani fondamentali e al diritto della salute. E' una dignità legata al diritto di accesso ai servizi per la salute, come riconosciuto dall'International Bill of Human Rights, 11, 12, 13 e da altri documenti internazionali, che ogni essere umano dovrebbe essere in grado di esprimere e che dovrebbe essere garantita senza influenze od ostacoli, e, questa dignità, dovrebbe essere assicurata a tutti i cittadini . Non è ancora quel concetto dinamico identificato da Haddock4 ma è una buona base per lo sviluppo dell'etica della dignità.

Il concetto di dignità e la pratica infermieristica

La dignità come abbiamo visto dobbiamo considerarla come un valore sentito individualmente e un valore di base appartenente a tutti gli uomini. Dobbiamo riflettere sul concetto sia oggettivamente come base per i diritti umani che soggettivamente indicando, quindi, una sua variabilità con la singola persona.

Nel considerare lo stesso concetto nel nursing bisogna riflettere su due valori professionali fondamentali: rispettare la dignità dell'altro e rispettare la dignità di noi stessi in quanto professionisti. Il concetto rispetto associato a dignità è stato spesso oggetto di dibattito. Ad esempio, spesso si afferma che gli infermieri debbano avere rispetto del paziente, dei suoi bisogni, delle sue aspettative etc...., ma il concetto rimane vago, ampio e deve essere specificato più in profondità.

Il *rispetto* per la propria dignità, o autorispetto richiede una valutazione e un riconoscimento del proprio valore come essere umano e come professionista. I due aspetti sono

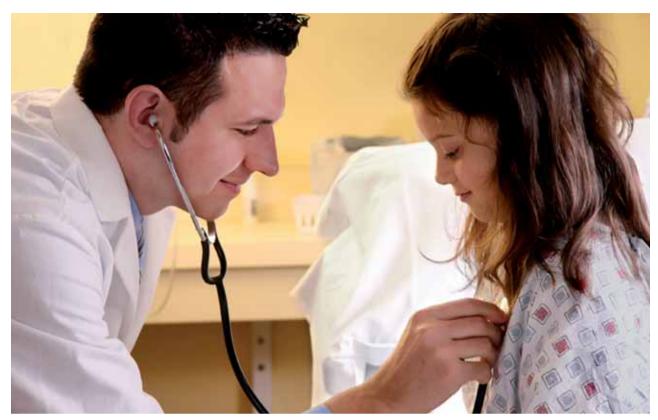
chiaramente correlati. Il rispetto verso l'altro è famigliare nella pratica infermieristica e compare in numerosi documenti e articoli professionali, mentre, al rispetto verso la dignità di noi stessi viene data molta meno attenzione e non è identificato, troppe volte, come un valore professionale chiave. Tale concetto compare, comunque, nel Codice Deontologico Statunitense emanato dall'American Nurses Association: "Il rispetto morale va di pari passo al valore morale e alla dignità di tutti gli uomini senza distinzioni personali e qualunque sia la loro situazione di vita. Tale rispetto si estende a noi stessi; gli stessi doveri che noi dobbiamo agli altri noi li dobbiamo avere per noi stessi. I doveri di dignità verso noi stessi comprendono una serie di doveri che includono la crescita personale, il mantenimento della competenza, il mantenimento dell'integrità relazionale..". Un'infermiera in uno studio di Seedhouse e Gallagher¹⁴ disse "se diamo ai pazienti che assistiamo dignità noi anche ne vogliamo". E' molto plausibile che quando è tangibile il mancato rispetto per la dignità degli infermieri, possa essere compromesso anche il loro senso della dignità verso gli altri. Maggiori ricerche infermieristiche sull'argomento sono consigliabili.

Verso un'etica dell'aspirazione

Quindi, siamo vulnerabili come esseri umani e come professionisti in tutti i momenti della vita.

Come ci ricorda Warnock¹⁵ "Le persone spesso non sono razionali, sia nella gestione delle proprie questioni che nella gestione delle stesse in relazione agli altri. Sono vulnerabili verso gli altri e dipendenti dagli altri e tuttavia spesso in competizione con gli altri nella società postindustriale avanzata ad elevato dinamismo di merci e capitali. Spesso gli individui non riescono né a ricevere né a dare l'aiuto necessario, non cooperano e si integrano per fini comuni e sono spesso frustrati da questi comportamenti sociali".

L'autore suggerisce di superare questo



stato di fatto attraverso comportamenti etici. Egli auspica organizzazioni cooperative e maggiormente etiche. L'eticità è necessaria per il miglioramento della condizione umana, infatti, ci sono infinite possibilità di umiliare, de-valorizzare e degradare un essere umano. Tutto ciò non si riferisce solamente agli altri ma anche a noi stessi come esseri umani. Per migliorare la condizione umana abbiamo bisogno di Carr 1991¹⁶ "un'etica dell'aspirazione". Quest'etica è utilizzata in relazione all'etica degli antichi filosofi greci, opposta, quindi, ad un'etica dell'obbligo molto attuale nella nostra società post-moderna spesso persa nelle reti di significati morali che si disconnettono e interconnettono senza soluzione di continuità.

L'etica dell'aspirazione¹⁶:

- Riconosce la vulnerabilità, la fallibilità e le violazioni della dignità umana.
- Aspira a creare le condizioni per essere migliori nella ricerca della salute e verso una pratica professionale etica.
- E' molta attenta alle sfumature della

pratica quotidiana e dimostra una positiva attitudine all'apprendimento. Le strategie di *lifelong learning* sono necessarie per migliorare la coesione sociale, la qualità della vita e per avere uguali opportunità di salute per tutti gli esseri umani.

Per il superamento della tassonomia delle violazioni della dignità

Una tassonomia delle violazioni della dignità è utile secondo Mann¹ per classificare la natura delle violazioni stesse.

 Non essere visti, essere irriconoscibili:

Mann¹ ci dice che questa situazione avviene quando una persona non si sente riconosciuta o sufficientemente apprezzata. Sono le situazioni dove le persone sono ignorate, con le quali si evita di parlare o di avere contatti anche visivi

 Essere visti, ma solamente come membri appartenenti ad un gruppo:
 Il riconoscimento in un gruppo potrebbe essere di orgoglio es: essere un infermiere, un medico, un avvocato, ma se la dignità viene riconosciuta solamente in questa accezione la soggettività del singolo e della sua specifica dignità è negata inscritta solamente nel gruppo di identificazione.

- L'umiliazione.

Con questo tipo di violazione della dignità si intende essere escluso dal gruppo ed avere la propria singolarità enfatizzata in negativo.
Per ovviare a queste violazioni dobbiamo incoraggiare l'acquisizione di competenze etiche da parte dei professionisti infermieri. Tale acquisizione è difficile perché è qualcosa di più del solo sapere e fare bene professionalmente. Gli infermieri e tutti gli altri operatori sanitari devono avere una visione allargata che comprenda:

- Il vedere:

I professionisti sanitari devono sforzarsi di vedere e percepire in maniera giusta ed equa. Murdoch¹⁷ utilizza la parola *attenzione* per esprimere questa capacità e la definisce ad esempio, come uno sguardo amoroso e giusto verso la realtà peculiare di quell'individuo. Questa, aggiunge, deve essere una delle caratteristiche di un infermiere *agente morale*.

Il riflettere:

Gli infermieri devono guardare alle altre persone attraverso un'analisi profonda dei loro vissuti, per un miglioramento dell'anamnesi dei bisogni degli altri.

II conoscere:

I professionisti sanitari devono avere

conoscenza del concetto teorico di dignità, ad esempio, in relazione ai diritti umani. Gli infermieri devono sapere ed intraprendere ricerche sul concetto di dignità nella salute.

Il fare e l'essere:
 questo è il punto che più fermamente si

connette ad un'etica dell'aspirazione dove i professionisti dimostrano un impegno ad agire e ad essere migliori.

Autore:

Dott. Alessandro Stievano

BIBLIOGRAFIA

- 1. Mann J. (1998), Dignity and health: the UDHR's revolutionary first article, *Health Hum Rights*, 2(3): 31-38.
- 2. Spiegelberg H. (1970), *Human dignity: a challenge to contemporary philosophy*, in: Gotesky R,

Laszlo E, Human dignity this century and the next. New York, Gordon and Breach, 39-64.

- 3. Mairis E.D (1994), Concept clarification in professional practice: dignity, J Adv Nurs; 19: 947-53.
- 4. Haddock J (1996), Towards further clarification of the concept 'dignity', J Adv Nurs; 24: 924-31.
- 5. Castledine G. (1996), Nursing elderly people with dignity, Br J Nurs; 5: 191.
- 6. De Raeve L. (1996), Dignity and integrity at the end of life, Int J Palliat Nurs; 2(2): 71-75.
- 7. Szawarski Z. (1986), Dignity and responsibility, *Dialectics Humanism*; 2(3): 193-205, in: De Raeve L. (1996), Dignity and integrity at the end of life, *Int J Palliat Nurs*; 2(2): 71-75.
- 8. Shotton L, Seedhouse D. (1998), Practical dignity in caring, Nurs Ethics; 3: 246-55.
- 9. Pullman D. (1999), The ethics of autonomy and dignity in long-term care. Can J Aging; 18: 26-46.
- 10. Nordenfelt L. (2003), Dignity of the elderly: an introduction, Med Health Care Philos; 6: 99-101.
- 11. United Nations. *Universal Declaration of Human Rights, General Assembly of United Nations, 10/12/1948.* Retrieved 30, November 2007, from: http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm
- 12. United Nations. International covenant on civil and political rights. Retrieved 30 November, 2007, from:

http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b3ccpr.htm

13. United Nations. International covenant on economic, social and political rights. Retrieved 30 November, 2007, from:

http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b2esc.htm

- 14. Seedhouse D, Gallagher A. (2002), Undignifying institutions, J Med Ethics; 28: 368-72.
- 15. Warnock G.J. (1971), The object of morality, London, Routledge.
- 16. Carr D. (1991). Educating the virtues: an essay on the philosophical psychology of moral development and education, London, Routledge, 225.
- 17. Murdoch I. (1970), The sovereignty of good, London, Routledge, 33.

Con l'introduzione del riposo frazionato nelle 24 ore

Ci vogliono ridotti a schiavi

La deroga prevista dalla Legge n° 244/07 (Finanziaria 2008) alla norma sul riposo giornaliero degli infermieri afferma due principi: 1) il personale del ruolo sanitario non ha gli stessi diritti degli altri lavoratori; 2) si possono spremere gli infermieri fino oltre il limite di sopportazione umana.

E' una norma inaccettabile e incostituzionale, che scarica sulla

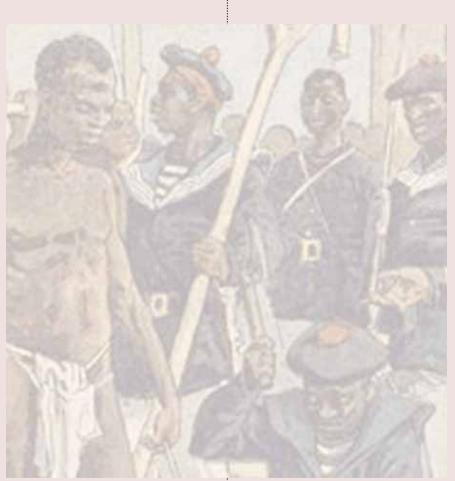
spalle del personale sanitario le inefficienze del SSN con l'obiettivo, inconfessato ma chiaro, di rimediare alla gravissima carenza di infermieri nelle strutsanitarie pubbliche. Come? Non certo assumendo nuovi professionisti, ma facendo lavorare senza sosta quei pochi che già sopportano sacrifici enormi per garantire prestazioni e servizi all'utenza. Il legislatore ha infatti stabilito (art. 3, comma 85 della Legge Finanziaria 2008) che i dipendenti

nel ruolo del

SSN non hanno

crea una grave discriminazione fra i dipendenti del SSN e quelli delle strutture sanitarie private che continueranno a vedersi garantito il diritto al riposo continuativo di 11 ore;

parifica di fatto il personale infermieristico impiegatizio ai dirigenti sanitari per i quali non sono previsti vincoli di orario;



incide pesantemente sulla salute e sulla capacità di lavoro degli infermieri del SSN, mettendo a rischio anche le prestazioni assistenziali verso i cittadini:

contrasta palesemente con l'articolo 32 della Costituzione che garantisce e tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo.

Ecco come ci trattano: non aumenti salariali che riconoscano il lavoro e le responsabilità della categoria, neanche assunzioni per sgravare

gli infermieri da carichi di lavoro eccessivi e mansioni improprie; piuttosto il nuovo status di "schiavi" della sanità pubblica, senza riposo e senza diritti.

più diritto ad 11 ore di riposo continuativo e che quindi il riposo stesso può essere frazionato nell'arco delle 24 ore. Il principio sancito è aberrante per diversi aspetti:

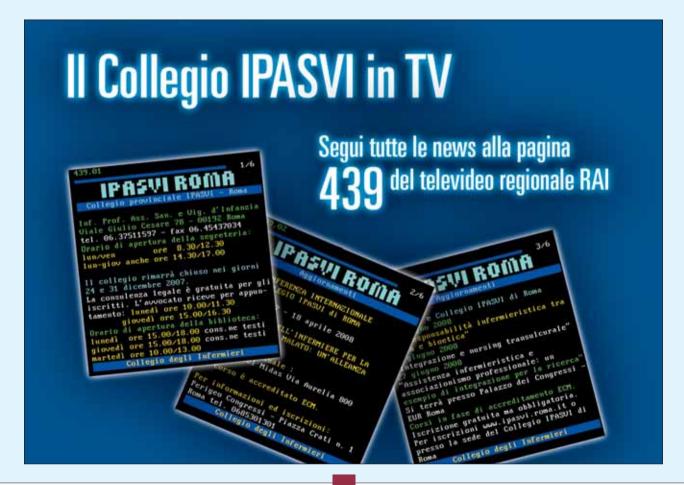
VIA LIBERA ALLA QUALIFICA UNICA DI DIRIGENTE

LA REGOLA C'E', ORA L'AZIONE

In traguardo importante. E che farà bene alla salute dei cittadini. Gli infermieri, insieme a tutti gli altri protagonisti dell'assistenza sanitaria, salutano l'entrata in vigore della nuova disciplina che regola l'accesso alla Dirigenza delle Professioni Sanitarie.

Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 26 febbraio 2008, il DPCM che istituisce la qualifica unica di "Dirigente delle Professioni Sanitarie, Infermieristiche, Tecniche, della Riabilitazione, della Prevenzione e della Professione Ostetrica" ha valore di legge. Il Governo ha così recepito i contenuti espressi nell'Accordo Stato-Regioni (del 15/11/2007) in tema di accesso alla Dirigenza sulla base di regole definite, rigorose, uguali per tutti.

E' il compimento di una lotta che i Collegi e la Federazione IPA-SVI con tutti i Professionisti Sanitari conducono ormai da molti anni, rivendicando il ruolo e l'autonomia che la sanità di oggi affida loro. E' anche l'approdo di un lunghissimo iter legislativo che realizza finalmente gli indirizzi fissati dalla Legge 251 del 2000 con l'istituzione della Dirigenza e dall'introduzione delle lauree Specialistica e Magistrale nelle discipline specifiche. Avverte però il presidente del Collegio IPASVI di Roma, Gennaro Rocco: <Ora le Regioni e le Aziende non hanno più scuse: dispongono dello strumento legislativo per valorizzare il ruolo e le funzioni di tutte le Professioni Sanitarie, che potranno mettere a frutto nuove consistenti opportunità di carriera. Ma occorre passare rapidamente dalla teoria alla pratica, dalla norma ai fatti concreti. Troppo spesso ci siamo imbattuti nelle maglie perverse di un sistema che nella realtà quotidiana ci nega ciò che la legge ci riconosce. Abbiamo oggi inchiostro sufficiente per scrivere una nuova pagina del grande capitolo dell'assistenza, per rapportarci con pari dignità ai sistemi sanitari più avanzati conclude il presidente – Non tollereremo che vada disperso>.









Relazione Assemblea iscritti 2008

Il 2007 è stato un anno importante per il Collegio, tra conferme, soddisfazioni, criticità, successi e qualche sconfitta sul fronte di lotta. Un anno denso di impegni, proseguito a ritmo incalzante anche in questo primo scorcio del 2008, che ha visto la nostra organizzazione ampliare significativamente l'offerta dei servizi agli iscritti, rendere ancor più moderni ed efficienti gli uffici, gestire una quantità crescente di dati, adempimenti e iniziative. Insomma, un anno che conferma il Collegio di Roma come punto di riferimento nazionale e internazione della professione infermieristica, attivo e propositivo in ogni settore, anche i più impegnativi come l'integrazione transnazionale e la ricerca. Un Collegio che continua a coinvolgere attivamente gli iscritti e che proprio da questo trae la sua forza principale. In linea con quanto programmato, il fronte europeo ci ha consacrato fra i protagonisti assoluti della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche, con la quida della difficile fase di start-up affidata un Executive Board tutto italiano e con l'oneroso riconoscimento al Collegio

di Roma della gestione della Segreteria Generale. Abbiamo lavorato in guesto anno perché gli infermieri italiani abbiano un maggior peso sul piano internazionale, cogliendo il pieno riconoscimento della crescita straordinaria messa a segno dalla professione in Italia negli ultimi anni da parte dei colleghi europei. Lo scenario europeo resta tuttavia complesso. E si stringe sempre più con quello nazionale. L'ulteriore ampliamento dell'Unione Europea e la consequente libera circolazione dei professionisti lascia aperte questioni organizzative e normative molto difficili: dal problema della lingua al riconoscimento dei titoli. E apre nuovi motivi di contrasto sul fronte interno: dalle retribuzioni all'abusivismo professionale.

Le soluzioni restano incerte anche per la riforma delle professioni liberali, che gli infermieri guardano con gli occhi impazienti di una professione senza frontiere, naturalmente rivolta al futuro, che non capisce certe anacronistiche resistenze. Anche in questo campo il Collegio ha fatto la sua parte. Ad ogni possibile livel-

lo istituzionale si è battuto per ribadire il rango e la dignità della professione. Si è dato da fare sulle questioni più stringenti assumendo comportamenti propositivi e di pressing sui tanti problemi ancora aperti a livello nazionale e regionale. Intensa è stata pure l'attività di vigilanza sulla legislazione professionale e contro i ripetuti attacchi che minacciano le conquiste poste faticosamente nel paniere dagli infermieri.

Molto c'è da fare ancora. Il punto di partenza non può essere che un diverso trattamento economico. Non possiamo veleggiare sul piano delle conoscenze e della professionalità ed essere ripagati con retribuzioni indegne di un Paese civile. E' una condizione che sbeffeggia gli infermieri: li pone continuamente di fronte a nuove responsabilità, li obbliga a farsi carico di conoscenze e aggiornamento, riconosce loro un più elevato livello di competenze e al tempo stesso li confina al mondo del sottosalario. Da qui muove la prima sostanziale causa di insoddisfazione degli infermieri, un sentimento che si diffonde e che rappresenta



un importante rischio per il Servizio Sanitario Nazionale e la sua tenuta. Continuare ad ignorarlo sarebbe fatale. Come pure la perdurante emergenza infermieristica nelle corsie degli ospedali, nelle cliniche e negli ambulatori, oltre a sottrarre risorse umane fondamentali per gli ambiti della prevenzione e dell'educazione sanitaria, ha toccato ormai livelli insopportabili. Molti servizi vengono ormai garantiti solo dall'abnegazione dei colleghi che si sobbarcano turni ripetuti e massacranti. Le pochissime assunzioni realmente effettuate non rappresentano neanche la classica goccia nel deserto. In particolare nel Lazio la situazione è allarmante e neanche il turn over del personale infermieristico riesce ad essere garantito.

Gli elementi critici sono ancora molti, ma esistono anche incoraggianti segnali nella direzione che la categoria persegue da un decennio a questa parte, quella della crescita costante e del riconoscimento pubblico dello status che le appartiene e che la colloca, ormai per legge dello Stato, fra le professione intellettuali.

La relazione che segue riferisce in breve sintesi delle attività svolte dal Collegio attraverso gli Uffici e le Commissioni, lo stato delle attività in corso e il prospetto degli obiettivi fissati per il prosieguo del mandato. Rinviando gli aspetti specifici alle relazioni di sintesi delle singole Commissioni, si può trarre un quadro d'insieme della situazione della professione infermieristica a Roma e nel Lazio, focalizzarne le criticità, individuare i necessari interventi.

L'ESERCIZIO PROFESSIONALE

La carenza di personale infermieristico nelle strutture sanitarie del Lazio e della capitale resta gravissima. Nonostante i reiterati impegni assunti dalla Regione Lazio, la tendenza non ha subito alcuna inversione e anzi si è fatta ancor più netta, fino a superare abbondantemente i livelli di guardia, con la conseguente chiusura di reparti e servizi. Ne deriva un sostanziale impoverimento dell'offerta sanitaria proprio in coincidenza con una

domanda di salute e di assistenza sempre maggiore, complicata ulteriormente da una crescente popolazione anziana portatrice di multipatologie.

Siamo perciò a dover sottolineare quanto non si è fatto e quanto tempo si è perso. La carenza di personale continua ad essere alimentata dal blocco delle assunzioni, dalla precarietà di molte posizioni e dal sostanziale blocco della mobilità. Nella maggior parte dei casi rimane di fatto inapplicata la legge 43/2000 specie per la praticabilità effettiva dei diversi percorsi di carriera. La situazione è resa ancor più pesante per i ritardi nella formazione e nell'impiego delle figure di supporto all'attività infermieristica.

Già dall'avvio del mandato il Consiglio Direttivo aveva indicato le strategia per correggere utilmente la rotta. La linea va ribadita con i caratteri della massima urgenza: sostenere ad ogni livello la peculiarità della "questione infermieristica" e reclamare lo sblocco delle assunzioni coinvolgendo i sindacati; affrontare il nodo della precarietà contrattuale con concorsi e assunzioni dirette a tempo indeterminato; sbloccare la mobilità nel rispetto del diritto del professionista a trasferirsi in strutture più vicine a casa sua; applicare immediatamente la Legge 43 per l'assegnazione delle posizioni di coordinamento e sperimentare percorsi di carriera per gli infermieri specialisti; spingere sulla Regione affinché istituisca subito i Dipartimenti e i Servizi Infermieristici in tutte le Aziende Sanitarie in attesa che la normativa concorsuale prevista dalla Legge 251/00 venga emanata; dare avvio immediato ai corsi di OSS previsti dalle direttive regionali e non ancora attivati e prevedere il loro corretto impiego nelle strutture sanitarie, socio sanitarie, residenziali e sul territorio.

LA FORMAZIONE DI BASE

Le principali difficoltà continuano a provenire dall'accesso alla formazione di base. I posti attivati nelle sedi centrali e convenzionate permangono nettamente insufficienti. Gli impegni assunti ai vari livelli dalla politica sul fronte primario

dei finanziamenti non sono stati rispettati. Di fatto non viene riconosciuto alle scuole il fondamentale ruolo sociale che pure svolgono.

Molte di queste continuano a non percepire alcun finanziamento, mentre le tasse pagate dagli studenti si riversano totalmente all'Università. Alcune sedi non possiedono requisiti adequati di struttura e di qualità, i sussidi didattici sono insufficienti, il numero dei tutor resta molto al di sotto dello standard previsto, i servizi agli studenti (biblioteche, sale lettura, aule di informatica e Internet, mensa, ecc.) vengono necessariamente ridotti. L'azione del Collegio deve perciò prosequire sulle linee tracciate: sollecitare l'aumento dei posti da mettere a bando per compensare almeno il turn over e garantire una progressiva copertura delle gravissime carenze esistenti; reclamare con forza l'assegnazione e il trasferimento di fondi alle sedi decentrate per favorire investimenti strutturali e sul personale docente; premere sulle Università per il bando di nuovi posti di associati e ricercatori; ricercare nuove alleanze (politiche, sindacali, associazioni professionali, associazioni dei cittadini, ecc.) per ottenere una rapida approvazione del nuovo protocollo d'intesa; lavorare in sinergia con la Federazione alla modifica degli ordinamenti didattici da proporre alle singole Università con trattative serrate e determinate.

LA FORMAZIONE SPECIALISTICA E L'ECM

In questo campo l'infermieristica romana si propone ormai come un esempio di eccellenza. La rete di formazione specialistica è cresciuta a ritmi serrati quanto insperati solo pochi anni fa.

La Laurea specialistica è oggi una realtà acquisita delle Università La Sapienza (1^ e 2^ Facoltà), Tor Vergata e Cattolica e i Master di primo livello sono numerosi in tutti gli Atenei, con una vasta offerta formativa (Management, Area Critica, Infermieristica Forense, Sanità Pubblica, Ricerca, Geriatria, Infermieristica di Famiglia, Pediatria, Psichiatria, Cure palliative, Trapianti ed Emodialisi,



Endoscopia Digestiva, ecc.). Si sono aggiunti anche quattro posti per il Dottorato di ricerca in Scienze Infermieristiche all'Università di Tor Vergata.

L'indirizzo del Collegio è quello di incoraggiare con ogni possibile azione la tendenza positiva manifestatasi in questi ultimi anni, stimolando la nascita di nuove opportunità formative e il consolidamento di quelle attivate. Restano invariate le esigenze legate alle Lauree specialistiche e ai Master di primo livello: per le prime occorre migliorare i contenuti, la qualità e le docenze; per i Master serve uno sviluppo maggiore di quelli ad indirizzo clinico.

Il quadro riferito all'ECM resta negativo. Gli eventi sono ancora nettamente insufficienti come i piani formativi aziendali. Nonostante gli impegni assunti a vari livelli istituzionali, è ancora irrisolto il grosso problema dei congedi e quello costituito dai costi a carico del professionista. Si aggiungono poi le incertezze riferite al Piano Regionale della Formazione Continua e al ruolo della Regione nell'ECM.

L'ORDINISTICA

Con gli altri Collegi italiani e con la Federazione IPASVI abbiamo dovuto incassare un'altra grande delusione dal mancato esercizio della delega da parte del Governo per la trasformazione dei Collegi in Ordini e per l'istituzione di nuovi Ordini per le professioni sanitarie ancora sprovviste. Si è trattato di una battaglia lunga e senza esclusioni di colpi. E che non ci ha risparmiato amarezze.

Ad un soffio dal traguardo di una vera e propria maratona parlamentare, alcuni ministri hanno decretato lo stop definitivo all'applicazione della legge 43/06, approvata peraltro in modo bipartisan dal Parlamento, rispondendo picche alle rivendicazioni di autonomia e di autodisciplina avanzate dalla professione infermieristica, con il Collego di Roma in prima linea. Così, se il 2006 era stato l'anno degli infermieri in piazza (con la grande manifestazione di Roma del 12 ottobre), un anno dopo abbiamo dovuto raccogliere dalla politica l'ennesima delusione.

Per contro, l'entrata in vigore della nuova disciplina che regola l'accesso alla Dirigenza delle Professioni Sanitarie segna un significativo successo per la professione e per il Collegio di Roma che molto si è speso su questo specifico campo.

E' certamente un traguardo importante destinato migliorare il servizio reso ai cittadini attraverso una più adeguata e competente organizzazione dell'assistenza. E' l'approdo di un lungo iter legislativo che muove dagli indirizzi fissati dalla Legge 251 del 2000, il traguardo di una rivendicazione che i Collegi e la Federazione IPASVI con tutti i Professionisti Sanitari hanno condotto per anni, con forza e determinazione.

La qualifica unica di "Dirigente delle Professioni Sanitarie, Infermieristiche, Tecniche, della Riabilitazione, della Prevenzione e della Professione Ostetrica" ha ormai valore di legge e fissa di regole definite, rigorose, uguali per tutti per l'accesso alla Dirigenza. Alle Aziende sanitarie, ospedaliere e alle Regioni è stato finalmente consegnato lo strumento legislativo per valorizzare il ruolo e le funzioni di tutte le Professioni Sanitarie. Sta a loro perciò attivarsi immediatamente per rendere operative le disposizioni di legge. Il Collegio non tollererà altri ritardi, pronto a denunciarli con forza anche per le vie legali.

Quanto alle strette pertinenze d'ufficio, permangono le criticità legate all'esercizio del potere deontologico e alle facoltà del Collegio in tema di ECM, pur se in quadro complessivo di normalizzazione. Continui sono gli interventi sulla verifica delle iscrizioni e la gestione delle morosità. Costante anche il contributo per la revisione e l'ammodernamento dei Collegi e del loro ruolo pubblico.



I RAPPORTI ISTITUZIONALI

Sono stati sviluppati i contatti con gli enti e le autorità che operano ai vari livelli istituzionali in Italia e all'estero. Particolarmente fitta è oggi la rete di relazione intessuta dal Collegio in ambito europeo, sul filo di una costante collaborazione con gli organismi di rappresentanza degli infermieri dei vari Paesi, ai quali offre spesso collaborazione e consulenza. Particolare, come detto nelle premesse, il rilievo che il Collegio di Roma si è vista affidare nella gestione della FEPI assumendo la guida della Segreteria Generale.

Sul piano interno i rapporti con la Regione Lazio, in particolare con gli Assessorati alla Sanità e alla

Formazione, con il Comune di Roma, il Tribunale penale e civile, le Aziende sanitarie, Ospedaliere, le altre strutture socio-sanitarie pubbliche e private, le Università del territorio si confermano i più stringenti e assidui. A questi si aggiunge la correlazione continua con le Associazioni professionali, le Società scientifiche infermieristiche e non, gli altri Ordini e Collegi, il CUP, l'ENPAPI, le Associazioni civiche attive in campo umanitario e nella tutela dei diritti dei cittadini. Impegnativa è anche la relazione costante con la stampa scritta specialistica e generalista, con i media radiotelevisivi e con le reti di discussione che operano sul web.

Il Collegio prosegue inoltre sulla linea dello scambio di esperienze con i colleghi di

tutto il mondo, con un occhio particolarmente attento allo studio delle realtà estere. Ha perciò implementato i rapporti internazionali, sviluppato la collaborazione con le altre professioni liberali europee rappresentate nel CEPLIS e continuato con l'esperienza, ormai ampiamente consolidata dal successo, dei viaggi di studio.

LE ATTIVITÀ ORDINARIE

Anche nel corso del 2007 l'attività degli uffici è risultata in aumento e ha dovuto far fronte a una richiesta crescente di servizi. Il Collegio di Roma conferma il buon livello qualitativo dei servizi di sportello, di consulenza e di gestione dell'Albo che ne fanno un punto di riferimento importante per molti Collegi italiani ed europei.

Da ultimo, l'ottenimento della certificazione ISO 9001 ha posto il Collegio di Roma all'avanguardia della qualità e del controllo di gestione. E' il "bollino blu" su cui avevamo scommesso e che, con due anni di assiduo lavoro e una buona dose di impegno, abbiamo ottenuto. Il Collegio dispone ora di uno strumento operativo

che garantisce chiarezza, efficienza e risultati operativi, rispondendo alla richiesta di servizi sempre più rapidi e puntuali da parte degli iscritti.

L'interesse primario resta quello del rapporto con gli iscritti. La pianta organica del Collegio è ormai completata e la revisione organizzativa degli uffici avviata già in fase sperimentale per la certificazione di qualità ha segnato effetti positivi in termini di prestazioni e grado di soddisfazione dell'utenza. La ben rodata rete di consulenze professionali specifiche (legale, amministrativa contabile, informatica, ufficio stampa, biblioteconomia) continuano ad assicurare risposte pronte alle diverse necessità operative.





Nel 2007 l'Ufficio legale ha effettuato . appuntamenti 238 telefonate 300 lettere e interventi legali 241 cancellati per procedimento disciplinare 2 convocazioni art. 39 16

LE COMMISSIONI

La gran mole di lavoro avviata negli ultimi anni dalle Commissioni sta producendo risultati molto apprezzabili per quantità e qualità. Ormai, possiamo dirlo con orgoglio, l'attività che il Collegio di Roma svolge nello studio e nella gestione delle tematiche professionali costituisce un punto di riferimento per tutti i Collegi IPASVI italiani, con i quali continua a svilupparsi un'ampia quanto utile collaborazione. Continuo è anche il contatto e il confronto collaborativo con le principali organizzazioni professionali europee e, attraverso la FEPI, con le istituzioni sanitarie comunitarie.

Nel corso del 2007 sono stati sviluppati tutti i progetti attivati precedentemente, con un sostanziale rispetto dei tempi e delle tabelle di marcia prefissate. L'attività svolta in sede di Commissione dai colleghi è stata particolarmente ricca di spunti e di risultati, tanto che molti progetti sono stati ultimati positivamente e altri stanno per concretizzarsi in queste settimane.

Il complesso campo della relazione con gli iscritti impegna sempre una parte preponderante del lavoro, gravato da una domanda di servizi e di comunicazione crescente e ancor più esigente. Così lo sforzo compiuto dal Collegio è stato necessariamente intenso, con una quantità di iniziative di formazione, orientamento, aggiornamento e con un'attenzione costante all'ambito della libera professione e alla sua continua evoluzione. Come pure è stato grande l'impegno sul fronte dei servizi agli iscritti e della comunicazione interna ed esterna.

Sia nei rapporti internazionali sia nella ricerca l'anno appena trascorso ha segnato novità importanti. La necessità stringente di rispondere alla domanda di servizi di un numero sempre più elevato di colleghi europei ed extracomunitari ha

trovato risposta nel nuovo sportello informativo dedicato, mentre nel campo della ricerca siamo impegnati, con ottimi risultati, in progetti attivati in partenariato con importanti istituzioni sanitarie e università italiane ed estere.

In questi anni il Collegio ha scommesso fortemente sulle conoscenze e le competenze professionali. Il rilevante successo che il servizio di documentazione sta ottenendo fra gli iscritti testimo-

nia la bontà della strategia seguita. In particolare la biblioteca, con un ventaglio assai ampio di servizi per consultazione, studio e ricerca, banche dati, ha moltiplicato le offerte e gli utenti e costituisce oggi un esempio a cui molti altri Collegi si ispirano con frequenti richieste di consulenza e indirizzo.

Va sottolineato inoltre che nel conseguimento dei risultati fin qui accennati ha giocato un ruolo fondamentale la nuova sede, la sua maggiore funzionalità e la conseguente possibilità per il Collegio di sviluppare adeguatamente la sua dotazione informatica e multimediale, con effetti estremamente positivi sulla qualità e la rapidità dei servizi agli iscritti. Ha giovato poi la costante collaborazione fra le varie Commissioni e lo spirito di team che ha animato il lavoro dei colleghi.

Rinviando un resoconto più dettagliato alle relazioni che seguono, il lavoro delle Commissioni si conferma incessante e foriero di buoni frutti. Per tracciarne i contorni è forse utile segnalarne schematicamente alcuni esempi.

COMMISSIONE RELAZIONI CON GLI ISCRITTI, RELAZIONI PUBBLICHE E ORIENTAMENTO PROFESSIONALE

- Davvero molto intensa l'attività della Commissione, impegnata in numerosi



progetti di lavoro con evidenti successi di partecipazione, continuità e qualità raggiunta. Vale la pena di accennare ai principali programmi in corso: Progetto portale web, Progetto rivista, Progetto Televideo, Progetto gruppo referenti, Progetto corsi itineranti, Progetto RPM, Progetto sperimentale formazione, Progetto collana Arcobaleno, Progetto carta dei servizi, Progetto incontro, Progetto sviluppo.

Il referente della Commissione è Mario Esposito, gli altri componenti sono Matilde Napolano e Rodolfo Cotichini. La commissione si avvale della collaborazione stabile di un gruppo di colleghi che a vario titolo partecipano fattivamente per lo sviluppo dei progetti esistenti e per la messa in opera di nuove attività inerenti la commissione dopo l'approvazione del Consiglio Direttivo.

I progetti della Commissione sono:

Progetto portale Web

Progetto rivista

Progetto televideo

Progetto gruppo referenti

Descritta sanci itinananti

Progetto corsi itineranti

Progetto RPM (Rete Persone Motivate)

Progetto sperimentale formazione

Progetto collana arcobaleno

Progetto carta dei servizi

Progetto incontro

Progetto sviluppo

Il **progetto portale web** è ormai pienamente realizzato, gli ulteriori sviluppi





sono legati a miglioramenti continui che si intende apportare per migliorare il sito e le opportunità di interazione con il Collegio. A tal proposito è in fase di realizzazione la costituzione di una mailing list per fornire direttamente a tutti coloro che si sono registrati nel sito una newsletter con le informazioni specifiche riguardanti la realtà sanitaria e professionale di Roma e Lazio.

Per quanto riguarda **il progetto Rivista** è ormai approvato e deliberato il restyling della rivista che avrà una nuova veste grafica già dai prossimi numeri. Il progetto innovativo tende a realizzare una grafica che permetta di rendere più piacevole la lettura.

Il progetto televideo è ormai una realtà da molti anni e permette di ricevere informazioni in tempo reale su iniziative che le altre fonti non riescono a comunicare in modo tempestivo. Tale progetto sarà integrato e personalizzato dalla mailing list del sito per chi intenda avere questa ulteriore opportunità.

Anche il **Progetto gruppo referenti** sta raccogliendo discreti risultati, con un gruppo di persone che all'interno della propria realtà operativa rappresentano una ulteriore possibilità di portare novità

direttamente nella propria sede di lavoro. Ormai i referenti sono più di novanta e si stanno incontrando con una certa continuità presso la sede del Collegio. I referenti che autorizzeranno la pubblicazione dei loro dati sulla rivista verranno inseriti in un elenco e pubblicati sulla rivista per facilitare la comunicazione interna alla sede di appartenenza.

Il **Progetto corsi itineranti** è stato realizzato in collaborazione con la Commissione formazione per portare direttamente nelle sedi di lavoro un corso che aiuti a focalizzare le responsabilità del gruppo professionale mettendo a disposizione dei partecipanti strumenti e metodologie innovative e di facile applicazione nelle varie unità operative. Erano state deliberate circa 25 edizioni, ma la forte richiesta ha portato le edizioni ad

è caratterizzato dai gruppi che attualmente sono presenti nel progetto e dalla loro capacità e disponibilità nel portare avanti gli obiettivi che ogni gruppo si è prefissato. Molto spesso gli elementi che interagiscono sono influenzati dalle caratteristiche individuali dei partecipanti e dal clima che riescono a creare nei gruppi.

Progetto sperimentale formazione: dai laboratori sperimentali del gruppo RPM sono stati individuati nuovi strumenti e metodologie di didattica da sperimentare ed implementare nel campo infermieristico. Il primo progetto che verrà realizzato nei prossimi mesi è quello relativo al Team building in barca a vela. Il corso si articolerà su tre giorni non consecutivi: nella prima giornata teorico – pratica verranno presi in conside-



oltre 60 che in parte verranno realizzate nei prossimi mesi.

Il Progetto gruppo RPM (Rete Persone Motivate) coinvolge più di trenta persone provenienti da realtà sanitarie diverse di Roma e provincia. Questo è un progetto che si realizza con la piena e motivata partecipazione dei suoi componenti, impegnati nei vari gruppi di lavoro che il progetto prevede. Il fascino e l'esperienza che tale attività determina

razione argomenti come: competenze, clima di lavoro, procedure – standard – processi, regole, chiarezza del progetto, ecc. Tali argomenti analizzati dal punto di vista professionale nel pomeriggio verranno contestualizzati nell'ambito della barca a vela, sovrapponendo ruoli, competenze, attività e regole di comportamento. La seconda giornata vedrà l'applicazione di quanto appreso nella prima giornata diventando un equipaggio di una



barca a vela che uscirà in mare aperto con uno skipper. La terza giornata che si articolerà sul pomeriggio con un debrifing su quanto appreso e sperimentato nelle due giornate precedenti si concluderà poi con una cena che permetterà in modo non formale di condividere le ultime impressioni sul percorso seguito. A giugno verranno messi in cantiere ulteriori strumenti e metodologie da inserire in vari corsi anche questi sperimentali al fine di introdurre tecniche mutuate da altre discipline come teatro, musica, ed altre tecniche di gruppo che permettano di creare percorsi sperimentali utili alla realizzazione di sinergie, dinamiche, clima e relazioni in un team che vede nella coesione dei suoi membri una forte spinta al raggiungimento degli obiettivi.

Progetto carta dei servizi: nell'ambito del progetto certificazione ISO 9000 delle attività del Collegio IPASVI di Roma ed in collaborazione con la commissione Standard professionali ed accreditamento dei professionisti è stato creato un gruppo di lavoro che sta rivedendo la carta dei servizi del Collegio di Roma.

Progetto sviluppo: la commissione è disponibile per la raccolta di ulteriori proposte, iniziative, progetti che anche in collaborazione con altre commissioni possano essere realizzate coinvolgendo ulteriormente colleghi che hanno capacità e competenze da poter esprimere nel proprio Collegio di appartenenza. Ogni progetto presentato da singoli iscritti o gruppi di iscritti verrà esaminato e si cercherà di realizzarlo appena possibile. Esistono già collaborazioni con oltre 800 colleghi e molte associazioni professionali che in questi anni hanno contribuito ad incrementare le molteplici iniziative che il Collegio di Roma ha messo in opera.

Progetto incontro: ogni lunedì e giovedì pomeriggio due o più Consiglieri incontrano gli iscritti che hanno la voglia di interagire con il proprio Collegio di appartenenza e implementare progetti e proposte che ogni anno vengono realizzati a favore degli iscritti.

Questa Commissione realizzando il mandato del Consiglio Direttivo vuole coinvolgere un numero sempre maggiore di colleghi che abbiano voglia di partecipare fattivamente alla vita del Collegio sviluppando quel senso di appartenenza che nasce spontaneo dopo aver partecipato e vissuto in prima persona esperienze dirette a contatto con le persone e le iniziative nella sede del Collegio. Molti colleghi partecipando alla vita professionale del Collegio hanno rivisto quei pregiudizi molto spesso creati da non aver partecipato e conosciuto direttamente l'esperienza attiva in prima persona, del Collegio IPASVI di Roma.

COMMISSIONE AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

- L'ambito in cui opera la Commissione è particolarmente impegnativo, anche per gli oneri organizzativi e per via di un'offerta sempre più ampia e capillare che l'attualità professionale richiede. I corsi itineranti sui luoghi di lavoro hanno raggiunto oltre mille colleghi, aggiungendosi ai numerosi corsi effettuati in sede, alla preparazione di



importanti eventi professionali, alle collaborazioni con Università, Aziende sanitarie, Aziende Ospedaliere, IRCCS, strutture private convenzionate e non, Associazioni e Società scientifiche infermieristiche, oltre a un intenso programma di corsi ECM per l'anno in corso.

Formata da Ausilia M.L. Pulimeno (referente), Mario Esposito, Suor Bertilla Cipolloni, Marco Tosini.

Il 2007 è stato un anno molto ricco di eventi formativi organizzati dal Collegio IPASVI di Roma. Tramite i corsi itineranti "La gestione di un team: strumenti e metodologie" è stato possibile raggiungere più di mille colleghi sul proprio posto di lavoro con 18 edizioni a partire dal mese di giugno 2007. Dello stesso evento, di cui abbiamo apprezzato una interessante partecipazione, sono previste almeno altre 40 edizioni nei diversi Ospedali di Roma e provincia.

Altra scelta fortemente voluta dalla Commissione e ratificata dal Consiglio Direttivo è stata quella di proporre degli eventi formativi all'interno della nostra sede, in Viale Giulio Cesare. In particolare hanno riscosso molto successo le 2 edizioni di "Per-corsi in corsia" e il corso "Introduzione alle banche dati".

Continua è stata la collaborazione con le associazioni professionali infermieristiche (Aniarti, Anipio, Aico, ecc.) oltre che con altre Istituzioni pubbliche (es. INPS) con le quali abbiamo condiviso delle iniziative.

L'ormai consueto evento Sanit del 2007 ha visto la partecipazione di oltre 250 colleghi ed una valutazione, da parte degli stessi, molto soddisfacente.

Il programma di formazione per l'anno 2008 verrà svolto tenendo presente i suggerimenti dei colleghi, raccolti nell'anno appena trascorso:

- Programmazione di numerose edizioni del corso itinerante, nelle varie strutture sanitarie di Roma e Provincia (almeno altre 40 edizioni) con al massimo 50 partecipanti ad evento;
- Presso la nostra sede programmazio-

ne delle riedizioni di "per-corsi in corsia", "introduzione alle banche dati" e due corsi di inglese base effettuati da docenti madrelingua.

Ma l'appuntamento importante è quello della III Conferenza Internazionale che si terrà il 17 e 18 aprile 2008 "L'impegno dell'infermiere per la sicurezza del malato: un'alleanza terapeutica" che vedrà nume-

Palazzo dei Congressi di Roma. La Commissione si prefigge, inoltre, di continuare i rapporti con le varie Società Scientifiche, le Associazioni professionali infermieristiche e non, le Università, per condividere e/o organizzare, patrocinare eventi formativi in cui il coinvolgimento infermieristico è opportunamente

valido e necessario.

RISULTANZE SCHEDE DI GRADIMENTO Rilevanza: non rilevante poco rilevante abbastanza rilevante rilevante molto rilevante 125 497 412 Qualità: Scarsa mediocre soddisfacente buona eccellente 0 111 546 379 Efficacia: Inefficaceparzialm. Efficace abbast. Efficace efficace molto efficace 545 381

rosi colleghi coinvolti a portare il loro contributo esperto, sia italiani che in rappresentanza di altre realtà importanti a livello internazionale. Obiettivo centrale di questo evento è costruire un percorso condiviso per la sicurezza del cittadino a livello nazionale ed internazionale; tale obiettivo può essere raggiunto soltanto attraverso uno scambio dialogico partecipativo tra le varie parti in gioco in uno sforzo comune che vede gli infermieri in prima linea nel garantire la sicurezza del malato. Il mese di giugno 2008 ci vedrà partecipi al consueto evento SANIT, con tre eventi formativi:

- "La responsabilità infermieristica tra etica e bioetica";
- "Integrazione e nursing transculturale";
- "Assistenza infermieristica e associazionismo professionale: un esempio di integrazione per la ricerca";
- e la possibilità di ospitare circa 800 infermieri per evento presso il

COMMISSIONE STANDARD PROFESSIONALI E ACCREDITAMENTO DEI PROFESSIONISTI

- L'obiettivo centrato della certificazione di qualità ISO 9001 segna un risultato storico per il Collegio e ne costituisce una motivata ragione di vanto nel confronto con le altre professioni intellettuali. Gli effetti si misurano nel sostanziale miglioramento gestionale delle attività, dei servizi, della comunicazione e delle stesse Commissioni.

A ottobre 2006 ha preso il via il **progetto Qualità certificata**, a dicembre 2007 abbiamo sostenuto l'audit certificativo, da parte di un organismo terzo accreditato, che ha certificato che la nostra struttura organizzativa e le attività istituzionali svolte nel nostro Collegio sono conformi a quanto previsto dallo standard qualitativo ISO 9001.

IL PERCORSO ADOTTATO

Con la società di Consulenza Pragma sas di Roma abbiamo ritenuto di suddividere le nostre attività in 5 macro dove si trova regolamentato il nostro catalogo

Gestione Albo

Comunicazione interna ed esterna

Funzionalità della sede

Attività di governo- gestione delle commissioni

Servizi agli iscritti

Oltre a queste abbiamo previsto tre attività "a commessa" sulle quali abbiamo impostato la gestione di opportuni "Piani della Qualità" e queste sono:

Ricerca

Formazione

Editoria

Questi "criteri" di gestione delle attività sono stati completati dalle procedure di Sistema che la norma prevede come strutturali al Sistema Qualità stesso.

CHI HA PARTECIPATO

Quando annunciammo il Progetto esordimmo dicendo che "Per fare qualità è indispensabile il contributo di tutti" usando una frase ricorrente nei nostri corsi di formazione, e su questa linea abbiamo cercato il coinvolgimento più ampio di tutti i soggetti interessati, sia come attività formativa che informativa.

Fattivamente il Consiglio ha individuato un gruppo di lavoro che si è ripartito tra le attività (macro e a commessa") individuate, costruendo con la consulenza esterna le procedure e curandone la effettiva applicazione.

Sempre nel corso del 2007 il Collegio IPASVI di Roma ha intrapreso, tra gli altri, il progetto mirato alla *certificazione all'eccellenza del percorso professionale dell'infermiere*.

Durante gli incontri del Gruppo di Lavoro (GdL) sono emerse le criticità, di massima attese, relative alla difficoltà di integrare l'assunzione di un impegno costante nei confronti dei portatori di interesse (stakeholders) e la rappresentanza degli interessi interni.

Le problematiche emerse sono state risolte in ambito di GdL addivenendo a queste conclusioni:



1. Il Disciplinare è articolato in capitoli che coincidono con i quattro macro argomenti identificati (*organizzazione e gestione, clinica, ricerca e formazione, qualità e sicurezza*).

Ogni capitolo è strutturato in:

Standard valore di riferimento al quale il professionista eccellente dovrebbe tendere;

Rationale spiegazione dello standard facendo riferimento alle sei dimensioni del governo clinico;

Criteri enunciazioni per misurare lo standard di riferimento:

Questionario insieme dei criteri sotto forma di domanda necessari per verificare i requisiti all'eccellenza del professionista.

- 2. Il Questionario generale, dato dalla somma dei questionari annessi a ciascun capitolo, rappresenta la check list che il Collegio utilizzerà, attraverso la costituzione di un Gruppo di Auditor, per rilasciare la "certificazione all'eccellenza":
- 3. Un capitolo del Disciplinare sarà interamente dedicato alla metodologia "ideata". Il Disciplinare sarà articolato complessivamente in cinque capitoli;
- **4**. Tutti i professionisti che intraprendono il percorso all'eccellenza devono super-

are anche i requisiti previsti per la clinica nella tre aree (medica, chirurgica e critica), indipendentemente dalla loro occupazione (territorio, ambulatorio, servizi, ecc.):

- **5**. I casi clinici previsti per la valutazione saranno trasversali ai quattro macro argomenti e proposti con un form:
- Approccio di problem solving;
- Diagramma di Ishikawa per individuare le criticità;
- Proposta di azioni correttive/soluzione del caso.

Le soluzioni trovate e condivise hanno permesso il raggiungimento dell'obiettivo 2007: "Redazione del Disciplinare" La complessità degli argomenti trattati e, soprattutto, i potenziali sviluppi delineatisi sono stati considerati elementi in ingresso per la pianificazione delle attività 2008 definendo una seconda fase di progetto.

Di seguito la specifica delle attività evidenzia quelle già chiuse (fase 1 – 2) nel 2007 e la nuova progettualità per l'anno 2008:

- 1. Definizione del disciplinare
- 2. Formazione del gruppo di verifica
- 3. Certificazione
- 4. Istituzione degli organi di garanzia e controllo





- 5. Divulgazione dell'iniziativa
- 6. Percorsi formativi
- 7. Verifiche
- 8. Rilascio degli attestati di eccellenza Nello specifico le attività da intraprendere nell'anno 2008 prevedono:
- 1. Attività di miglioramento
- 2. Conformità alla normativa

1. ATTIVITA' DI MIGLIORAMENTO

Le attività di miglioramento saranno realizzate con specifico riferimento a quanto richiesto dalla

norma e, relativamente alle esigenze aziendali soprattutto in termini di definizione e monitoraggio degli obiettivi, riguarderanno:

- 1.1. Definizione di politica e obiettivi per la qualità
- 1.2. Monitoraggio degli obiettivi
- 1.3. Verifiche Interne
- 1.4. Risoluzione delle Non Conformità e proposta di Azioni Correttive
- 1.5. Riesame da parte della Direzione
- 2. CONFORMITÀ ALLA NORMATIVA Assicurazione della conformità allo stan-

dard ISO 9001:2000

2.1. Aggiornamento della documentazione prevista dai sistemi (Manuale, Procedure Processo,

Procedure Sistema)

- 2.2. Aggiornamento delle registrazioni richiamate nelle procedure
- 2.3. Aggiornamento delle risorse dedicate ai singoli Progetti attraverso percorsi formativi mirati.
- 2.4. Rapporti con l'Ente di Certificazione

COMMISSIONE RICERCA

- Conclusa la ricerca su near misses in collaborazione con alcuni ospedali di Roma e con l'Università di Toronto, si è passati alla fase della divulgazione dei risultati, promuovendo importanti occasioni di incontro e aggiornamento come nel caso della III Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico 2008 specificatamente dedicata all'oggetto della ricerca. Ulltimata anche la prima fase dello studio su "Iter diagnostico-terapeutico-assistenziale per pazienti

ultra sessantacinquenni con frattura di femore", condotto in collaborazione con ASP e Regione Lazio, mentre è in corso la ricerca su "Il Progetto di continuità assistenziale in pazienti fragili".

La Commissione Ricerca Infermieristica, composta da Maria Grazia Proietti, Alessandro Stievano e Marco Tosini (referente) per il 2007 ha ottenuto risultati molto importanti.

La conclusione della prima parte della collaborazione tra il Collegio IPASVI di Roma e l'ASP (Agenzia di Sanità Pubblica) per una ricerca e sperimentazione in vari ospedali romani e della regione Lazio sull' "iter diagnostico - terapeutico assistenziale" nei pazienti ultrasessantacinquenni affetti da frattura di femore" e "il progetto di continuità assistenziale in pazienti fragili", ha visto il Collegio coinvolto in prima persona anche nella formazione dei rilevatori e ha permesso al Collegio di essere in prima linea anche per la sperimentazione vera e propria sul campo, come seconda fase, previo corso di formazione per gli operatori sanitari effettuato a fine gennaio 2008. Il risultato di questa seconda fase andrà, si spera, a modificare le criticità che si hanno ora. Le linee guida saranno estese a tutti gli altri ospedali.

La terza edizione del *Concorso a 6* borse di studio per lavori di ricerca infermieristica, di cui 3 riservate a studenti infermieri ha avuto il suo epilogo nella valutazione dei lavori presentati e la presentazione con relativa premiazione si avrà nel corso della Conferenza Internazionale di aprile 2008.

Non da trascurare la collaborazione con la Commissione Documentazione, biblioteca e ricerca bibliografica e con la Commissione Aggiornamento e formazione che è stata sempre costante punto di riferimento del nostro lavoro e certamente sarà sempre più sarà intensificato.

COMMISSIONE RAPPORTI INTERNAZIONALI

- L'incremento considerevole del numero di infermieri stranieri che operano sul territorio di pertinenza ha indotto il Collegio ad intensificare gli sforzi organizzativi e logistici su questo impegnativo settore, operando in contatto continuo con il Ministero della Salute. Lo sportello informativo per gli infermieri stranieri ha rappresentato una prima significativa risposta alla crescente richiesta di informazioni e consulenze, così anche sul fronte critico del riconoscimento dei titoli professionali di colleghi provenienti da altri Paesi. La realtà lavorativa attuale degli infermieri stranieri è stata inoltre monitorata efficacemente con un apposito censimento.

Ausilia Pulimeno, Alessandro Stievano, Emanuela Tiozzo.

ISTITUZIONE SPORTELLO INFORMATIVO PER GLI INFERMIERI STRANIERI

Nel corso dell'anno 2007 è stato istituito con successo lo sportello informativo per gli infermieri stranieri iscritti al Collegio Ipasvi di Roma. Tale momento d'incontro è dedicato agli infermieri provenienti da paesi europei ed extraeuropei che già svolgono la loro attività a Roma e Provincia o agli infermieri che vogliono intraprendere un percorso lavorativo e di carriera nel nostro paese. http://www.ipasvi.roma.it/ita/index.php?topic=Colle gi L'esigenza che si è sentita nel 2007, legata al cambiamento della società italiana, in un'ottica multiculturale, e di quella infermieristica in particolare, ha trovato un'immediata conferma nelle numerose consulenze effettuate e nelle innumerevoli mail di informazione a cui si è dato risposta. La volontà di aprire lo sportello informativo per gli infermieri stranieri nel Collegio Ipasvi di Roma, presso la sua sede istituzionale in Viale Giulio Cesare 78 -00192 -Roma, il 2° e il 4° lunedì di ogni mese, dalle ore 16,30 alle ore 18,00, a cominciare da lunedì 12/02/2007, è stata apprezzata dalle numerose richieste di consulenza effettuate ed ha permesso di meglio orientare e far conoscere il nostro infermieristico, delle dinamiche inscritte nel contesto sanitario pubblico e privato, e una migliore conoscenza dei colleghi stranieri presenti nella realtà lavorativa di Roma e Provincia.

Con tale iniziativa si è altresì mirato ad individuare criticità e tematiche emergenti oggi per l'assistenza infermieristica, che nascono dall'inserimento di unità infermieristiche con formazione e programmi di base di altri paesi europei ed internazionali e mantenere, nel contempo, rapporti stabili con il Ministero della Salute per il riconoscimento dei titoli professionali di infermieri provenienti da altri Paesi.

A tal proposito, si è analizzata approfonditamente la realtà lavorativa degli infermieri stranieri e si è effettuato un censimento degli infermieri provenienti da altre nazionalità iscritti al Collegio Provinciale IPASVI di Roma.

La Commissione Relazioni Internazionali ha cercato, inoltre, di sviluppare rapporti di collaborazione con le associazioni professionali del settore per implementare la conoscenza sull' infermieristica transculturale e per promuovere la cultura dell'assistenza individualizzata rispetto alle specificità culturali dell'individuo.

Inoltre, si sono sviluppati proficui rapporti con le associazioni che si occupano di assistenza agli immigrati (S.I.M.M.) e con le istituzioni infermieristiche delle altre provincie (Collegio di Firenze, etc.) e le associazioni a livello europeo (FEPI) e mondiale (ICN) che si occupano, tra le altre, di mobilità infermieristica.

In ragione di ciò, appare di notevole interesse l'iniziativa di patrocinare la nascita dell'Associazione Infermieristica Transculturale Italiana che dovrebbe essere presentata nell'ambito delle giornate Sanit (25-27/06/2008).

Per tali obiettivi, la Commissione si è avvalsa dell'aiuto di infermieri provenienti dalle culture maggiormente rappresentate nell'area di Roma e Provincia. Inoltre, l'evoluzione a cui si è assistito in ambito europeo e mondiale, per ciò che concerne la mobilità professionale infermieristica, ci esorta a mantenere una rete di rapporti sempre più ampia creata dal Collegio Ipasvi di Roma con la FEPI (Federazione Europea Professione Infermieristica). La commissione ha, infatti, partecipato ai lavori della 3a Conferenza Europea della FEPI tenutasi a Dubrovnik (Croazia) lo scorso Settembre cercando di intraprendere rapporti di reciproca conoscenza e scambio culturale ed informativo con i colleghi europei partecipanti ai lavori.

Inoltre, è stata pianificata un'iniziativa di formazione nell'ambito delle giornate sanitarie Sanit dal titolo "Integrazione e nursing transculturale" che si svolgerà il 26/06/2008 e vedrà la partecipazione di circa 800 infermieri. Nell'ambito del momento formativo, colleghi delle comunità infermieristiche più rappresentate in ambito locale, esporranno le loro idee sulla società multiculturale e sull'infermieristica transculturale, in particolare portando visioni assistenziali altre che sicuramente faranno comprendere meglio il quadro della complessità assistenziale verso il cittadino e tra i colleghi sanitari sempre più spesso provenienti da aree geografiche differenti.

Per informazioni: Lunedì-Giovedì dalle 16,00 alle 18,00 *Ausilia Pulimeno –*





Matilde Napolano – Alessandro Stievano – Emanuela Tiozzo Tel: 06/37511597 - Fax: 06/45437034 email dedicata: stranieri@ipasvi.roma.it

COMMISSIONE DOCUMENTAZIONE, BIBLIOTECA E RICERCA BIBLIOGRAFICA

- Se il 2006 era stato l'anno della fatidica "quota mille", il 2007 ha segnato il decollo definitivo del servizio biblioteca che ha registrato un ulteriore consistente aumento degli utenti e del livello di soddisfazione espresso da questi. Il patrimonio bibliografico è cresciuto ancora e le interrogazioni alla banca dati CINAHL hanno fatto registrare in netto incremento. Inoltre l'uso autonomo delle postazioni informatiche per la navigazione Internet si è rivelata una felice soluzione alle esigenze ravvisate sin dall'attivazione del servizio. La Commissione ha avviato con successo il Progetto ILISI e ha programmato nuovi interessanti progetti per

quest'anno.

1. UTENZA

Nell'anno 2007 la biblioteca è stata frequentata da n.1217 utenti per la consultazione esercitata il lunedì e il giovedì, si è così registrato un incremento del 16,35% rispetto allo scorso anno (utenti del 2006: 1046).

L'interrogazione della banca dati Cinahl effettuata prevalentemente il martedì mattina con l'assistenza del personale, talvolta autonomamente nel corso dei pomeriggi di consultazione, ha raggiunto -per ciò che riguarda strettamente gli utenti della biblioteca- il numero di 122 utenti rispetto ai 101 dello scorso anno, si rileva così un incremento del 20,79% rispetto all'anno precedente. Nuove informazioni saranno specificate nel paragrafo dedicato.

I dati annuali confermano la tendenza generale estremamente positiva degli ultimi anni. La biblioteca è sentita ed utilizzata dall'utenza come valido centro di accesso alla documentazione scientifica infermieristica.

La maggioranza degli utenti è costituita dagli studenti dei diversi Corsi di Laurea

in Scienze Infermieristiche che accedono nelle diverse fasi della loro formazione, assieme ai numerosi iscritti ai Master. Importante la frequentazione degli infermieri professionisti e/o docenti per l'aggiornamento personale e per la ricerca infermieristica, si rileva con piacere che parte di questi sono i professionisti stranieri che, integrati nel sistema sanitario, coltivano la propria formazione presso la biblioteca. Si nota e si facilita, come possibile, la frequentazione da parte di studenti afferenti da Corsi di altre provincie o regioni.

Il diverso grado di formazione dell'utenza assieme ad una scarsa diffusione della lingua inglese determina approcci differenziati alla ricerca documentaria: le fonti documentarie italiane sono principalmente richieste per la compilazione di tesine o a complemento di una ricerca scientifica, per la tesi di fine corso o per la ricerca infermieristica si utilizzano più diffusamente le fonti primarie e specialistiche della letteratura internazionale. In questo caso l'utente richiede, o gli si raccomanda, la consultazione del Cinahl per ottimizzare i tempi di ricerca bibli-

ografica.

E' dovuto un riconoscimento ai docenti dei Corsi di laurea e dei Master per gli specifici insegnamenti dati agli studenti sulla ricerca bibliografica e i suoi strumenti, impegno che spesso concludono conducendo intere classi alla consultazione in biblioteca. La familiarizzazione con gli strumenti di ricerca e una meditata disponibilità del personale della biblioteca producono un'utilizzazione 'disinvolta' da parte degli studenti e continuità nel frequentare la struttura.

Si riscontra, nella media, una maggiore capacità nell'usare gli strumenti di consultazione e il posseduto cartaceo della biblioteca; più diversificata è la capacità di utilizzo delle fonti informatiche, in questo caso si va da punte di eccellenza a utenti che devono essere assistiti totalmente. Si registra comunque una sopravvalutazione dei documenti digitali, non per capacità di utilizzo ma per l'opportunità di tradurli automaticamente con specifici programmi.

L'orientamento dato all'utenza per la ricerca bibliografica risulta in generale meno gravoso, è particolarmente dedicato ai primi accessi per dare cognizione di ciò che è disponibile nella struttura e fuori di essa, più autonomi nella ricerca sono i frequentatori abituali che conoscono il posseduto della biblioteca. Questa diversificazione di richieste permette in generale di seguire tutta l'utenza nelle diverse fasi di accesso alla documentazione cartacea, si registrano delle eccezioni quando è necessario introdurre e/o assistere uno o più utenti alle risorse elettroniche, tema che merita successiva attenzione.

La disponibilità dei cataloghi cartacei in sede e sulla pagina dedicata alla biblioteca, sul sito del Collegio, permette comunque un accesso autonomo, consapevole e critico alle fonti, sempre numerosi però sono quelli che per reperire le fonti si 'affidano' alle conoscenze e alle indicazioni del bibliotecario.

La percezione è di una generale soddisfazione dell'utenza per il patrimonio bibliografico disponibile, per l'ampliamento della consultazione e la possibilità di soddisfare articolati bisogni di documentazione/informazione.

1.1 POSTAZIONI INFORMATICHE

L'utilizzo autonomo delle postazioni informatiche per la navigazione su internet è monitorato per motivi legali e statistici. Si richiede la compilazione di un modulo con i dati anagrafici, estremi di un documento di identità, indicazione della postazione utilizzata, orario di navigazione ed elenco dei siti visitati.

L'accesso è stato di **99** utenti, rispetto ai 106 dell'anno precedente si registra così un decremento del 7, 07%. Il numero non comprende la consultazione degli opac considerati parte della consultazione.

Gli utenti dichiarano l'uso dei principali motori di ricerca per reperire documenti (google, yahoo, virgilio), la consultazione di siti istituzionali (www.ipasvi.it,





www.ministerodellasalute.it, www.regionelazio.it ed altre regioni, www.gazzettaufficiale.it, www.concorsi.com, www.concorsipubblici.com), di siti universitari (www.uniwww.uniroma2.it, catt.it, www.idi.it) nonché di siti per la ricerca, di associazioni ed altro (www.infermieri.com, www.nursesarea.it, www.aniarti.it, www.pubmed.gov, www.infermieridellatuscia.it, www.quideline.gov, www.trapianto.org ecc.), siti di riviste (www.profinf.net, www.air-online.it, www.lauriedizione.com), molto dichiarato gmail.com.

Circa il 50% degli utenti vi accede per completare una ricerca svolta sul cartaceo, il rimanente vi accede senza utilizzare altri servizi della biblioteca.

Come riferito c'è una discreta forbice nelle competenze informatiche dell'utenza, accanto a persone che utilizzano il mezzo in autonomia persistono persone che hanno bisogno di essere assistite nell'uso dello strumento.

2. PATRIMONIO BIBLIOGRAFICO

2.1. RIVISTE IN CARTACEO

Con gli abbonamenti del 2007 la biblioteca ha incrementato ulteriormente la collezione di riviste straniere che caratterizza la biblioteca del Collegio conferendole una ricchezza esclusiva nella rete italiana di gestione della conoscenza infermieristica. Questo patrimonio culturale rappresenta, considerando l'esigua produzione nazionale, lo strumento elettivo per il reperimento di informazioni scientifiche. Un'attenta revisione (dismissioni e sostituzioni) della lista degli abbonamenti ha permesso l'inserimento di cinque nuove testate straniere (Advances in neonatal care, Journal of family nursing, Advances in skin and wound care,



Journal of orthopaedic nursing, Journal for nurses staff development, Journal of wound, ostomy and continence nursing), e una italiana (Rassegna amministrativa della sanità).

Al 31.12 .2007 erano presenti in biblioteca **168** testate di riviste così suddivise:

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

26 titoli di riviste italiane in abbonamento:

70 titoli di riviste italiane che in parte si ricevono in regime di scambio, in parte sono possedute fino ad una certa data.

2.2. DOCUMENT DELIVERY

Nel corso dell'anno la biblioteca ha fornito sperimentalmente il servizio di Document Delivery: richiesta di articoli presso altre biblioteche, fornitura di articoli ad altre biblioteche. Si è cercato di incrementare a favore degli utenti quanto veniva fatto occasionalmente per le biblioteche. Il servizio è sperimentale in quanto non regolamentato ed evaso solo in proporzione agli oneri di lavoro del personale. La biblioteca Ipasvi, al di fuori dei circuiti istituzionali, richiede alle bib-

lioteche, individuate tramite ACNP (Archivio Collettivo Nazionale Periodici), in regime di scambio gratuito articoli per uso strettamente personale, di ricerca e di studio in conformità alla legge n. 633 del 22/041941 e successive modificazioni ed integrazioni, dando contestualmente il link del proprio catalogo periodici. Si ritiene di non procedere a un'iscrizione ufficiale al circuito, temendo un incremento delle richieste e l'impossibilità di rispondervi adeguatamente. Richieste evase per utenti della biblioteca: 10 Richieste evase per altre biblioteche: 11

2.3 MONOGRAFIE

Per quanto riguarda le monografie, la biblioteca ha acquisito nel corso dell'anno **18 libri** di nursing. È in programma per il nuovo anno un cospicuo incremento di testi con le novità editoriali di Scienze infermieristiche.

2.4 BANCHE DATI

La biblioteca sottoscrive annualmente l'abbonamento alla banca dati CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, da due anni l'accesso è su EbscoHost. Il Cinahl

considerato ora uno standard per la ricerca bibliografica infermieristica, permette di vagliare in modo completo la più ampia letteratura internazionale per uno specifico soggetto. E' particolarmente utile per argomenti di interesse clinico o teorico-scientifico. Gli utenti che hanno consultato la banca dati presso la biblioteca quest'anno sono stati 122, il 20,79 % in più rispetto allo scorso anno (101 utenti), di questi, 12 lo hanno fatto autonomamente, rappresentando quindi il 9,84% degli utenti.

Dal report Ebscohost sono disponibili altri dati per l'anno 2007:

196 accessi (122 utenti della biblioteca, 72 uso interno della biblioteca e consiglieri-ricercatori autorizzati per accesso residenziale; **69** minuti la durata media delle sessioni; **3.103** interrogazioni (query); **133** full text scaricati; **8.679** abstract salvati.

Con questi nuovi dati l'incremento generale di utilizzo del Cinahl è del **94,06%**. Se i numeri sono positivi, fa comunque riflettere quanto siano pochi gli utenti del Cinahl rispetto all'utenza generale della biblioteca: quelli che vi accedono dalla biblioteca sono solo il **10,02%** dell'utenza generale, volendo comprendere anche gli accessi remoti si raggiunge il **16, 11%**. Questi dati testimoniano la nota reticenza generale a utilizzare fonti in linqua inglese e ambiente informatico.

Per contrastare questa tendenza e pigrizia, oltre a promuovere l'utilizzo della banca dati nei luoghi deputati (biblioteca, università e corsi di aggiornamento), si è ritenuto di invogliare l'utenza con la sottoscrizione, per il 2008, della prestigiosa versione "Cinahl with Full Text" (580 testate disponibili in Full Text) che assieme al cartaceo disponibile offre un esaustivo accesso diretto alla letteratura internazionale. Si è portato a 4 il numero degli utenti simultanei, ciò significa che la banca dati è ampiamente disponibile per l'utenza che voglia consultarla autonomamente nei pomeriggi di apertura della biblioteca (se necessario viene data una breve introduzione all'uso dell'interfaccia). La consultazione con l'assistenza del personale bibliotecario si svolge invece il martedì mattina, per appuntamento, in questo caso si sollecita la partecipazione dell'utente chiedendo di preparare le espressioni in inglese (parole chiave) necessarie.

2.5 ON LINE: LA BIBLIOTECA, LA COLLANA ARCOBALENO, LA RIVI-STA INFERMIERE OGGI

La pagina della biblioteca attualmente fornisce solo gli orari di consultazione e i cataloghi dei libri e delle riviste, per la consultazione di questi è possibile la ricerca per parola, altrimenti, lasciando vuota la casella di ricerca e dando invio si apre la finestra con tutto il catalogo in ordine alfabetico.

Si comunica che è in preparazione la nuova pagina, organizzata per dare informazioni più dettagliate sul patrimonio bibliografico e immediata disponibilità di comodi strumenti di ricerca per l'utente che vi accede, permettendogli di anticipare parte dello spoglio che lo condurrà poi in biblioteca a reperire i documenti. Saranno infatti evidenziati link alle riviste infermieristiche disponibili on line e ai principali opac, indispensabili per la localizzazione di libri e riviste.

Molto frequentate ed apprezzate sono le pagine dedicate alle pubblicazioni del Collegio: i volumi della collana Arcobaleno e i fascicoli della rivista "Infermiere Oggi" sono scaricabili gratuitamente in full text.

3. PROSPETTIVE

I dati di gestione sono estremamente positivi, con l'accennata acquisizione del Cinahl with Full text, 580 testate full text e altre 168 in cartaceo, si ritiene che la biblioteca infermieristica dell'IPASVI di Roma si attesti "per patrimonio documentario disponibile" su uno standard di alto livello, quasi definitivo, modificabile solo per ottimizzazione, qualità e prestigio. La ricchezza della nuova risorsa, con un'adeguata comunicazione sulla sua disponibilità, dovrebbe incrementare e rendere consueto l'uso del Cinahl agli utenti abituali e, si spera, condurne nuovi.

Costante è l'attenzione posta alle neces-

sità del Progetto ILISI (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche) che si conferma come il massimo obiettivo che il Collegio di Roma si sia prefisso per la valorizzazione della conoscenza infermieristica italiana e della biblioteca IPASVI. La banca dati bibliografica darà rapido accesso alla letteratura italiana infermieristica e sarà a disposizione della comunità infermieristica sul web nel prossimo aprile 2008 come si specifica a seguire.

3.1 ATTIVITA' DELLA COMMISSIONE BIBLIOTECA, DOCUMENTAZIONE, RICERCA

Nel 2007 la commissione ha continuato i suoi lavori con le diverse professionalità acquisite, particolarmente dedicate alla gestione della conoscenza infermieristica in ambito multimediale, sono stati riconfermati tutti i membri: Carlo Turci e Matilde Napolano consiglieri, Fabrizio Tallarita, Alessandro Montevecchi, Giovanna Finocchi, Patrizia Nappini, Eleonora Bruno, Alessandra Bonfigli, Edvige Fanfera.

La commissione ha promosso la diffusione della conoscenza infermieristica attraverso l'ottimizzazione dei servizi bibliotecari, la preparazione di eventi formativi inerenti la ricerca infermieristica, la creazione di strumenti bibliografici che facilitino la ricerca stessa e la banca dati bibliografica ILISI è il più importante di questi strumenti.

Per l'attività formativa ha tenuto ed ha in programmazione i sequenti corsi:

Seconda edizione (8-9-10/2/07) del Corso "L'INDICIZZAZIONE DELLA LET-TERATURA SCIENTIFICA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE Corso propedeutico per la realizzazione di una banca dati bibliografica", funzionale al Progetto ILISI.

Prima edizione (12/12/07) del Corso "Introduzione alle banche dati infermieristiche", con due nuove edizioni accreditate per il 7/3/07 e il 7/5/08. L'attività è stata totalmente assorbita dal complesso Progetto ILISI, nel prossimo paragrafo si specificano i lavori



svolti.

3.2 PROGETTO ILISI

Noto il Progetto di costituire la banca dati bibliografica ILISI per contribuire alla valorizzazione della letteratura infermieristica italiana se ne ricordano organizzazione e macro-obiettivi, costituitivi nel primo anno di attività (2007), ordinari negli anni a seguire, con relativo stato dei lavori.

3.3 ORGANIZZAZIONE DEL PROGETTO ILISI – GRUPPO DI LAVORO ESTESO

Nel progetto sono coinvolti tutti i membri della commissione biblioteca, appositamente costituita per competenze infermieristiche e biblioteconomiche, collaborano poi proficuamente Alessandro Stievano, membro della commissione ricerca, e tutti gli indicizzatori formati tra il 2006 e il 2007.

Gerarchicamente il gruppo esteso è così suddiviso:

- 1º Referenti di Collegio: C. Turci, M. Napolano
- **2° Gruppo di progetto:** E. Bruno, A. Bonfigli, E. Fanfera, G. Finocchi, P. Nappini, A. Montevecchi, A. Stievano, F. Tallarita, C. Turci.
- 3° Gruppo indicizzatori:. Maurizio Compagnone, Brunelli, Teresa Fabrizio Di Gregorio, Cinzia Di Marcantonio, Concetta Di Mercione, Tania Diottasi, Giuliano Falcone, Guardiani, Giuseppina Nadia Leggieri, Marina Manna, Eros Manoni, Marco Orsini, Alessandro Pizzalla, Alessandro Raponi, Andrea Rizzo, Laura Sabatino, Laura Rita Santoro, Laura Soldà, Daniela Trinca, per l'attività di indicizzazione si aggiungono dal gruppo di progetto: Eleonora Bruno, Edvige Fanfera, Giovanna Finocchi, Alessandro Montevecchi, Fabrizio Tallarita

I referenti di Collegio trasmettono e rappresentano l'indirizzo e le decisioni del Collegio relativamente al progetto stesso. Il gruppo di progetto assume le decisioni relative ai contenuti delle discipline infermieristiche e biblioteconomiche,

dopo un attento ascolto degli apporti e delle istanze portati dal gruppo indicizzatori (per propria competenza e perché a diretto contatto con i documenti da indicizzare), produce la documentazione necessaria alla funzionalità del progetto, svolge attività di revisione della banca dati e supporto agli indicizzatori. Gli indicizzatori, parte creativa del processo stesso, dall'esperienza di indicizzazione riportano al gruppo di progetto preziose informazioni per le revisioni del thesaurus sullo stato della letteratura. Si ricorda la loro adesione volontaria, fortemente motivata da un desiderio di crescita culturale e professionale, per sè e per disciplina infermieristica. Consapevoli di essere parte integrante e necessaria alla sostenibilità del Progetto hanno tutti sottoscritto un Contratto/Patto Collegio -Indicizzatore per testimoniare il proprio impegno. Il collegio si impegna nei loro confronti dando adequato rilievo alla loro attività, offrendo la rivista da indicizzare in abbonamento gratuito e concependo un rimborso spese per record immesso dato l'uso di PC e connessioni personali.

3.4 Macro obiettivi necessari alla funzionalità del progetto

Si riportano sinteticamente :

1. Redazione di un Thesaurus italiano di

- Scienze Infermieristiche (ThiSi) soggetto a revisione periodica.
- 2 Formazione di personale volontario che sviluppi la capacità di indicizzare gli articoli infermieristici, attraverso il Corso dedicato "L'INDICIZZAZIONE DELLA LETTERATURE SCIENTIFICA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE: Corso propedeutico per la realizzazione di una banca dati bibliografica" e successiva fase di Training con sessioni di indicizzazione presso la sede IPASVI.
- 3 Disposizione di un software che supporti la collezione dei dati e la ricerca online, con interfaccia in lingua italiana.
- 4 Indicizzazione residenziale di articoli relativi a riviste di annata corrente ed annate pregresse (sperimentale sino alla pubblicazione del database sul web con un congruo numero di risorse).
- 5 Revisioni costanti del database per valutare l'adeguata applicazione del criterio stilistico-redazionale e di indicizzazione.
- 6 Fruizione pubblica del database, indicizzazione progressiva delle annate correnti

Per l'obiettivo *Thesaurus italiano di Scienze Infermieristiche* il Gruppo di Progetto ha rinnovato significativamente



nel corso del 2007 la versione del 28.12.06 sostituendola con la revisione del 13.11.07.

Per l'obiettivo *Formazione degli indicizza-tori*, tenute le due edizioni del Corso di indicizzazione ed individuate persone capaci e motivate, il Gruppo di progetto ha vagliato la capacità dei selezionati di indicizzare autonomamente attraverso un successivo training costituito da 4 esercitazioni da svolgere su un calendario disponibile di 8 date. La formazione è stata completata nel maggio 2007.

Per l'obiettivo Disposizione del software nel corso dell'anno si è ottimizzata la funzionalità del software open source scelto nel 2006 (wikindx 3.3.1), F. Tallarita ha completato la traduzione italiana dell'interfaccia e ha testato le nuove versioni dell'applicativo aggiornando attualmente la banca dati alla versione wikindx 3.7. Per ottenere dagli indicizzatori uniformità dei testi e un omogeneo utilizzo degli strumenti di indicizzazione è stata prodotta una documentazione-quida all'uso del software e al processo di indicizzazione (Procedura guidata online di immissione risorse, Sintesi del mandato per gli indicizzatori, Norme redazionali 1. Norme redazionali2, Scheda revisione terminologica thesauro), a cura di A.

Bonfigli, E. Fanfera, G. Finocchi e F. Tallarita.

Per l'obiettivo *Indicizzazione sperimentale*, l'attività in modalità residenziale è iniziata nel maggio 2007, al termine della formazione e successivamente all'attivazione dei necessari abbonamenti personali. Le riviste selezionate per l'immissione nella banca dati sono le seguenti: *AICO*;

Assistenza infermieristica e ricerca; Bioetica:

Difesa sociale;

Emergency oggi;

Giornale italiano delle infezioni

ospedaliere;

Giornale italiano di Scienze infermieristiche:

Infermiere oggi;

International nursing perspectives;

L'arco di Giano;

La rivista italiana di cure palliative;

Management infermieristico;

Mecosan:

Medicina e morale:

Mondo sanitario:

Nursing oggi;

Organizzazione sanitaria; Professioni infermieristiche;

Rischio sanità:

Rivista di diritto delle professioni sanitarie;

Scenario:

Tecnica Ospedaliera

Tutti gli indicizzatori hanno lavorato proficuamente ritagliando la loro disponibilità da giornate lavorative già intense. Attualmente gli articoli indicizzati sono 776, corrispondenti all'annata corrente del 2007 e a un pregresso inserito (non completamente) fino al 2005 (da portare successivamente fino al 2003). Si fa presente che nel 2007 le pubblicazioni italiane hanno registrato un diffuso forte ritardo, in un caso addirittura la sospensione dell'uscita della rivista, questo significa che alcuni fascicoli del 2007 devono essere ancora pubblicati e distribuiti, si conta di completare l'annata entro aprile 2008, termine previsto per la presentazione della banca dati al pubblico.

Per l'obiettivo *Revisioni del database*, si è operato un monitoraggio continuo delle immissioni. A. Bonfigli ha controllato l'applicazione del criterio stilistico-redazionale per l'uniformità dei testi; E. Bruno, G. Finocchi, P. Nappini, A. Montevecchi, A. Stievano, F. Tallarita e C. Turci hanno monitorato le immissioni per rilevare omogeneità nel criterio di indicizzazione utilizzato dai singoli indicizzatori e congruità dell'informazione recuperata. Tra revisori ed indicizzatori sono intercorsi scambi email per correzioni, chiarimenti e suggerimenti.

Per l'obiettivo *Fruizione pubblica del database, indicizzazione progressiva delle annate correnti* si intende l'esordio pubblico del database e l'attività 'ordinaria' di indicizzazione delle prossime annate correnti, che come si è visto è complessa e si articola su più livelli, coinvolgendo diversi gruppi di lavoro. La data di pubblicazione deve essere ufficialmente

concordata con il Consiglio Direttivo del Collegio anche se la scadenza prefissata dal gruppo di lavoro è, come anticipato, il prossimo aprile 2008.

A conclusione si riferisce che l'esteso gruppo di lavoro, ha lavorato proficuamente con forte motivazione ed impegno. La banca dati bibliografica ILISI è perfettamente operativa e il risultato è di estrema soddisfazione

COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE

- L'attività di vigilanza sull'esercizio libero-professionale è stata attenta e costante, così pure i rapporti con la cassa previdenziale ENPAPI, sempre caratterizzati
da collaborazione e assistenza reciproca.
Notevole anche il lavoro svolto nei campi
della pubblicità sanitaria e della consulenza normativa e disciplinare fornita a
studi professionali associati, cooperative
infermieristiche, agenzie di lavoro temporaneo e altri enti pubblici e privati.
Commissione Libera Professione

La Commissione è composta da Nicola Barbato, Francesca Premoselli, Gianfranco Del Ferraro, Maurizio

Fiorda (Referente), **Laura Sabatino**. La Commissione si avvale della consulenza del legale del Collegio per individuare gli ambiti operativi rispetto alla libera professione.

La Commissione supporta il Consiglio Direttivo nell'attività di vigilanza sui professionisti iscritti:

- a) iscrizione all'albo dei professionisti, sia per coloro che svolgono attività individuale che per coloro che svolgono attività in forma associata;
- b) iscrizione alla Cassa di Previdenza
- c) pubblicità sanitaria
- d) esercizio esclusivo della professione
- e) rispetto delle norme etiche e deontologiche

Inoltre la Commissione fornisce consulenza agli iscritti su

- a) significato della libera professione
- b) strumenti della libera professione regolamento/tariffario
- c) aspetti tecnico-professionali



- elaborazione di un questionario semistrutturato costituito da circa 10 items, per instaurare un primo "aggancio" con i professionisti iscritti presso l'ENPAPI ed individuare le esigenze culturali e professionali degli stessi;
- acquisizione delle conoscenze rispetto al processo di accreditamento degli infermieri che esercitano la libera professione, delle cooperative, delle associazioni;
- Osservatorio sulla "libera professione" attraverso l'Anagrafe degli iscritti che esercitano la libera professione, sia di coloro che svolgono attività in forma individuale che di coloro che esercitano in forma associata, aggiornata ogni sei mesi.

LE NUOVE SFIDE

La straordinaria crescita che la professione ha messo a segno negli ultimi anni impone al Collegio un ruolo e una capacità operativa sempre crescente. Il lavoro è duro ma la sfida è esaltante. La forza per condurla arriva dalla collaborazione di tutti e dall'entusiasmo che caratterizza gli infermieri, da sempre orientato al miglioramento, al positivo, allo sviluppo di un'assistenza più vicina alle esigenze dei cittadini.

Restano aperti molti fronti di criticità, come quelli già citati a più riprese. Con questi, però, anche nuove opportunità di crescita. Si tratta quindi di operare per poter condizionare in positivo il futuro con il contributo dell'intera professione e del Collegio che la rappresenta. Su questa linea il Collegio si è mosso in quest'ultimo anno ed è determinato a prosequire.

Perciò l'impegno per il 2008 si concentra particolarmente nei campi operativi dell'innovazione, della competenza scientifica, dell'aggiornamento, della ricerca, della comunicazione, delle consulenze, della gestione dell'Albo, garantendo agli iscritti adequate competenze interdisciplinari e servizi efficienti. In questa chiave si è dimostrato utile lo sviluppo del sistema di controllo statistico degli accessi che, fornendo un quadro preciso e costantemente aggiornato delle richieste, ha consentito di affinare sensibilmente l'offerta e la gestione dei servizi. L'investimento di energie e competenze sui sistemi informatici e multimediali è un percorso obbligato per il Collegio di Roma, chiamato a confermare la sua leadership sullo scenario nazionale ed europeo della professione. Secondo quanto fissato dal programma, nuovi servizi si aggiungeranno presto ad un'offerta già molto variegata in questo campo come pure nelle attività di front-office.

Un'ultima considerazione va spesa per i rapporti con le istituzioni, sempre molto problematici. Allo spirito di collaborazione con cui il Collegio si misura quotidianamente nelle diverse attività di relazio-

ne con gli enti territoriali, segnatamente la Regione Lazio e le varie articolazioni del Sistema Sanitario Regionale, non ha corrisposto il rispetto della gran parte degli impegni assunti dagli interlocutori istituzionali. Da qui la reazione, manifestata ad ogni livello possibile, che ha indotto il Collegio di Roma ad assumere una posizione fortemente critica nei confronti degli enti sui temi di più stretta attualità: dall'emergenza di personale ai concorsi, dai percorsi di carriera al grande tema dell'autonomia professionale. Sul fronte politico la frontiera è rappresentata oggi dal cambio di Legislatura. Il nuovo Parlamento è chiamato a dimostrare nei fatti quell'attenzione fin qui manifestata in astratto ma ben poco praticata. Le questioni aperte sono ancora molte. Alcune, come la riforma degli Ordini professionali, dovranno avventurarsi in un nuovo iter parlamentare dopo essere state affossate in dirittura d'arrivo. Non resta che confidare in un diverso approccio ai temi delle professioni e dell'assistenza, più orientato sulle necessità che uniscono i professionisti e i cittadini. Il Collegio di Roma è impegnato fortemente al fianco degli altri Collegi e della Federazione IPASVI nel rappresentare ad ogni livello le istanze della professione.

Le relazioni che seguono descrivono in sintesi il quadro delle principali attività svolte dalle Commissioni nel 2007 e il lavoro programmato per l'anno in corso.



Conto Consuntivo 2007

		RENDIC	CONTO FINANZIARIO - E	NTRATE.			
DESCRIZIONE	INIZIALI	PREVISIONI VARIAZIONI	DEFINITIVE	RISCOSSE	SOMME ACCERTATE DA RISCUOTERE	TOTALE	Differenze sulle previsioni
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI							•
Quote iscrizioni Quote nuovi iscritti	€ 1.500.120,00 € 60.000,00		€ 1.500.120,00 € 60.000,00	€ 1.277.003,14 € 75.000,00	€ 220.056,86 € 60,00	€ 1.497.060,00 € 75.060,00	-€ 3.060,00 € 15.060,00
Tasse iscrizioni	€ 80.000,00		€ 80.000,00	€ 100.000,00	€ 80,00	€ 100.080,00	€ 20.080,00
Totale ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI	€ 1.640.120,00		€ 1.640.120,00	€ 1.452.003,14	€ 220.196,86	€ 1.672.200,00	€ 32.080,00
Corsi di aggiornamento Totale	€ 10.000,00 € 10.000,00		€ 10.000,00 € 10.000,00	€ 4.990,00 € 4.990,00	€ 4.300,00 € 4.300,00	€ 9.290,00 € 9.290,00	-€ 710,00 -€ 710,0 0
QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI ONERE PARTICOLARI GESTIONI Rilascio tessere	€ 100.00		€ 100,00	€ 315,00	6	€ 315.00	€ 215.00
Certificati e trasferimenti	€ 6.000,00		€ 6.000,00	€ 5.442,00 € 5.757,00	€ -	€ 5.442,00	-€ 558,00
Totale TRASFERIMENTI CORRENTI	€ 6.100,00		€ 6.100,00	5.757,00	-	€ 5.757,00	-€ 343,00
Totale ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI							
Vendita pubblicazioni Totale	€ 1.000,00 € 1.000,00		€ 1.000,00 € 1.000,00	€ 1.146,50 € 1.146,50	€ -	€ 1.146,50 € 1.146,50	€ 146,50 € 146,50
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI Interessi attivi	€ 4,000,00		€ 4.000,00	€ 5.221,74	€ 4.140,57	€ 9.362,31	€ 5.362,3
Totale	€ 4.000,00		€ 4.000,00	€ 5.221,74	€ 4.140,57	€ 9.362,31	€ 5.362,3
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI Recuperi e rimborsi	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 7.821,00	€ -	€ 7.821,00	€ 5.821,0
Totale ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 7.821,00	€ -	€ 7.821,00	€ 5.821,0
Entrate varie Totale	€ 1.000,00 € 1.000,00		€ 1.000,00 € 1.000,00	€ 2.278,54 € 2.278,54	€ -	€ 2.278,54 € 2.278,54	€ 1.278,5 € 1.278,5
					·		
TOTALE ENTRATE CORRENTI	€ 1.664.220,00	€ -	€ 1.664.220,00	€ 1.479.217,92	€ 228.637,43	€ 1.707.855,35	€ 43.635,3
TITOLO II - ENTRATE CONTO CAPITALE ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI							
Alienazione immobili	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale ALIENAZIONE DI IMMOB.NI TECNICHE	-			-		-	
DESCRIZIONE		RENDIO PREVISIONI	CONTO FINANZIARIO - E	NTRATE	SOMME ACCERTATE		Differenze
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	RISCOSSE	DA RISCUOTERE	TOTALE	sulle previsioni
Vendita mobili ed arredi	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
RISCOSSIONE DI CREDITI							
TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE							
ASSUNZIONE DI MUTUI							
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI							
TOTALE ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TITOLO III - PARTITE DI DI GIRO							
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO							
Ritenute fiscali e previdenziali Altre partite di giro	€ 140.000,00 € 275.000,00		€ 140.000,00 € 275.000,00	€ 124.907,86 € 185.029,37	€ -	€ 124.907,86 € 185.029,37	 € 15.092,1- € 89.970,6.
TOTALE ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 415.000,00	€ -	€ 415.000,00	€ 309.937,23	€ -	€ 309.937,23	-€ 105.062,7°
TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE	€ 2.079.220,00	6	€ 2.079.220,00	€ 1.789.155,15	€ 228.637,43	€ 2.017.792,58	-€ 61.427,4
TOTALE EXTRATE COMPLESSIVE	2.079.220,00	-	2.075.220,00	1./85.133,13	228.037,43	2.017.772,38	-€ 01.427,42
UTILIZZO AVANZO DI AMMINISTRAZIONE	€ 278.478,66		€ 278.478,66				
TOTALE GENERALE	€ 2.357.698,66		€ 2.357.698,66			€ 2.017.792,58	
DESCRIZIONE		RENDI PREVISIONI	CONTO FINANZIARIO -	USCITE	SOMME IMPEGNATE		Differenze
TITOLO I - USCITE CORRENTI	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	PAGATE	DA PAGARE	TOTALE	sulle previsioni
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE Gettoni runioni Consielio Direttivo e Collegio Revisori dei conti	20,000,00		20,000,00	16 220 00		0 16 000 00	0 12 120 0
Gettoni riunioni Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei conti Gettoni partecipazione Consiglio Nazionale e seminari	€ 30.000,00 € 25.000,00		€ 30.000,00 € 25.000,00	€ 16.320,00 € 17.808,50	€ 560,00 € -	€ 16.880,00 € 17.808,50	-€ 13.120,0 -€ 7.191,5
Rimborsi spese Gettoni e indennita' attività Organi Direttivi	€ 20.000,00 € 60.000,00		€ 20.000,00	€ 19.465,83	€ 400,00	€ 19.865,83	-€ 134,1
Assicurazioni organi statutari Spese elezioni Organi Direttivi	0 4,000,00		€ 60,000,00	€ 58.800,00	€ 880,00	€ 59.680,00	
Spese elezioni Organi Dilettivi	€ 4.000,00		€ 60.000,00 € 4.000,00	€ 58.800,00 € 3.058,88	€ 880,00 € -	€ 59.680,00 € 3.058,88	-€ 320,0
Totale	€ 4.000,00	€ -			€ 880,00 € - • 1.840,00		-€ 320,0 -€ 941,1
ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Slipendi e oneri riflessi	€ 139.000,00 € 160.000,00	€ -	€ 4.000,00 € 139.000,00 € 160.000,00	€ 3.058,88 € 115.453,21 € 136.462,98	€ 1.840,00 € 9.994,90	€ 3.058,88 € 117.293,21 € 146.457,88	-€ 320, -€ 941,1 -€ 21.706,7 -€ 13.542,1
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO	€ 139.000,00	€ - 884,52	€ 4.000,00 € 139.000,00	€ 3.058,88 € 115.453,21	€ 1.840,00	€ 3.058,88 € 117.293,21	-€ 320,0 -€ 941,1 -€ 21.706,7 -€ 13.542,1 -€ 555,2 € -
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Sipendi e oneri riflessi Assicurazioni presonale Fondo incentivazione Costi di formazione Costi di formazione	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 32,000,00 € 1,600,00		€ 4.000,00 € 139.000,00 € 160.000,00 € 5.000,00 € 32.884,52 € 1.600,00	€ 3.058,88 € 115.453,21 € 136.462,98 € 3.977,04 € 32.884,52 € 231,00	€ 1.840,00 € 9.994,90 € 467,68 € -	€ 3.058,88 € 117.293,21 € 146,457,88 € 4,444,72 € 32,884,52 € 231,00	-€ 320,(-€ 941,1 -€ 21.706,7 -€ 13.542,1 -€ 555,2 -€ 1.369,(-
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Stipendi e onen riflessi Assicurazioni personale Fondo incentivazione Corsi di formazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 32,000,00 € 1,6600,00	€ - 884,52 € 884,52	€ 4.000,00 € 139.000,00 € 160.000,00 € 5.000,00 € 32.884,52 € 1.600,00 € 199.484,52	€ 3.058,88 € 115,453,21 € 136,462,98 € 3.977,04 € 32,884,52 € 231,00 € 173,555,54	€ 1.840,00 € 9.994,90	€ 3.058,88 € 117.293,21 € 146.457,88 € 4.444,72 € 32.884,52 € 231,00 € 184.018,12	-€ 320,0 -€ 941,1 -€ 21.706,7 -€ 13.542,1 -€ 555,2 -€ 556,4 -€ 1.369,0 -€ 15.466,4
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Stipendi e oneri riflessi Assicurazioni personale Fondo incentivazione Corsi di fornazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonamenti RAI e riviste Compenso per la riscossione	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 32,000,00 € 1,600,00 € 198,600,00 € 6,000,00 € 35,000,00		€ 4,000,00 € 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 32,884,52 € 1,600,00 € 6,000,00 € 6,000,00 € 35,000,00	€ 3.058,88 € 115,483,21 € 136,462,98 € 3,977,04 € 32,884,52 € 23,1,00 € 173,555,54 € 5.062,99 € 29,270,70	€ 1.840,00 € 9.994,90 € 467,68 € -	€ 3.058,88 € 117,293,21 € 146,457,88 € 4,444,72 € 32,884,52 € 231,00 € 184,018,12 € 5.062,99 € 29,270,70	-€ 320,6 -€ 941,1 -€ 21.706,7 -€ 13.542,1 -€ 555,2 -€ -€ 1.369,6 -€ 15.466,4 -€ 937,6 -€ 5.729,3
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Slipendic oneri riflessi Assicurazioni personale Fondo incentivazione Corsi di formazione Totale USCITTE PER LACQUIZIO DI BENI E SERVIZI ABbonamenii RAI e riviste	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 32,000,00 € 198,600,00 € 6,000,00		€ 4,000,00 € 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 32,884,52 € 1,600,00 € 199,484,52 € 6,000,00	€ 3.058,88 € 115,453,21 € 136,462,98 € 3.077.04 € 32,884,52 € 231,00 € 173,555,54	€ 1.840,00 € 9,994,90 € 9,994,90 € 467,68 € - € € 10.462,58	€ 3.058,88 € 117.293,21 € 146,457,88 € 4,444,7 € 32,884,52 € 231,00 € 184,018,12	.€ 320,0 -€ 941,1 -€ 21.706,7 -€ 13.542,1 -€ 555,2 -€ -1.369,0 -€ 13.466,4 -€ 937,0 -€ 9,793,0 -€ 5,793,0
Totale OMERI PER II. PERSONALE IN SERVIZIO Silpendi e oneri riflessi Assicurazioni personale Pondoi incentivazione Corsi di formazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonamenti RAI e riviste Compenso per la riscossione Consulenza Personale Consulenza pratiscionale occasionale	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 32,000,00 € 1,600,00 € 98,600,00 € 6,000,00 € 45,000,00 € 45,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00		€ 4,000,00 € 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 32,884,52 € 1,600,00 € 199,484,52 € 6,000,00 € 45,000,00 € 45,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00	€ 3.058,88 € 115.453,21 € 136.462,98 € 3.977,04 € 32.884,52 € 23.1,00 € 173.555,54 € 5.062,99 € 29.270,70 € 37.026,00 € 34.223,60 € 26.955,72	€ 1.840,00 € 9,994,90 € 9,994,90 € 467,68 € - € € 10.462,58	€ 3.058.88 € 117.293,21 € 146.457,88 € 4.4447.2 € 32.884.52 € 231,00 € 184.018,12 € 5.062.99 € 29.270,70 € 37.026,00 € 34.223,60 € 34.223,60 € 34.223,60	.€ 320,0 -€ 941,1 -€ 13,542,1 -€ 555,2 -€ 1,369,0 -€ 937,0 -€ 937,0 -€ 7,744,0 -€ 9,631,7
Totale OMERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Sipendi e oneri riflessi Assicurazioni personale Fondo incentivazione Corsi di fornazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonamenti RAI e riviste Compenso per la riscossione Consulenza raministrativa Consulenza raministrativa Consulenza raministrativa Consulenza professionale occasionale Consulenza informatica Manuterzioni e i pirazzioni	E 139,000,00 E 160,000,00 E 5,000,00 E 22,000,00 E 198,600,00 E 6,000,00 E 40,000,00 E 40,000,00 E 22,000,00 E 40,000,00 E 40,000,00 E 40,000,00 E 24,000,00		€ 4,000,00 € 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 1,000,00 € 194,444,52 € 6,000,00 € 35,000,00 € 45,000,00 € 45,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 6 40,000,00 € 6 40,000,00 € 6 40,000,00 € 6 40,000,00 € 6 40,000,00	€ 3.058,88 € 115,453,21 € 136,462,98 € 3.977,44 € 12,884,52 € 231,00 € 175,855,54 € 5.062,99 € 32,70,70 € 37,025,00 € 34,223,60 € 26,925,72 € 26,925,72 € 26,925,72 € 26,925,72 € 26,925,72 € 18,631,75	€ - 1.840,00 € 9,994,90 € 467,68 € - € € 10.462,58 € - € € - € € - €	€ 3.058.88 € 117.293,21 € 146.457,88 € 4.4447,2 € 32.884.52 € 231,00 € 184.018,12 € 5.062,90 € 37.025,00 € 37.025,00 € 34.223,00 € 30.368,22 € 20.682,50 € 20.682,50 € 23.023,76	€ 320,0 € 941,1 € 13,762,7 € 13,542,1 € 555,2 € - 15,466,4 € 9370,6 € 7,974,0 € 7,974,0 € 3,3175,6 € 3,3175,6 € 6 3,3175,6 € 6 3,3175,6 € 6 6,6
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Stipendi e oneri riflessi Assicurazioni personale Fondo incentivazione Corsi di formazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonamenti RAI e riviste Compenso per la riscossione Consulenza amministrativa Consulenza ministrativa Consulenza professionale occasionale Consulenza professionale occasionale Consulenza informatica Manutenzioni e ripirazzioni Acquisto tesseere distitivi bolii Totale	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 32,000,00 € 198,600,00 € 6,000,00 € 6,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 240,000,00 € 40,000,00 € 6,000,00 € 6,		€ 4,000,00 € 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 32,884,52 € 1,600,00 € 45,000,00 € 45,000,00 € 45,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00	€ 3.058,88 € 115,453,21 € 136,462,98 € 3.977,04 € 22,884,52 € 231,00 € 173,555,54 € 5.062,99 € 29,270,70 € 37,026,00 € 34,223,60 € 26,955,72 € 26,955,72 € 26,955,72 € 26,955,72 € 26,955,72	€ 1.840,00 € 9.994,90 € 467,68 € - € - € - € - € - € - € - €	€ 3.058,88 € 117,293,21 € 146,457,88 € 4,4447,2 € 32,845,2 € 231,00 € 184,018,12 € 5,062,39 € 29,270,70 € 37,025,00 € 34,223,60 € 30,368,22 € 20,682,50	€ 320,0 € 941,1 € 13,42,1 € 13,542,1 € 555,2 €
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Slipendi coneri riflessi Assciurazioni personale Fondo inecutivazione Corsi di formazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonamenii RA et rivise Compento per la riscossione Consulenza Jengili Consulenza amministrativa Consulenza penfossionale occasionale Consulenza penfossionale occasionale Consulenza indirematica Manuteriorio e ripurazioni Acquisto tessere distintivi bolli	€ 139,009,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 32,000,00 € 198,600,00 € 198,600,00 € 45,000,00 € 45,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 18,000,00 €		€ 4,000,00 € 139,000,00 € 160,000,00 € 3,000,00 € 3,000,00 € 199,484,52 € 6,000,00 € 45,000,00 € 45,000,00 € 45,000,00 € 40,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 18,000,00 € 18,000,00 € 18,000,00	€ 3.058,88 € 115,453,21 € 136,462,98 € 3.977,04 € 3.987,25 € 231,00 € 173,555,54 € 5.062,99 € 29,270,70 € 4223,60 € 4223,60 € 26,925,72 € 20,587,25 € 18,631,76 € 48,031,76 € 58,031,76 € 58,031,76 € 58,031,76 € 78,031,76 € 78,031,76	€ 1.840,00 € 9.994,90 € 467,68 € - € 10.462,58 € - € - € - € - € - € - € - €	€ 3.058,88 € 117,293,21 € 146,457,88 € 4,4447,2 € 32,884,52 € 231,00 € 184,018,12 € 5,062,99 € 29,270,70 € 34,223,60 € 34,223,60 € 30,368,22 € 20,682,50 € 23,023,76 € 23,023,76 € 400,00	€ 320,0 € 941,1 € 13.542,1 € 13.542,1 € 5552 € - € 13.69,0 € 937,0 € 5.729,3 € 5.729,4 € 5.776,4 € 9.631,7 € 9.631,7 € 3.317,5 € 16.976,2 € 16.976,2 € 17.940,0 € 67.942,2
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Slipendic oneri riflessi Assicurazioni personale Fondo incentivazione Corsi di formazione Totale USCITE PER LA QUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonamenti Rat priviste Compenno per la riscossione Consulenza pelini periodi perio	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 32,000,00 € 32,000,00 € 198,600,00 € 198,600,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 248,000,00 € 18,000,00 € 120,000,00 € 120,000,00		€ 4,000,00 € 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 1,600,00 € 199,484,52 € 6,000,00 € 35,000,00 € 45,000,00 € 40,000,00 € 240,000,00 € 18,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 120,000,00 € 228,000,00	€ 3.058,88 € 115,453,21 € 136,462,98 € 3.977,04 € 3.288,452 € 231,00 € 173,555,54 € 5.062,99 € 29,270,70 € 37,026,00 € 422,367 € 26,052,90 € 16,052,90 € 172,223,72 € 172,223,72 € 172,223,72 € 111,734,85 € 111,734,85 € 111,734,85 € 112,656,90	€ 1.840,00 € 9.994,90 € 407,08 € - 407,08 € € € 10.462,58 € € €	€ 3.058.88 € 117.293,21 € 146.457,88 € 4.4447.2 € 32.884.52 € 231,00 € 184.018,12 € 5.062.99 € 29.270,70 € 37.026.00 € 34.023,06 € 30.368,22 € 20.682,50 € 400,00 € 180.957,77 € 112.431,64 € 11.206,96	€ 320,0 € 941,1 € 13,42,1 € 13,542,1 € 555,2 € - € 15,466,4 € 5,793,0 € 5,794,2 € 6,794,2 € 6,794,2 € 7,764,2 € 7,764,2
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Slipendi coneri riflessi Assciurazioni personale Faudo incentivazione Corsi di formazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonamenii RAI eriviste Compenso per la riscossione Consuleruz peglia eriviste Compenso per la riscossione Consuleruz peglia eriviste Consuleruz parliscossione Consuleruz parliscossionale occasionale Consuleruz amministrativa Consuleruz parliscossionale occasionale Consuleruz aministrativa Totale USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI Affitio lue e riscaldamento Spese opstali e talefoniche Spese di patizia Spese di patizia Spese di patizia	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 3,000,00 € 32,000,00 € 198,600,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 24,000,00 € 18,000,00 € 24,000,00 € 12,000,00 € 128,000,00 € 128,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 128,000,00 € 128,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00		€ 4,000,00 € 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 1,000,00 € 1,000,00 € 1,000,00 € 4,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 18,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 18,000,00	€ 3.058,88 € II5.453,21 € 136.462,98 € 3.977,44 € 1.2884,52 € 231,00 € 175.555,24 € 5.062,99 € 22.270,70 € 37.026,00 € 42.236,00 € 20.925,72 € 400,00 € 172.223,77 € 117.248,55 € 112.06,96 € 20.1226,35 € 11.1734,85 € 112.06,96 € 20.1226,35	€ 1.840,00 E 9.994,90 € 467,68 € - € € 10,462,58 € €	€ 3.058.88 € 117.293,21 € 146.457,88 € 4.4447,2 € 32.884.52 € 231,00 € 184.018.12 € 5.06.29 € 37.02.60 € 37.02.60 € 37.02.60 € 34.223,60 € 30.368,22 € 20.682,50 € 20.682,50 € 12.023,76 € 400,00 € 184.018.12	€ 320,0 € 941,1 € 13,542,1 € 13,542,1 € 555,2 € 555,2 € 557,0 € 5723,3 € 5,776,4 € 3,3175,6 € 6,942,2 € 6,942,2 € 6,942,2 € 7,542,3 € 6,942,2 € 6,942,2 € 17,600,0 € 17,600,0 € 18,793,0 € 14,113,3 € 8,793,0 € 14,113,3
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Stipendi e oneri riflessi Assicurazioni personale Fondo incentrivazione Corsi di formazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonamenti RAI e riviste Compenso per la riscossione Consideraz amministrativa Consulenza professionale occasionale Consulenza professionale occasionale Consulenza professionale occasionale Manutenzioni e riparazioni Acquisto tessere distintivi bolli Totale USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI Affitio luce e risadadimento Cancelleria e stampati Spece postale e defeniche Spece di pulizia Spece postale e defeniche Spece di pulizia Spece varie	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 32,000,00 € 198,600,00 € 6,000,00 € 40,000,00 € 44,000,00 € 24,000,00 € 18,000,00 € 18,000,00 € 18,000,00 € 24,000,00 € 18,000,00 € 20,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 18,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 18,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 18,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 35,000,00		€ 4,000,00 € 139,000,00 € 5,000,00 € 5,000,00 € 1,000,00 € 19,484,52 € 6,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 20,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00	€ 3.058,88 € 115,453,21 € 136,462,98 € 3.977,49 € 2.18,25,25 € 231,00 € 175,555,24 € 5.062,99 € 29,270,70 € 37,026,00 € 422,230 € 420,20 € 420,20 € 11,734,85	€ 1.840,00 € 9.994,90 € 467,68 € - € 10.462,58 € - € - € - € - € - € - € - €	€ 3.058.88 € 117.293,21 € 146.457,88 € 4.4447,2 € 32.845,2 € 23.10,0 € 184.018,12 € 5.062,99 € 29.270,70 € 37.026,00 € 34.223,60 € 30.368,22 € 40.0,00 € 184.018,12 € 11.205,36 € 11.205	€ 320,0 € 941,1 € 13,42,1 € 13,542,1 € 555,2 € 555,2 € 5729,3 € 7,974,0 € 7,974,0 € 6,742,2 € 17,600,0 € 7,583,2 € 17,500,0 € 17,500,0
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Slipendis onent riflessi Assicurazioni personale Fondo incentivazione Corsi di formazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonanneni Raf e rivise Compenso per la riscossione Consulenze legali Consulenza amministrativa Consulenza professionale occasionale Consulenza professionale occasionale Consulenza professionale occasionale Consulenza professionale occasionale Consulenza informatica Manuterizoni e riparazioni Acquisto tessere distritivi bolli Totale USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI Affitto lace e riscaldamento Cancellaria e siampati Spesce postali e telefoniche Spesce di pulizia Spesce banciare e di c'e postali Spesce varie Totale Totale	€ 139,009,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 32,000,00 € 198,600,00 € 198,600,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 18,000,00 € 18,000,00 € 18,000,00 € 18,000,00 € 18,000,00 € 20,000,00 € 18,000,00 € 20,000,00 € 18,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00		€ 4,000,00 € 139,000,00 € 160,000,00 € 3,000,00 € 1,000,00 € 199,48,000 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 12,000,00 € 24,000,00 € 18,000,00 € 18,000,00 € 18,000,00 € 3,500,00 € 18,000,00 € 3,500,00 € 18,000,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00 € 3,500,00	€ 13.55,88 € 115.453,21 € 136.462,98 € 3.977,04 € 3.987,05 € 23.81,00 € 173.555,54 € 29.270,70 € 37.025,00 € 34.23,60 € 29.270,70 € 34.23,60 € 12.23,27 € 110.73,48 € 1120,50 € 20.122,63 € 11.08,00 € 20.122,63 € 10.126,60 € 10.126,60	€ 1.840,00 € 9.994,90 € 467,68 € - € - € - € - € - € - € - €	€ 3.058.88 € 117.293.21 € 146.457.88 € 4.4447.2 € 32.884.52 € 231.00 € 184.018.12 € 3.062.99 € 29.270.70 € 37.022.60 € 34.225.60 € 34.25.60 € 4.25.60 € 4.25.60 € 1.25.60 € 1.24.16.40 € 112.431.64 € 112.636 € 20.882.69 € 12.012.09 € 112.431.64	€ 320,0 € 941,1 € 13,42,1 € 13,542,1 € 555,2 € 555,2 € 5729,3 € 7,974,0 € 7,974,0 € 6,742,2 € 17,600,0 € 7,583,2 € 17,500,0 € 17,500,0
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Slipendis oneri riflessi Assicurazioni personale Fondo incentivazione Corsi di fornazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonamenti Rat e riviste Compenso per la riscossione Consulenza pelari per la riscossione Consulenza pelari p	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 32,000,00 € 32,000,00 € 198,600,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 248,000,00 € 120,000,00 € 35,000,00 € 22,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00		€ 4,000,00 € 139,000,00 € 160,000,00 € 3,000,00 € 3,000,00 € 3,000,00 € 3,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 240,000,00 € 240,000,00 € 18,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 248,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00 € 250,000,00	€ 13.55,88 € 115.453,21 € 136.462,98 € 3.977,04 € 23.884,2 € 23.97,04 € 173.555,4 € 5062,99 € 39.270,70 € 37.026,00 € 37.026,00 € 172.233,27 € 110.73,48 € 120.73,48 € 120.7	€ 1.840,00 € 9.994,90 € 467,68 € - € 10.462,58 € - € - € - € - € - € - € - €	€ 3.058,88 € 117,293,21 € 146,457,88 € 4,4447,2 € 32,884,52 € 231,00 € 184,018,12 € 5,062,99 € 29,270,70 € 30,368,22 € 20,682,50 € 30,285,26 € 400,00 € 180,057,77 € 112,431,64 € 11,206,96 € 20,882,50 € 20,882,50 € 11,206,96 € 12,206,96 € 12,206	€ 320,4 € 941,1 •€ 13,542,1 •€ 13,542,1 •€ 555,5 •€
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Slipendi coneri riflessi Assicurazioni personale Fendo incentivazione Corsi di formazione Totale USCITE FER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonamenii Rai e riviste Compenso per la riscossione Consilenze Jegili Consulenza aministrativa Consulenza aministrativa Consulenza piniscossione Consulenza piniscossione Consulenza riflormatica Manutenzioni e riparazioni Acquisto tessere destinivi bolli Totale USCITE FER FUNZIONAMENTO UFFICI Affitto luce e riscaldamento Custalenza piniscossione Consulenza piniscossione Consulenza piniscossione Consulenza informatica Manutenzioni e riparazioni Acquisto tessere destinivi bolli Totale USCITE FER FUNZIONAMENTO UFFICI Affitto luce e riscaldamento Cancelleria e stampati Spese postali e telefoniche Spese di pulizia Spese haucarie e di c'e postali Spese varie Totale USCITE FER PRESTAZIONI STITUZIONALI Aggioramenti professionali Rivista "informiere oggi"	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 32,000,00 € 18,000,00 € 198,600,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 18,000,00 € 24,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 20,000,00 €		€ 4,000,00 € 139,000,00 € 5,000,00 € 5,000,00 € 1,000,00 € 1,000,00 € 1,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 10,000,00 € 5,000,00 € 5,000,00 € 5,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 30,000,00	€ 3.058,88 € 115,453,21 € 136,462,98 € 3.977,40 € 218,845,20 € 231,00 € 173,555,54 € 22270,70 € 37,026,00 € 34,223,00 € 34,023,00 € 44,020,00 € 44,020,00 € 11,72,23,27 € 11,734,85 € 11,263,65 € 20,123,65 € 20,123,65 € 11,088,00 € 11,044,79 € 1,1044,79 € 1,1044,79 € 1,1044,79 € 1,1048,00	€ 1.840,00 € 9.994,90 € 467,68 € - € 10.462,58 € - € - € - € - € 3.442,50 € - € 3.442,50 € - € 4.392,00 € - 7.834,50 € - € 760,06 € 924,00 € 4.253,08	€ 3.058.88 € 117.293,21 € 146.457,88 € 4.4447,2 € 32.884,52 € 23.100 € 184.018,12 € 5.062,99 € 29.270,70 € 37.02,600 € 34.223,60 € 30.368,22 € 20.682,50 € 400,000 € 112.431,64 € 111.206,96 € 112.431,64 € 111.206,96 € 20.882,69 € 12.012,00 € 1.094,02 € 1.094,02 € 1.194,344	€ 320,0 € 941,1 € 13,42,1 € 13,542,1 € 555,2 € € 57,794,6 € 5,793,6 € 6,976,1 € 6,976,1 € 7,563,2 € 6,976,1 € 7,976,1 € 7,976,1
Totale ONERI PER II. PERSONALE IN SERVIZIO Slipendis enent riflessi Assicurazioni personale Fondo incentivazione Corsi di formazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonamenii Ral e riviste Compenno per la riscossione Consulenza legali Consulenza legali Consulenza professionale occasionale Consulenza professionale Totale USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI Affitto luce e riscaldamenio Cancelleria e stampati Spese postala telefoniche Spese dipulizia Spese variae Totale USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI Aggiornamenti professionali Rysius "Informero oggi"	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 3,000,00 € 3,200,00 € 198,600,00 € 6,000,00 € 6,000,00 € 45,000,00 € 45,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 18,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 18,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 18,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00		€ 4,000,00 € 139,000,00 € 160,000,00 € 5,000,00 € 3,000,00 € 3,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 18,000,00 € 12,000,00 € 20,000,00	€ 3.058,88 € 115,453,21 € 136,462,98 € 3.977,40 € 2.884,50 € 2.931,00 € 173,555,29 € 22,270,70 € 37,026,00 € 34,023,00 € 4400,00 € 172,23,27 € 111,734,85 € 112,065,66 € 201,233,00 € 10,843,00 € 17,16,13 € 116,813,16	€ 1.840,00 E 9.994,90 E 467,68 E	€ 3.058.88 € 117.293,21 € 146.457,88 € 4.4447,2 € 32.884,52 € 231,00 € 184.018,12 € 5.062,99 € 29.270,70 € 37.026,00 € 34.223,60 € 30.368,22 € 20.682,50 € 23.023,76 € 112.431,64 € 11.206,96 € 180.057,77	€ 3200 € 21.706.7 € 91.11 € 13.542.1 € 13.542.1 € 33.70 € 15.552 € € 15.466.4 € 937.0 € 7.974.0 € 9.631,7 € 9.631,7 € 16.756.2 € 17.600.0 € 7.942.2 € 1.7560.0 € 2.7560.0 €
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Silpendis onent riflessi Assciurazioni personale Fondo incentivazione Corsi di formazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonannemi Raf e riviste Compenso per la riscossione Consulenze gapili Consulenze gapili Consulenze participati della riscossione Consulenze amministrativa Consulenze professionale occasionale Consulenze professionale occasionale Consulenze professionale occasionale Consulenze professionale occasionale USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI Affino luce e riscaldamento USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI Affino luce e riscaldamento Cancelleria e stampati Spese postala e telefoniche Spese di pultzia Spese postala e telefoniche Spese di pultzia Spese bancarie e di c'e postali Spese varie Totale USCITE PER PERSINAZIONI ISTITUZIONALI Aggiornamenti professionali Rivista "Infermiere oggi" Biblioteca Protocca Prot	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 32,000,00 € 198,600,00 € 198,600,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 18,000,00 € 248,000,00 € 25,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 18,000,00 € 18,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 5,000,00 € 5,000,00 € 20,000,00 € 5,000,00 € 6,000,00 € 6,000,00	€ 884,52	€ 4,000,00 € 139,000,00 € 5,000,00 € 3,000,00 € 1,000,00 € 1,000,00 € 40,000,00 € 45,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 10,000,00 € 20,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 20,000,00 € 20,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 10,000,00 € 20,000,00	€ 13,058,88 € 115,453,21 € 136,462,98 € 3,977,40 € 3,987,40 € 23,878,40 € 173,555,54 € 22,270,70 € 37,02,60 € 22,270,70 € 141,734,85 € 1120,60 € 172,223,27 € 111,734,85 € 111,734,85 € 111,734,85 € 111,734,85 € 111,734,85 € 111,734,85 € 111,734,85 € 111,734,85 € 111,734,85 € 111,734,85 € 111,734,85 € 111,734,85 € 11,734,85	€ 1.840,00 € 9.994,90 € 467,68 € •	€ 3.058.88 € 117.293,21 € 146.457,88 € 4.4447,22 € 32.884,52 € 231,00 € 184.018,12 € 5.062,39 € 29.270,70 € 37.025,00 € 34.223,60 € 30.368,22 € 20.862,50 € 400,00 € 180.957,77 € 112.431,64 € 11.206,96 € 20.825,09 € 1.94,02 € 1.816,13 € 12.012,00 € 1.816,13 € 1.816,13 € 1.816,13 € 1.816,35 €	€ 320,0 € 941,1 € 13,42,1 € 13,542,1 € 555,2 € 555,2 € 572,3 € 5,723,3 € 5,723,3 € 6,794,0 € 6,841,2 € 7,563,4 € 8,793,0 € 8,793,
Totale ODERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Sipendi e oneri tiflessi Assicurazioni penonale Fondo incentivazione Corsi di formazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonamenti RA e riviste Compenso per la riscossione Consulenza Jenimistrativa Consulenza amministrativa Consulenza aprofessionale occasionale Consulenza aprofessionale occasionale Consulenza informatica Manutenzioni e riperazioni Acquisto tesser distritivi bolli Totale USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI Affino luce e riscaldamento Cancelleria e statintivi bolli Totale USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI Affino luce e riscaldamento Cancelleria e stampati Spese postale relefeniche Spese di pulnira Spese postale relefeniche Spese da pulnira Spese postale relefeniche Spese da professionali Rivista Tinfermiero oggi' Biblioteca Promozione immugine (pubbliciti) Commissioni di studio Spese di rapperentarza Quote spetantir Federazione Promozione immugine (pubbliciti) Commissioni di studio Spese di rapperentarza Quote spetantir Federazione	€ 139,000,00 € 160,000,00 € 32,000,00 € 32,000,00 € 198,600,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 248,000,00 € 120,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 35,000,00 € 20,000,00 € 10,000,00 € 20,000,00 € 5,000,00 € 6,000,00 € 6,00		€ 139,000,00 € 139,000,00 € 160,000,00 € 3,000,00 € 3,000,00 € 199,84,02 € 1,600,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 240,000,00 € 240,000,00 € 240,000,00 € 240,000,00 € 240,000,00 € 240,000,00 € 240,000,00 € 250,000,00 € 260,000,000 € 260,000 € 260,	€ 136.462.98 € 115.453.21 € 136.462.98 € 3.977.04 € 3.987.25 € 231.00 € 173.855.25 € 292.70,70 € 37.082.00 € 123.23.20 € 18.631.76 € 342.23.20 € 110.23.25 € 110.24.25 € 110.64.79 € 1.71.61.31 € 121.458.28 € 134.63.07 € 23.287.25 € 134.63.07 € 23.287.25 € 134.63.07 € 23.287.25 € 134.63.07 € 23.287.25 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26 € 23.287.26	€ 1.840,00 € 9.994,90 € 467,68 € •- •- •- •- •- •- •- •- •-	€ 3.058.88 € 117.293,21 € 146.457,88 € 4.4447,2 € 32.884,52 € 231,00 € 184.018,12 € 5.062,99 € 29.270,70 € 37.026,00 € 34.225,00 € 34.225,00 € 30.368,22 € 20.882,50 € 23.023,76 € 400,00 € 112.431,64 € 112.012,00 € 10.94,02 € 1.816,13 € 59.443,44 € 23.158,28 € 334.630,71 € 57.024,43,44	€ 320.0 € 941.1 € 13.542.1 € 13.542.1 € 555.2 € € 15.466.4 € 937.0 € 5.773.3 € 5.773.3 € 7.974.2 € 17.600.0 € 17.600.0 € 14.1173.2 € 96.3 € 96.3 € 14.1173.2 € 905.9 € 905.9 € 25.960.2 € 25.960.2 € 14.1173.2 € 25.360.2 € 25.360.2 € 40.555.2 € 40.555.2 € 25.360.2 € 25.360.2 € 25.360.2 € 25.360.2 € 40.555.2 € 25.360.2 € 200.0 € 21.743.2 € 25.360.2 € 200.0 € 21.743.2 € 21.743.2 € 200.0 € 21.743.2 € 2
Totale ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO Silpendi coneri riflessi Assicurazioni personale Fondo incentivazione Coresi di formazione Totale USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI Abbonamenti RAI e riviste Compenso per la riscossione Consulerus [pagli] Consuleruz amministrativa Consuleruz [pagli] Consuleruz amministrativa Consuleruz [pagli] Consuleruz amministrativa Consuleruz [pagli] Consuleruz Informatica Manuterzioni e rigrazioni Acquisto tessere distintivi bolli Totale USCITE PER FINZIONAMENTO UFFICI Affito luce e riscaldamento Caracileria e simmoti Spese postale telefoniche Spese di palizia Spese Apianzia Spese Apianzia Spese Apianzia Spese Apianzia Spese varie Totale USCITE PER PERSOLATIONI INSTITUZIONALI Aggiarmamenti professionali Revista "Informiere oggi" Biblioteca Promozione immagine (pubblicità) Commissioni di studio Spese di rappresentanza Quoto spestanti Federazione	E 139,000,00 E 160,000,00 E 32,000,00 E 1,600,00 E 198,600,00 E 160,000,00 E 160,000,00 E 40,000,00 E 40,000,00 E 40,000,00 E 18,000,00 E 18,000,00 E 24,000,00 E 18,000,00 E 18,000,00 E 20,000,00	€ 884,52 € - € -	€ 4,000,00 € 139,000,00 € 5,000,00 € 3,000,00 € 1,000,00 € 1,000,00 € 1,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 40,000,00 € 1,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 24,000,00 € 25,000,00 € 35,000,00 € 20,000,00 € 1,000,0	€ 3.058,88 € 115.453,21 € 136.462,98 € 3.977,04 € 3.884,25 € 231,00 € 173.555,45 € 29.270,70 € 37.08,00 € 142.23,60 € 29.270,70 € 110.840,70 € 110.840,70 € 110.840,70 € 121.458,28 € 134.53,07 € 154.53,07 € 154.53,07 € 154.53,07 € 154.53,07 € 154.53,07 € 172.23,27	€ 1.840,00 € 9.994,90 € 467,68 € € 10.462,58 € •	€ 3.058.88 € 117.293,21 € 146.457,88 € 4.4447,2 € 32.884,52 € 23.100 € 184.018,12 € 5.062,99 € 29.270,70 € 37.02,600 € 34.223,60 € 30.368,22 € 20.682,50 € 400,000 € 112.431,64 € 111.206,96 € 20.882,69 € 112.431,64 € 11.206,96 € 10.94,02 € 1.094,02	€ 320,0 € 941,1 € 13,42,1 € 13,542,1 € 555,2 € € 15,466,4 € 5,793,0 € 5,779,4 € 5,776,4 € 6,776,4 € 7,764,2 € 17,600,8 € 67,942,2 € 14,1173,2 € 965,5 € 40,556,5 € 12,500,0 € 40,556,5 € 23,302,2 € 25,362,2 € 25,362,2 € 25,362,2 € 25,362,2 € 22,362,2 € 2

DESCRIZIONE		RENDICONTO FINANZIARIO -				USCITE SOMME IMPEGNATE		
DESCRIZIONE	PREVISIONI INIZIALI VARIAZIONI		DEFINITIVE	PAGATE			Differenze sulle previsioni	
TRASFERIMENTI PASSIVI		INIZIALI	VARGAZION	DEFINITIVE	TAGALL	DATAGARE	TOTALE	suite previsioni
ONERI FINANZIARI								
Interessi passivi	€	-		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale	€	-		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ONERI TRIBUTARI		50 000 00	€ 3.234,36	0 53.234.24	20 (20 54	€ 14.594,82	0 52.224.26	
Inps Irap e altri tributi Nettezza urbana	t c	50.000,00 2.500,00	€ 3.234,36 € 152.53	€ 53.234,3€ € 2.652.53	€ 38.639,54 € 2.544,53	€ 14.594,82 € 108.00	€ 53.234,36 € 2.652.53	€ <u>-</u>
Nettezza uroana Totale	6	52,500,00	€ 3,386,89	€ 2.632,33		€ 14.702,82	€ 2.032,33	€ -
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI		32.300,00	3.300,07	55.000,07	41.104,07	14.702,02	55,000,07	-
Rimborsi vari	€	2.000,00		€ 2.000,00	€ 180,00		€ 180,00	-€ 1.820,0
Totale	€	2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ 180,00	€ -	€ 180,00	-€ 1.820,0
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI								
Fondo spese impreviste	€	48.000,00 -	€ 6.529,27	€ 41.470,73				-€ 41.470,73
Totale	€	48.000,00 -	€ 6.529,27	€ 41.470,73				-€ 41.470,73
TRATTAMENTO FINE RAPPORTO								
Trattamento di fine rapporto	€	15.000,00		€ 15.000,00		€ 11.533,54	€ 11.533,54	-€ 3.466,40
Totale	€	15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ -	€ 11.533,54	€ 11.533,54	-€ 3.466,46
ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI		10,000,00		€ 10.000.00			f .	-€ 10.000,00
Rimborso quote esattoria	t e	10.000,00	£ -	€ 10.000,00	€ -	0	€ -	-€ 10.000,00 -€ 10.000,00
Totale	c c	10.000,00	-	t 10.000,00	-	t -	-	-t 10.000,00
TOTALE USCITE CORRENTI	6	1.772.698,66	€ -	€ 1.772.698,66	€ 1,294,447,28	€ 83,375,06	€ 1,377,822,34	-€ 394.876,32
TO THE COURT CONNECT		117721070,00	•	117721070400	11274174120	051575,00	15771022,54	0 334070432
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE								
ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI								
Ristrutturazione sede	€	60.000,00		€ 60.000,00		€ 23.916,09	€ 31.008,12	-€ 28.991,81
Totale	€	60.000,00		€ 60.000,00	€ 7.092,03	€ 23.916,09	€ 31.008,12	-€ 28.991,88
ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE								
Acquisto mobili e arredi	€	30.000,00		€ 30.000,00		€ -	€ 1.300,00	-€ 28.700,00
Programmi e attrezzature	€	30.000,00	_	€ 30.000,00		€ 324,00	€ 17.566,49	-€ 12.433,5
Totale CONCESSIONI DICREDITI ED ANTICIPAZIONI	ŧ	60.000,00	ε -	€ 60.000,00	€ 18.542,49	€ 324,00	€ 18.866,49	-€ 41.133,51
CONCESSIONI DICREDITI ED ANTICIPAZIONI								
RIMBORSI DI MUTUI								
NINDOWS DI NOTO								
RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE								
ESTINZIONE DEBITI DIVERSI								
ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE								
Fondo spese elezioni	€	50.000,00		€ 50.000,00		€ 25.000,00	€ 25.000,00	-€ 25.000,00
	€	50.000,00	€ -	€ 50.000,00	€ -	€ 25.000,00	€ 25.000,00	-€ 25.000,00
ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI								
TOTALE USCITE IN CONTO CAPITALE		170.000,00	£ -	€ 170.000,00	€ 25.634,52	€ 49.240,09	€ 74.874,61	-€ 95.125,39
TOTALE USCITE IN CONTO CAPITALE	ľ	170.000,00			•	t 47.240,07	(4.0/4,01	-0 93.123,33
				CONTO FINANZIARIO	- USCITE			
DESCRIZIONE		PREVISIONI			SOMME IMPEGNATE			Differenze
		INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	PAGATE	DA PAGARE	TOTALE	sulle previsioni
TITOLO III - PARTITE DI GIRO								
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO Ritenute fiscali e previdenziali		140,000,00		€ 140,000,00	C 90 202 15	£ 26,124,21	C 124,007,07	-€ 15.092,14
Ritenute fiscali e previdenziali Altre partite di giro	6	140.000,00 275.000,00		€ 140.000,00 € 275.000,00		€ 36.124,71 € 4.226,41	€ 124.907,86 € 185.029,37	-€ 15.092,14 -€ 89.970,6:
Anic partie ii giro	e e	275.000,00		2/3.000,00	180.802,96	4.226,41	185.029,37	-c 89.9/0,b
TOTALE USCITE PER PARTITE DI GIRO	6	415.000,00	F .	€ 415.000,00	€ 269,586,11	€ 40.351,12	€ 309.937,23	-€ 105.062,7
TOTALE COUTE TEXTARTITE DI GIRO		415.000,00		715.000,00	207.300,11	70.551,12	307.731,43	105.002,7
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	E	2.357.698,66		€ 2.357.698,66	€ 1.589.667,91	€ 172.966,27	€ 1.762.634,18	€ 595.064,4
	ľ							2.23001,11
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE DELL'ESERCIZIO							€ 255.158,40	
TOTALE GENERALE	€	2.357.698,66		€ 2.357.698,66			€ 2.017.792,58	

Troppi imboscati: gli infermieri si ribellano

iprende quota e riecheggia con le campagne mediatiche di certa stampa l'eco di uno sport che non tramonta mai: trovare un capro espiatorio per giustificare carenze e disservizi nella sanità. Il refrain è quello di sempre: troppi infermieri "imboscati", troppi esentati dalle mansioni più pesanti. Come dire: poca voglia di lavorare.

Evidentemente la realtà quotidiana di Asl, ospedali e ambulatori non insegna nulla a chi lancia questi messaggi. Oppure tutto è fatto ad arte per distogliere l'attenzione sulle responsabilità di chi dirige e amministra la sanità.

Le verità è diversa, sta nei fatti. Sia chiaro: nessuna volontà di coprire o edulcorare comportamenti scorretti; non intendiamo proteggere chi non rispetta le regole o tiene comportamenti censurabili. Ma la storia degli infermieri "esonerati" da certi servizi va chiarita una volta per tutte. Va detto, ad esempio, che la figura infermieristica è quella di gran lunga più esposta al rischio professionale di tipo biologico e traumatico, come confermano tutti i dati infortunistici e le statistiche elaborate nel mondo in campo sanitario. Ciò non dipende soltanto dalle peculiarità del lavo-

ro, dal contatto diretto con le patologie, dalla necessità di mobilizzare il paziente, dalla manipolazione di farmaci e sostanze pericolose. A tutto questo si aggiungono infatti le incredibili condizioni in cui oggi gli infermieri si trovano a dover operare.

In Italia la dotazione organica reale degli infermieri è la metà di quella dei Paesi europei a sanità avanzata. Le gravissime carenze degli organici costringono gli operatori a non applicare tutte le tecniche ergonomiche che ridurrebbero i fattori di rischio; la vetustà delle strutture e la mancanza dei presidi (sollevatori, barelle articolate, letti mobili, ecc.) non permetto-

no di ridurre gli sforzi fisici per la mobilizzazione dei pazienti; i turni di lavoro, ripetuti, massacranti e senza i necessari riposi, incidono fortemente sul numero degli infortuni, sulle invalidità e sugli esoneri dalle attività più gravose. Esoneri che, peraltro, sono decisi da commissioni mediche o da medici specialisti in medicina legale che, notoriamente, sono particolarmente rigidi nella concessione dei benefici.

Perciò appare quanto meno strumentale prendersela con gli infermieri.

«Colpevolizzare e addirittura criminalizzare la professione

infermieristica non giova a nessuno, specialmente ai cittadini - reagisce il presidente del Collegio Ipasvi di Roma e della Provincia, Gennaro Rocco - Più corretto e lungimirante è cercare di capire il perché di certi fenomeni e prevenirli. Ma forse a qualcuno queste prese di posizione servono per altri fini: per nascondere i veri problemi o l'incapacità di dirigere e governare le Aziende sanitarie. Ci piacerebbe poterci confrontare serenamente su questi temi con le istituzioni locali e regionali. Noi conosciamo la realtà delle cose perché la viviamo ogni giorno sulla nostra pelle, sul campo (vista la situazione della

sanità è meglio dire in trincea), non dietro una scrivania. Chi se la prende con gli infermieri non dice che da anni persiste il blocco delle assunzioni, che ogni anno sono molti di più gli infermieri che lasciano il lavoro rispetto ai neolaureati che prendono servizio, che in parecchie Aziende il precariato degli infermieri dura incredibilmente da molti anni. Stupirsi per il numero degli infortuni, delle invalidità e degli esoneri che riguardano la categoria - conclude il dottor Rocco - vuol dire fare... il pesce in barile».



on che ci meravigli più di tanto. Siamo purtroppo abituati ad avere a che fare con un'informazione troppo spesso ingiusta con gli infermieri. Tuttavia a volte si esagera scivolando sul piano della disinformazione. E del cattivo

Ciò che stupisce, allora, è che a rilanciare nel rumoroso circo mediatico certe fandonie siano organi di stampa che, per storia e diffusione, dovrebbero fare scuola, rappresentare punti di riferimento attendibili, informati, competenti. E invece...

Nelle ultime settimane ne abbiamo viste di tutti i colori. Al solito, la stampa si è accanita sulla malasanità trascinando dentro le gravi disfunzioni del sistema gli operatori incolpevoli.

Niente di nuovo, appunto.

Tre casi hanno però fatto discutere più degli altri. A cominciare dalla campagna di stampa sugli infermieri "imboscati" lanciata da Il Messaggero sulla Cronaca di Roma. La "caccia all'infermiere scomparso" produce pagine e pagine di cronache e commenti, spesso sprezzanti. Per enfatizzare il tutto, sul numero del 9/3/2008, il quotidiano riferisce di Asl romane al contrattacco sul fronte degli imboscati e che una di gueste addirittura "provvederà a sottoporre i neoassunti a visita medica per evitare di prendersi in carico inidonei". Siamo al falso storico: è così da sempre, qualunque infermiere neoassunto è sottoposto a visita medica, ovunque egli prenda servizio, per legge. Non una parola, invece, su chi fa i salti mortali per arginare le falle di organici scandalosi, chi si sobbarca turni consecutivi per garantire il servizio ai cittadini, chi rinuncia alle ferie per carenza di personale.

Ma la palma del "granchio" più grosso stavolta va di diritto a La Repubblica. Ciò che il quotidiano ha scritto e sostenuto sull'edizione del 12/3/3008 (pag. 6 - inserto Roma) riferendo di un'indagine realizzata dall'Unione degli industriali e delle imprese di Roma sui lavori più richiesti dal mercato, ha dell'incredibile. Il servizio, dal titolo "Il boom del lavoro senza laurea - Estetiste, infermieri, autisti: i mestieri dei nuovi posti fissi", inserisce a pieno titolo e senza alcun dubbio gli infermieri tra i lavoratori non laureati, cancellando in un colpo anni di storia della professione e il lungo percorso che l'ha condotta nel novero delle professioni intellettuali. La risposta del Collegio non poteva che essere dura e il quotidiano è stato diffidato alla rettifica immediata. Curiosamente, lo stesso giorno, riferendo della stessa ricerca, proprio II Messaggero (pag. 40 - Ed. Roma - Tit. "Commessi e lavori di pulizia: quando il posto è garantito") scrive: "La laurea è ovviamente fondamentale per professioni quali infermiere e bancario".

Diverso, ma solo in apparenza, il caso di un colosso della comunicazione tv come Sky. Il retroscena infatti è il medesimo: scarsa considerazione e pessima conoscenza della professione infermieristica. L'effetto è quello di una

indegna Magistrati con il doppio lavoro caduta di stile. Nella rivista mensile distribuita agli abbo-

nati, famiglie e bambini compresi, Sky pubblicizza il canale "Hot Series" a luci

rosse utilizzando l'ormai stucchevole figura dell'infermiera tutta sexy, abbigliata nel solito modo improbabile, con le scontatissime giarrettiere in bella vista sotto il mini-camice. Si legge ancora: "Segretarie, infermiere, superdotati, baby sitter: i protagonisti delle più classiche fantasie e erotiche sono qui. Benvenuti sul al canale ...". Speravamo che certi reperti archeomediatici avessero fatto il loro tempo.

Il Collegio IPASVI di Roma ottiene la certificazione ISO 9001 Promossi in qualità

Lo chiamano "Bollino Blu". Significa servizi di standard europeo, tempi rapidi, professionalità e trasparenza. Storia di una piccola-grande rivoluzione.

E' il "bollino blu" della qualità sulla nostra professione. Garantisce chiarezza, efficienza e risultati operativi. Non solo. Risponde alla mission professionale del Collegio, alla domanda di servizi adeguati in tempi definiti da parte degli iscritti.

L'ottenimento della Certificazione ISO 9001 segna un evento speciale per tutti noi e fa del Collegio IPASVI di Roma un riferimento importante sul piano nazionale ed europeo. E' l'approdo di un lungo lavoro e al tempo stesso il trampolino di lancio per nuovi traguardi avanzati nel campo della qualità.

Il progetto Qualità Certificata ha preso il via nell'ottobre 2006, coinvolgendo l'intera struttura organizzativa e gestionale. Da subito gli uffici hanno collaborato in modo fattivo, rappresentando il fattore decisivo per centrare l'obiettivo della certificazione.

Nel dicembre 2007 il Collegio ha sostenuto con successo l'audit certificativo di un organismo terzo accreditato e ha ottenuto la certificazione che la struttura organizzativa e le attività istituzionali svolte sono conformi a quanto previsto dallo standard qualitativo ISO 9001.

E' davvero un bel successo per la nostra professione, un "bollino blu" di cui andare orgogliosi. E che tuttavia non si esaurisce nella soddisfazione, ma significa impegno costante a migliorare, ad agire con la responsabilità del professionista e il cuore di chi crede nella sua professionalità e cresce insieme a lai

Un ringraziamento particolare va a quanti si sono misurati personalmente con l'onerosa attività di sviluppo del progetto e che, mettendo anche in luce ottime doti di creatività, hanno permesso di adeguare al meglio i protocolli metodologici prescritti con le reali esigenze degli iscritti.

La certificazione di qualità è un percorso, una direzione virtuosa che ha segnato una prima tappa molto significativa. Il che ci incoraggia ad andare avanti e a raccogliere la sfida con nuovi ambiziosi progetti di certificazione, come quello all'eccellenza del percorso professionale dell'infermiere.

LA NOSTRA QUALITÀ

PERCHE' LA CERTIFICAZIONE

Il Consiglio Direttivo ha ritenuto doverosa questa scelta considerandola una forma di rispetto nei confronti dei propri associati, che trovano così sanciti nelle prescrizioni elaborate le regole dei rapporti con il Collegio. Ha ritenuto inoltre che il recupero di efficienza generato dall'adozione di un Sistema di Qualità sia un vantaggio innegabile e consistente sia per chi usufruisce dei servizi sia per chi ha professionalmente il compito di erogarli. La Certificazione ISO 9001 fa parte integrante degli obiettivi strategici che il Consiglio ha indicato nel suo Piano Programmatico.

CHE COSA COMPORTA

Come per tutte le strutture che erogano servizi, adottare un Sistema di Qualità comporta un complessivo "riesame" dell'attività quotidiana nella direzione di un unico modo di operare secondo schemi definiti. Meglio si favoriscono gli opportuni cambiamenti quanto più si evitano eccessivi sconvolgimenti che potrebbero creare disservizi all'utenza. La prima fase si concentra sull'analisi dell'attività e dei risultati, all'insegna del principio secondo cui solo ciò che si conosce si può migliorare. La fase di miglioramento è il successivo passo. Consiste nel migliorare le prestazioni, ascoltare la voce del "cliente" interno ed esterno, intervenire tempestivamente per i possibili disguidi, progettare con maggiore incisività nuovi servizi, fissare nuovi target operativi e di controllo della qualità.

GLI ATTORI DEL PROGETTO

Per fare qualità è indispensabile il contributo di tutti. Il progetto si è avvalso del più ampio coinvolgimento possibile fra tutti i soggetti interessati, sia nell'attività formativa sia in quella informativa. Il Consiglio ha individuato un gruppo di lavoro come interfaccia con la consulenza esterna nella redazione delle procedure da individuare. Attraverso riunioni periodiche sono state elaborate le situazioni emerse durante il monitoraggio ed è stata compiuta una ricognizione su quelle pregresse. Il progetto si è avvalso di un Comitato Scientifico Indipendente composto da docenti universitari come garante della validità scientifica dei contenuti della qualifica, di un Gruppo di Verifica per l'attività di adiutor di verifica del personale sulla multidisciplinarietà del percorso, di un qualificato Corpo Docente e di un Front Office per la gestione delle richieste di informazione e delle iscrizioni.

IL PERCORSO ADOTTATO

Con la qualificata consulenza della società Pragma SAS di Roma si è stabilito di suddividere le attività del Collegio in cinque macro aree di analisi e intervento su cui regolare le diverse modalità di azione: Gestione Albo, Comunicazione interna ed esterna, Funzionalità della sede, Attività di governo-gestione delle commissioni, Servizi agli iscritti. Inoltre è stata avviata la gestione di Piani della Qualità specifici su tre attività "a commessa": Ricerca, Formazione, Editoria. Secondo i criteri fissati sono state applicate le procedure che la norma prevede come strutturali del Sistema Qualità stesso. Il gruppo di lavoro insediato dal Consiglio ha ripartito al suo interno le attività da seguire in ordine ai campi "macro" e "a commessa" e le relative verifiche.

IL PROSSIMO PASSO

La certificazione ISO 9001 è un grande risultato ma anche l'inizio di un'ulteriore "avventura professionale". Il Collegio è già impegnato a procedere oltre, utilizzando la piattaforma organizzativa prevista dalla norma ISO 9001 per la certificazione dei percorsi professionali. Si tratta certamente di un obiettivo ancora più ambizioso e impegnativo, per questo molto stimolante.:

IN PILLOLE

Difetti cellulari a prova di medusa

La medusa, croce di tutti i bagnanti e nota per le fastidiose lesioni provocate dal suo liquido urticante, contiene una particolare proteina che emette luce e che può essere usata come "marcatore visivo" per trovare difetti all'interno delle cellule. E' il risultato di uno studio presentato nel luglio scorso a Roma da un gruppo di ricerca dell'Istituto Nazionale per la Fisica della Materia e del National Enterprise for Nanoscience and Nanotechnology della Scuola Normale Superiore di Pisa. La proteina in questione è la Proteina Fluorescente Verde (GFP) presente nella Aeguorea victoria, medusa che abita nelle acque profonde del Pacifico. La GFP offre diversi vantaggi: è fluorescente ad una determinata lunghezza d'onda, quindi facilmente visibile, e per questo può essere utilizzata come marcatore specifico; inoltre è una molecola presente in natura e quindi risponde ai principi di biocompatibilità, dunque non risulta tossica ed è facilmente smaltibile per tutti gli organismi; al contrario della maggior parte delle proteine, infine, è capace di funzionare anche in altri organismi, senza l'ausilio di molecole presenti solo nell'animale d'origine.



Commento all'ordinanza del Tribunale di Montepulciano

L'evoluzione della professione infermieristica e la sua affermazione nel mondo del lavoro è sempre più evidente e consolidata anche se a tutt'oggi alcuni ambienti sono ancora restii a percepirne e comprenderne appieno la reale portata. L'ordinanza del Tribunale di Montepulciano è censurabile sotto diversi aspetti.

Secondo il Tribunale, l'attività di raccolta e inserimento di materiale biologico dei pazienti nel sistema informatico POCT (che consente la valutazione a distanza o in via informatica dei dati inseriti), non può essere di competenza degli infermieri ma solo dei tecnici di laboratorio.

Non intendo portare critiche alle conclusioni cui è giunto il Tribunale. Intendo, però, focalizzare l'attenzione sul ragionamento sotteso a quelle conclusioni.

La ricostruzione normativa è corretta.

Il Tribunale dà atto dell'evoluzione normativa dal Testo Unico delle Leggi Sanitarie (R.D. 27 luglio 1934, n. 1265) fino (per quanto interessa) alla Legge 26 febbraio 1999, n. 42 di riforma delle Professioni Sanitarie, ricordando come l'evoluzione legislativa ha portato la professione infermieristica nell'alveo delle "professioni intellettuali" (quelle, per intenderci, di medici, notai, avvocati, ingegneri, architetti, etc.). Muovendo dalla legge 42 del 1999, il Tribunale focalizza l'attenzione sui profili professionali.

A questo punto riteniamo di dover individuare la prima critica all'ordinanza, in quanto l'art. 1 della legge 42 individua tre parametri (e non uno solo come fa il giudice) per delineare le responsabilità.

Si tratta, come è sicuramente noto a tutti, non solo del "profilo professionale" (DM 739/94) ma anche del codice deontologico e della formazione post base.

Solo per questo, a prescindere dall'esattezza o meno delle conclusioni cui è pervenuto il giudice, il provvedimento si mostra lacunoso.

L'aspetto, tuttavia più serio, quello che mi ha indotto a pubblicare il provvedimento, è il seguente, ripetuto in più passaggi della motivazione.

Sostiene il Tribunale: "Quanto alla lettera d) [del profilo professionale, DM 739 del 1994 – n.d.r.] viene previsto che l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche".

Orbene, secondo il Tribunale, "...l'attività infermieristica ... non può che limitarsi ad attività meramente esecutive, come anche sottolineato dal lemma <applicazione> contenuto nella disposizione".

Insomma, sempre secondo il Tribunale, l'utilizzo del sistema POCT non sarebbe di competenza infermieristica in quanto non configurerebbe una "mera attività esecutiva della prescrizione del medico". Pertanto, secondo il Tribunale di Montepulciano la competenza degli infermieri sarebbe strettamente esecutiva. Come ho detto in apertura, non intendo prendere una posizione

sulle conclusioni del magistrato (perché il processo è "aperto" in quanto l'Azienda potrebbe aver proposto reclamo e, comunque è pressoché certo che sarà riassunto il processo a cognizione piena). Tuttavia è evidente a tutti come il ragionamento del giudice strida rispetto al complesso di norme che regolano la professione.

Una certa lacunosità nel ragionamento è riscontrabile dalla semplice lettura proprio del profilo professionale che, alla lett. D) citata dal giudice, afferma che l'infermiere "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche".

Il "garantire l'applicazione" non significa svolgere una mansione esecutiva, anzi implica volendo un obbligo di vigilanza e coordinamento qualora l'atto dovesse essere in qualche modo delegato (ad es. al paziente stesso, ad un parente, etc.), comunque potendosi avvalere dell'operato del "personale di supporto" (lett. F).

A ciò si aggiunga che l'atto oggetto dell'ordinanza è un atto diagnostico prescritto dal medico.

Peraltro, lo stesso profilo professionale detta una definizione molto ampia dell'infermiere che, senza entrare nel dettaglio, svolge attività "preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa". La valutazione, come dicevamo sopra, avrebbe dovuto riguardare anche la formazione e, quindi, con riferimento alla "formazione di base", il DM 2 aprile 2001 ("Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie") sia con riferimento alla formazione teorica, sia con riferimento alla formazione pratica (tirocinio).

La formazione post-base, inoltre, è considera sia nella legge 42 del 1999, sia nel codice deontologico che espressamente obbliga gli infermieri all'aggiornamento delle proprie competenze (art. 3.1) e questo aggiornamento rappresenta il "livello di competenza raggiunto" che segna il limite delle competenze infermieristiche.

L'autonomia infermieristica è poi stata ribadita dalla legge 10 agosto 2001, n. 251 ("Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche,..."), che espressamente prevede, per le "Professioni infermieristiche", che gli operatori di tale professione "svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva...".

Per concludere, ripetendo che ancora una volta che non si intende valutare la correttezza del giudizio finale cui è pervenuto il Tribunale (ossia che il sistema PCOT può essere utilizzato solo dai tecnici di laboratorio) trovo non consono l'iter logico, la motivazione per cui gli infermieri sono esclusi da questa procedura solo perché sono dei meri esecutori. Roma, 09.05.2008

Avv. Alessandro Cuggiani

SAPERE INFERMIERISTICO

III Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico

"L'impegno dell'infermiere per la sicurezza del malato: un'alleanza terapeutica" Errori in sanità: gli infermieri tracciano la rotta

Un successo certamente atteso, ma che è andato oltre le più rosee aspettative, sia in termini di partecipazione sia per l'elevato gradimento espresso dai partecipanti. È il bilancio lusinghiero dei lavori della III Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico che si è tenuta a Roma il 17 e il 18 aprile scorsi, dedicata quest'anno al tema dei near misses (danni evitati).

Vi hanno preso parte centinaia di infermieri provenienti da tutta Italia e delegazioni estere giunte appositamente da Usa, Regno Unito, Spagna e Canada, alla presenza dei presidenti dei principali Ordini degli infermieri del mondo, con la Federazione IPASVI italiana e quella europea (FEPI) rappresentate ai massimi livelli.

Dai due giorni di serrato confronto professionale sono emersi con chiarezza almeno due punti fermi: che molti errori in sanità possono essere evitati, assicurando una maggiore sicurezza al paziente e agli stessi operatori e che gli infermieri italiani ne sono consapevoli e si sono attivati per ridurre sensibilmente il rischio di errori nella pratica clinica.

La conferenza, articolata in cinque sessioni plenarie e quattro parallele, ha scandagliato questioni di grande interesse infermieristico, presentando lavori di elevato livello scientifico nei campi della ricerca, della pratica clinica, dell'innovazione assistenziale e dell'educazione sanitaria. Grande interesse hanno destato inoltre la sessione dedicata ai poster e il dibattito con cui gli infermieri si sono confrontati con i rappresentanti politici e istituzionali del Parlamento e della Regione Lazio.

Il Collegio IPASVI di Roma, promotore dell'evento, ha presentato la ricerca internazionale sui near misses condotta in collaborazione con l'Università di Toronto e nove Aziende ospedaliere dell'area romana. Lo studio, dal titolo "Il contributo infermieristico alla sicurezza del paziente in ospedale: uno studio qualitativo multicentrico sui near misses (danni evitati)", ha impegnato per tre anni e mezzo 230 tra infermieri e coordinatori. Le principali cause di errore rilevate sono riferibili a: stanchezza, doppi turni di lavoro, diminuzione del personale, aumento dei carichi di lavoro, turn over del personale, comunicazioni errate od omesse, interferenze ambientali, deficit strumentali e organizzativi. Le strategie individuate per ridurre al minimo il rischio di errore in ambito ospedaliero sono: passare da un sistema punitivo nei confronti dei presunti responsabili a un sistema non repressivo che favorisca la segnalazione spontanea di errori; diffondere la cultura prevenzione e previsione dei possibili errori; adottare una gestione integrata del rischio con la partecipazione di tutti gli attori coinvolti per introdurre cambiamenti nella pratica clinica; realizzare un sistema di individuazione e correzione sistematica delle situazioni a rischio di errore e di danno.

Dalla ricerca, realizzata attraverso la tecnica dei focus group con la partecipazione di operatori, pazienti e familiari, emergono alcuni punti fermi: un atteggiamento positivo e fattivo da parte degli infermieri che non si limitano alla denuncia ma si attrezzano per combattere il rischio di errori; la necessità di non intervenire sull'errore compiuto ma di prevenirlo operando opportunamente sull'area degli errori mancati; garantire più adeguate condizioni di lavoro agli operatori per aumentarne il grado di soddisfazione e gratificazione. In effetti, la frequenza con cui si verificano gli errori appare direttamente collegata alla carenza di personale infermieristico, che nel Lazio

In effetti, la frequenza con cui si verificano gli errori appare direttamente collegata alla carenza di personale infermieristico, che nel Lazio (dove mancano almeno 4 mila infermieri negli organici di Aziende sanitarie e ospedaliere) è particolarmente drammatica. Di conseguenza, i doppi e tripli turni a cui il personale in servizio è costretto a sottoporsi per sopperire ai vuoti di organico accresce la stanchezza e aumenta il rischio di errore.

Dai lavori della Conferenza emerge con forza anche la necessità che i percorsi di alta specializzazione del personale infermieristico siano riconosciuti sul piano contrattuale e retributivo oltre che legislativo, come nel caso dei master clinici e della figura dell'esperto clinico. Ad oggi, infatti, al grande impegno mostrato dalla categoria sul fronte formativo non ha corrisposto un adeguato riscontro contrattuale ed economico.

La due-giorni di studio si è chiusa con una tavola rotonda a cui hanno partecipato i senatori Cesare Cursi e Paola Binetti, l'onorevole Domenico Di Virgilio, il consulente del Ministero della Salute Saverio Proia, il rappresentante di "Cittadinanza Attiva" Antonio Ferraro, l'assessore alla Sanità della Regione Lazio Augusto Battaglia e il presidente del Collegio IPASVI di Roma Gennaro Rocco. Ne è emerso un impegno unanime ad operare affinché il sistema di prevenzione degli errori in sanità sia adottato in ogni struttura di cura, mentre la Regione Lazio ha assicurato interventi rapidi per arginare la grave carenza di infermieri. Da questi ultimi si è levato inoltre un pressante invito al nuovo Parlamento affinché sia calendarizzata e approvata al più presto la riforma degli Ordini professionali, con la trasformazione dei Collegi IPASVI in Ordini degli Infermieri e con l'istituzione di nuovi Ordini per le figure sanitarie che ancora ne sono sprovviste. Un invito che i parlamentari presenti hanno raccolto, assicurando il loro diretto interessamento.

«La Conferenza di Roma ha offerto un vasto scenario della competenza specifica sviluppata dagli infermieri in chiave attuale e futura – commenta il presidente del Collegio IPASVI di Roma, Gennaro Rocco - Ha fornito una preziosa occasione di confronto con i colleghi dei Paesi a sanità più avanzata, comparando modelli assistenziali diversi e misurando su scala mondiale la crescita professionale degli infermieri italiani. Questi rappresentano oggi le principali "sentinelle anti-errore", conoscono in profondità il problema e si sono attrezzati per combatterlo. Ciò che chiedono è di essere messi nelle condizioni di poter operare al meglio, nell'interesse primario della collettività». Il prossimo numero di "Infermiere Oggi" dedicherà un inserto speciale alla III Conferenza Internazionale del Sapere Infermieristico proponendo un ampio resoconto dei lavori.

Sul prossimo numero di "Infermiere Ipasvi" Focus sulla Conferenza



COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA

Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma - Metro Ottaviano Tel. 06.37511597 r.a. - Fax 06.45437034 e.mail: collegio@ipasvi.roma.it Televideo Rai3 Pag. 439 - www.ipasvi.roma.it

Nuovo orario Gli orari di apertura degli uffici sono i seguenti: Lunedì, Giovedì 8,30-12.30 e 14,30-17,00 Martedì, Mercoledì, Venerdì 8,30-12,30