



Periodico del Collegio Infermieri Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia della Provincia di Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B
40138 Bologna
Tel. 051/393840 - Fax 051/344267

Orari uffici

Lunedì - Mercoledì ore 9-12

Martedì - Giovedì - Venerdì ore 14-17

Negli altri orari è in funzione la
segreteria telefonica

E-mail: info@ipasvibo.it

bologna@ipasvi.legalmail.it

Sito Internet: www.ipasvibo.it



IPASVI

PROFESSIONE *Infermiere*

SOMMARIO

EDITORIALE

Dopo il XVI Congresso Nazionale IPASVI pag. 1

PROFESSIONE

Il XVI Congresso della Federazione Nazionale pag. 2
Collegi IPASVI: visto e narrato in sintesi.
Bologna, 22 - 23 - 24 marzo 2012

Sig.na C. Ferri - Dott. Pietro Giurandella

XVI Congresso della Federazione Nazionale pag. 11
Collegi IPASVI - Il gazebo dei Collegi
dell'Emilia Romagna - Sig. Giovanni De Luca

Recupero crediti contributivi da parte di ENPAPI pag. 11

Il Commercialista risponde alle domande degli pag. 12
Infermieri e Assistenti Sanitari liberi professionisti
Dott. Paolo Frascari

Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Roma pag. 12
Lettera prot. P-1194/III.01 "Infermiere volontarie CRI"
Dott.ssa Annalisa Silvestro

Assicurazione Copertura HIV - Epatite e Infortuni pag. 13
Dott.ssa Silvia Morselli

Convenzione Infortuni Pro.Me.Sa. pag. 14
Dott.ssa Silvia Morselli

Rinnovi adesioni alla convenzione pag. 16
assicurativa IPASVI

Rinnovi per annualità 30/04/2012 - 30/04/2013

Lettera aperta a tutti i professionisti sanitari iscritti pag. 16

all'Albo del Collegio IPASVI di Bologna "Equipollenza/
equivale alla Laurea triennale dei titoli di Infermiere -
Infermiere Pediatrico (già Vigilatrice d'Infanzia) -
Assistente Sanitario, conseguiti in base alla normativa
anteriore al Dlgs n. 502/1992"

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

NORMATIVA

Intesa 22 febbraio 2012 - Suppl. G.U. 12/03/2012 n. 47
"Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno
2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province
Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante:
Piano Nazionale Prevenzione vaccinale 2012 - 2014"

INSERTO PAGINE CENTRALI

FORMAZIONE

XXVI Convegno Regionale - Corso di Formazione pag. 18
Continua "Integrazione professionale e continuità
assistenziale" Il contributo degli Infermieri
Bologna - 17 maggio 2012

Sala Europa - Palazzo dei Congressi - Programma

Scheda di iscrizione al XXVI Convegno Regionale pag. 21
IPASVI Emilia-Romagna

**N.R. I programmi relativi ai Corsi di formazione continua
ECM saranno presenti nel sito www.ipasvibo.it e nella
Rivista "Professione Infermiere n. 2/2012" pubblicata nel
mese di settembre 2012**

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

"L'importanza della formazione nella realizzazione pag. 23
di cure palliative di qualità"

Dott.ssa Giuliana Nepoti

Dott.ssa Antonella Montanari

"La tubercolosi ed i dispositivi per la prevenzione. pag. 29
della malattie infettive contagiose."

Dott. Gianfranco Bocchi - Dott. Antonio Gramaglia

AGENDA pag. 32

PROFESSIONE INFERMIERE PERIODICO DEL COLLEGIO I.P.A.S.V.I. DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Distribuzione gratuita

SPED. IN A.P. ART. 2 COMMA 20/C

L. 662/96 FILIALE DI BO

REG. TRIBUNALE DI BOLOGNA N. 5729
del 20/04/1989

PUBBLICAZIONE TRIMESTRALE

ANNO XXIV - N. 1 - APRILE 2012

Editoriale

Dopo il XVI Congresso Nazionale IPASVI

Dal 22 al 24 marzo si è svolto a Bologna il XVI Congresso organizzato dalla Federazione Nazionale IPASVI che ha visto la partecipazione di oltre 4.000 infermieri provenienti da tutta Italia.

Un evento straordinario quindi in sé, per il numero di partecipanti, la qualità delle relazioni, la ricchezza delle riflessioni e delle progettualità future elaborate in quella sede e di cui riportiamo gli aspetti più salienti all'interno di questo numero della rivista (a cui rimando naturalmente per il giusto approfondimento), ma un evento straordinario anche perché ha coinvolto, insieme a noi professionisti, l'intera città di Bologna che lo ha ospitato.

Come "padroni di casa" abbiamo partecipato alla gestione del punto informativo allestito nella centralissima via Rizzoli, abbiamo incontrato tanti colleghi, condiviso con loro la certezza di un percorso che viene da lontano e che ci porterà lontano, la gioia di sentirci parte integrante di una comunità professionale che, sorridente anche dai manifesti posti sugli autobus, ha testimoniato la sua dinamica presenza nel contesto sociale.

Una presenza nel sociale, la nostra, tangibile nei giorni del Congresso a Bologna ma non solo lì secondo i risultati di un'indagine sulla figura dell'infermiere e la considerazione degli italiani nei nostri confronti presentata da Carla Collicelli, vice-direttore del Censis, al Congresso

Direttore responsabile
MARIA GRAZIA BEDETTI

Redazione
CONSIGLIO DIRETTIVO

Editore
COLLEGIO IPASVI - BOLOGNA

Impaginazione e stampa:
GRAFICHE BIME s.r.l. - Molinella (BO)

(informazioni più dettagliate sul sito della Federazione IPASVI, www.ipasvi.it).

Secondo tale ricerca infatti, i cittadini che hanno avuto modo di incontrarci nei loro percorsi di vita (75,2%), giudicano ottima o buona l'attività da noi svolta, di noi apprezzano le capacità tecnico-professionali (55,6%), ma anche la capacità di relazionarci con assistiti e loro familiari (51,2%), la cortesia e la gentilezza (44,7%). Del resto, le cose più importanti che si aspettano da noi, quando ci incontrano nei diversi contesti sanitari, sono la capacità di creare un buon clima relazionale e l'attenzione agli aspetti psicologici e umani (per il 66%), la capacità di dare spiegazioni e informazioni (25,5%).

In fondo – ha concluso il vice direttore del Censis al Congresso *“in una sanità troppo spesso al centro di bufere mediatiche per casi di mala-sanità, l'infermiere è oggi un protagonista positivo che molto può dare alla sanità del futuro”*.

Questioni entrambe, la soddisfazione dei cittadini per le cure da noi attualmente erogate e per le nostre potenzialità future, che ci rendono orgogliosi del cammino fatto come comunità professionale e ci stimolano a continuare ad essere propositivi, offrendo al sistema sanitario e al Paese il nostro contributo di cultura e progettualità.

La rivoluzione normativa del secolo scorso, la formazione in Università, il riconoscimento di uno specifico paradigma scientifico di riferimento alla pratica da parte del mondo accademico, l'impegno diffuso e quotidiano a trovare nuove e più appropriate modalità di risposta ai nuovi bisogni di assistenza dei cittadini attraverso la ricerca e la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi, la garanzia di una qualificata collaborazione e integrazione con gli altri professionisti sanitari, sono alcune delle tappe del cammino che ci ha portato qui e che ben conosciamo.

Ora lo riconoscono anche i cittadini che di questa evoluzione apprezzano i risultati non solo sul piano della competenza tecnica, ma anche su quello della relazione, riconoscendoci, e aspettandosi da noi quando ci incontrano, la capacità di farci carico dei loro molteplici bisogni e

non solo delle loro malattie.

A partire da questo, per quanto riguarda il futuro, coerentemente con l'ipotesi della d.ssa Collicelli di una necessaria, opportuna valorizzazione del paradigma assistenziale infermieristico per migliorare la qualità dell'assistenza nel nostro Paese, abbiamo condiviso in sede congressuale, ma confermiamo anche ora, il nostro comune impegno perché vi sia un nostro costante e positivo riposizionamento in campo formativo, organizzativo e assistenziale, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Tra i temi che ci poniamo come obiettivi per i prossimi anni l'orientamento dell'assistenza nel territorio secondo le logiche dell'infermieristica di famiglia, dell'integrazione socio-sanitaria, la ridefinizione ed il riconoscimento del ruolo degli infermieri per la presa in carico e la continuità assistenziale nei diversi contesti di cura (ospedale, domicilio, residenze assistite, ambulatorio infermieristico e specialistico, PS, ecc..).

Su questo specifico tema, come Collegi della Regione Emilia-Romagna, abbiamo deciso di organizzare il nostro XXVI Convegno che si terrà a Bologna il 17 maggio 2012, nell'ambito della “18 Mostra Internazionale al Servizio della Sanità e dell'Assistenza” (il programma dettagliato e le modalità di partecipazione sono riportate più avanti in rivista)

Con tale iniziativa intendiamo dare evidenza ai cambiamenti intervenuti all'interno del sistema di cure territoriali della Regione Emilia Romagna dopo la Delibera 427/2009 *“Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008 – 2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali”* e delineare, con contributo dell'Assessore Regionale alle Politiche per la Salute e di altri eminenti relatori tra cui due colleghe provenienti rispettivamente dall'Olanda e dalla Spagna, come l'impegno e le competenze degli infermieri che operano in quest'area possono influire sulla qualità delle cure offerte in termini di soddisfazione degli assistiti, risultati di salute ed efficienza dell'intero sistema.

Vi aspettiamo numerosi.

Maria Grazia Bedetti

PROFESSIONE

• ***Il XVI Congresso della Federazione Nazionale Collegi IPASVI visto e narrato (in sintesi) Bologna, 22 - 23 - 24 marzo 2012***

***Cleopatra Ferri
Pietro Giurdanella***

Già il titolo del Congresso *“Professionisti nel cuore del futuro”* e il sottotitolo *“La forza di una nuova cultura per il sistema salute”*, intercalati dalla parola *“Infermieri”* faceva pensare ad un evento congressuale molto importante che, per quanto fosse stato possibile, doveva essere vissuto. E così è stato.

I lavori delle tre giornate, 22 - 23 - 24 marzo 2012, hanno proposto temi significativi a conferma della costante progressione del ruolo svolto dagli infermieri nel nostro Paese e, in particolare, il Congresso ha dato lo stimolo alla prosecuzione dello sviluppo della professionalità che a partire dal miglioramento culturale, si concretizzi nell'organizzazione, gestione e attuazione dei processi assistenziali intensi nell'ottica della prevenzione, della cura, della riabilitazione ovunque essi siano erogati. Il filo conduttore di questi fondamenti della professione infermieristica è come sempre la deontologia e, al centro, la persona di cui ogni infermiere si prende cura.

Ma andiamo con ordine.

L'apertura del Congresso con il benvenuto ai partecipanti della Presidente Maria Grazia Bedetti a cui ha fatto seguito il canto del nostro Inno Nazionale è stato un momento particolarmente toccante. Qualcuno si chiederà perché l'Inno Nazionale. La risposta è semplice, perché l'Inno ci unisce tutti e, sia pure un po' retoricamente, quei tutti siamo e sono i cittadini di cui gli infermieri si prendono cura per mantenere la salute, assistere nella malattia e nella sofferenza.

La relazione introduttiva della Presidente Nazionale, Annalisa Silvestro, viene qui proposta per l'importanza della stessa nello stato attuale e futuro del Sistema Sanitario del nostro Paese e per il ruolo, che in esso, dovrà sempre più esprimere la professione infermieristica.

Segue a pag. 9

Relazione introduttiva della presidente Annalisa Silvestro

“Care Colleghe, Colleghi e Amici grazie per essere venuti anche quest’anno così numerosi al nostro Congresso Nazionale.

Un Congresso che cade ancora una volta in una situazione molto particolare per la sanità italiana.

ATTORNO A NOI

In copertina c’è senz’altro la crisi.

Una crisi economica internazionale che coinvolge tutti i Paesi europei e tra questi certamente l’Italia. Una crisi alla quale questo Governo, come il precedente, ha risposto con provvedimenti importanti di contenimento della spesa pubblica e in questa è inserita, ovviamente, anche la spesa sanitaria.

L’insieme delle manovre messe a punto dal Governo Berlusconi, e confermate nelle sue disposizioni anche dal Governo Monti, incidono sulla sanità pubblica per circa otto miliardi di euro da qui al 2014.

Quegli ulteriori otto miliardi vanno ad aggiungersi ai tagli che erano già stati decisi negli anni precedenti e la situazione complessiva che ne deriva ha indotto i Presidenti di tutte le Regioni italiane – da Nord a Sud, quelle governate dal centro-destra e quelle governate dal centro-sinistra – a dire che la sanità pubblica potrebbe arrivare a un punto di non ritorno.

Ma cosa può significare un “non ritorno” per la nostra sanità pubblica?

Non ci sono molte analisi da fare per capire cosa potrebbe accadere se anche le Regioni fino ad oggi considerate virtuose – cioè con i conti in pareggio, con servizi efficienti e con un accettabile livello di soddisfazione dei cittadini – andassero in crisi come è successo a quelle che vivono la durezza dei piani di rientro.

Se anche le Regioni considerate virtuose come la Lombardia, il Veneto, l’Emilia Romagna e la Toscana – tanto per indicare le più citate – dovessero prendere atto di non essere più in grado, per mancanza di adeguati finanziamenti, di garantire gli attuali livelli di assistenza con carichi di lavoro sostenibili per i propri operatori, non potrebbero che prendere un’unica strada: diminuire l’offerta sanitaria e razionare i servizi.

Il che significa non solo ridimensiona-



mento o riconversione degli ospedali, ma anche diminuzione delle prestazioni e delle attività sanitarie.

Razionamento, infatti, significa dire: meno prestazioni, minore o addirittura nessun ammodernamento strutturale e tecnologico, inasprimento delle situazioni lavorative a causa del blocco del turnover e poche possibilità negoziali nella contrattazione decentrata.

Un “fermo di sostanza” dell’intero sistema in una situazione già pesantemente in affanno e che delinea davvero la possibilità di giungere al già richiamato “punto di non ritorno”.

È evidente che, alla luce di questi elementi, la definizione del nuovo Patto per la Salute – che dovrà essere sancito entro il prossimo 30 aprile – sia particolarmente difficile perché non potrà occuparsi solo di razionalizzazione della rete territoriale, di riammodernamento degli ospedali, di sviluppo delle politiche di prevenzione o di altri provvedimenti di carattere generale legati alla programmazione.

Questa volta il Patto per la Salute dovrà farsi carico di quegli ulteriori otto miliardi che mancano all’appello.

Ed è possibile, di conseguenza, che per superare quel “gap” vengano introdotti nuovi ticket, definite nuove modalità di erogazione del farmaco e nuove discipline per gli acquisti dei dispositivi medici, dei beni e servizi e anche, forse, ulteriori e nuovi interventi sul personale.

Insomma una partita complessa e difficile che mi porta a chiedere a me stessa e a tutti voi: ha senso reale che

la sanità venga vista solo come un costo o ci sono elementi oggettivi che possono farla vedere anche come un volano di sviluppo per il Paese?

La nostra sanità garantisce ogni giorno assistenza a tutti gli italiani, offre sostegno a chi ne ha bisogno, contribuisce a mantenere coesione sociale, è un luogo di elaborazione di saperi e di innovazione ed è un comparto produttivo di beni e servizi.

Un dato: se da un lato la spesa sanitaria pubblica incide attorno al 7% del PIL, contemporaneamente la sanità con tutto il suo insieme di variegate attività, fornisce quasi il 13% del prodotto interno lordo.

Mi pare evidente, quindi, che la sanità non è solo un costo, anzi.

Il saldo tra quanto costa in termini di spesa pubblica e quanto produce in termini di ricchezza per il Paese, è decisamente in attivo.

Visti i dati, mi aspetterei dal Governo e da tutta la classe politica l’inserimento della sanità nell’agenda delle iniziative di promozione in quanto ritenuta una delle grandi questioni nazionali in cui ci deve essere rilancio delle infrastrutture, degli investimenti e della ricerca per contribuire in tal modo alla promozione della crescita, al sostegno dell’occupazione e della produttività.

La tecnologia italiana nella realizzazione dei grandi ospedali, infatti, resta all’avanguardia a livello internazionale come pure la nostra ricerca in campo clinico e assistenziale che presenta condizioni eccezionali per competenza, know-how, distribuzione sul territorio e capacità di fare équipe.



E non voglio dimenticare la capacità e la forza d'intenti che la sanità ha dimostrato, rispetto ad altri settori pubblici: ha messo in discussione le proprie scelte, si è rinnovata nella gestione e nell'organizzazione e ha ridefinito spazi e ambiti evolutivi.

Comunque e in ogni caso, dobbiamo chiederci quale scenario si prospetta per il prossimo futuro dei servizi sanitari anche alla luce dell'attuale contesto economico e sociale.

Al di là di qualsiasi ragionamento ed analisi, è indubbio che il tema della sostenibilità, e cioè della capacità di continuare a garantire un Servizio Sanitario universale, solidale e di qualità in tutto il Paese, si pone oggi con ancora maggiore attualità di quanto non sia avvenuto negli anni passati.

E qui credo sia davvero opportuno fare una profonda e intellettualmente onesta disamina.

In molti dibattiti e in altrettante numerose analisi che tutti ascoltiamo sui "mali", sui "problemi" e sulle "ricette" risolutive che riguardano la sanità, spesso si sente affermare da esperti di diversa estrazione e formazione culturale e politica, che non sarà più possibile o meglio, che non possiamo più permetterci di dare "tutto a tutti" e che il sistema deve diventare "più leggero".

Il "tutto a tutti" è un concetto chiaro e suggestivo ma, voglio permettermi di affermare, molto demagogico.

Credo sia bene capirci: intanto non è vero che si dà "tutto a tutti".

Riflettiamo su ciò che sta dietro al "tutto".

In Italia la garanzia costituzionale del diritto alla salute prevede che vi

sia una lista di livelli essenziali di assistenza, i famosi LEA, dove non c'è "tutto". Ci sono le prestazioni e i servizi che sono stati ritenuti essenziali per la tutela della salute.

E quei livelli di assistenza possono essere rivisti – e sappiamo che abbastanza presto verranno rivisti – e riadattati ai bisogni emergenti della popolazione.

È pertanto possibile che all'interno dei futuri LEA, non ci saranno più alcune prestazioni che ci sono attualmente, perché ritenute non più essenziali.

Si vede bene, quindi, che dietro al "tutto" ci stanno cose ben diverse da quelle comunemente sbandierate.

Vediamo ora cosa analizzare rispetto al "a tutti".

Sì. In Italia il Servizio Sanitario Nazionale garantisce a tutti i cittadini le prestazioni previste dai LEA. Riflettiamoci però; ciò avviene perché "tutti" i cittadini, secondo le loro possibilità e proporzionalmente ad esse, finanziano il Servizio Sanitario Nazionale.

Il Servizio Sanitario non è finanziato da un signor "nessuno": è finanziato dai cittadini italiani che ne sono, in quanto tali, i titolari e i primi proprietari.

Per il Servizio Sanitario spendiamo meno di altri Paesi europei e otteniamo migliori risultati.

Il vero dato è che, semmai, il Servizio Sanitario è sotto finanziato perché non possiamo metterci altri soldi, anzi. E non possiamo permetterci di metterci altri soldi perché una parte degli italiani non contribuisce secondo le sue reali possibilità al sostenta-

mento del Servizio Sanitario, evadendo le tasse.

Il dato vero non è che spendiamo troppo per il Servizio Sanitario Nazionale: il dato vero è che spendiamo male. C'è tanta cattiva gestione, doppioni, mantenimento di strutture scorrelate ai bisogni veri, inappropriata, arroganza organizzativa e quant'altro ben conosciamo.

Si abbia il coraggio di tagliare lì, per dare forza e vita vera nella sua interezza ad un sistema che i cittadini italiani vogliono - e lo rileviamo continuamente - pur con una grande libertà nei modi di erogare e di gestire i servizi offerti.

Quindi parlare di "tutto a tutti" può ingenerare e ha ingenerato, più o meno volutamente, equivoci che è bene sgombrare subito dal campo della riflessione e del dibattito.

*Voglio però ritornare al vero punto: ossia la **sostenibilità** o meno dell'attuale Servizio Sanitario Nazionale.*

Certamente la sanità – anche una sanità ben organizzata e appropriata nelle risposte – è destinata a veder crescere le proprie necessità finanziarie; e questo sembra essere un elemento, non solo nazionale, sul quale tutti concordano.

Crescerà il costo dell'innovazione, che si spera possa portare a farmaci sempre più efficaci e a tecnologie e terapie cliniche ed assistenziali sempre più appropriate e pertinenti.

Cresceranno i bisogni della gente come conseguenza di una straordinaria evoluzione demografica, perché viviamo sempre più a lungo ma anche, inevitabilmente, accompagnati dalla cronicizzazione di molte malattie.

Malattie che non sono più mortali ma certamente invalidanti e che producono il bisogno di un'assistenza estensiva e continuativa.

Se questo è quanto, potremo continuare a far fronte ai costi che ne deriveranno?

E ancora: il finanziamento attualmente erogato grazie alla fiscalità generale, nazionale e locale, potrà essere ancora sufficiente o dovranno essere trovate altre strade, incrementando, ad esempio, forme di copayment, di partecipazione del privato con programmi di project financing oppure sviluppando forme di assistenza integrativa con cui garantire le risposte che il Servizio Sanitario non riesce a garantire completamente?

In tutte queste fondamentali questioni, sulle quali è necessario aprire

una vera, profonda e trasparente discussione, noi dobbiamo farci coinvolgere e sentirci coinvolti sia per il contributo che la nostra esperienza e la nostra cultura possono portare al dibattito e alle relative decisioni, sia per verificare se costituiscono ancora punto di riferimento tre principi per noi fondamentali e che, non a caso, sono inseriti anche nel nostro Codice Deontologico.

Mi riferisco ai principi di universalità, equità e qualità.

Il nostro pensiero

Noi continuiamo a ritenere che il Servizio Sanitario Nazionale debba essere universale; ossia rivolto a tutti i cittadini a cui va mantenuto il diritto di avere un equo accesso a prestazioni e servizi che vorremmo fossero di qualità omogenea in ogni Regione del Paese.

L'aver una sanità pubblica - e ancora di più in un momento, come l'attuale, di forte crisi economica - è una garanzia.

La sanità pubblica è diritto di cittadinanza, è una rete che può funzionare, anche se indirettamente, da ammortizzatore sociale ed è una forma rilevante di tutela.

Rimane però sul tavolo una grande questione che si intreccia col tema della sostenibilità e che, a mio avviso, ha una sua valenza, indipendentemente da altre considerazioni.

È la grande questione del governo o meglio, come si usa dire oggi, della governance del sistema salute.

È indubbio che in tutti questi anni, dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale ad oggi, si siano articolate e sviluppate molteplici tipologie di gestione e di organizzazione dei servizi.

E questo non è strano, anzi.

Le diverse modalità di affrontare l'organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria, se ben governate, possono diventare ricchezza di conoscenza e scambio virtuoso di esperienze in nome delle buone pratiche.

Però in questo ambito c'è ancora molto da fare.

Soprattutto sul piano dell'efficienza, ossia sul piano del rapporto costi-benefici, che troppo poco viene esaminato nelle sue diverse articolazioni.

L'innovazione sanitaria è una delle caratteristiche del sistema salute e l'innovazione non può essere solo nelle terapie farmacologiche o nelle terapie chirurgiche.

L'innovazione ha un suo forte peso anche nelle modalità dell'assistenza, nelle modalità con cui viene orga-

nizzato un reparto o un servizio ospedaliero, nelle modalità con cui viene organizzata la medicina e l'assistenza territoriale, nelle modalità con cui vengono gestite e orientate le diverse professionalità che operano nel Servizio Sanitario Nazionale.

In questo senso noi infermieri abbiamo molto da dire: ci riteniamo, infatti, portatori di una ricca e peculiare cultura.

È dimostrato che dove la professione infermieristica è stata valorizzata appieno, il sistema funziona meglio, ci sono maggiori sinergie tra i diversi professionisti e tra le équipe. È più armonico il rapporto tra struttura e cittadino e scorrono meglio le molte dinamiche sottese all'erogazione dei servizi.

Eppure, il riconoscimento dell'infermiere come una delle figure di spicco nel Servizio Sanitario, arranca, stenta ancora ad affermarsi.

tiche e supposte primazie, modelli organizzativi più che datati e si vuole, ostinatamente, continuare a sostenere che l'unica vera professionalità sanitaria è quella espressa dal medico:

- forse perché non si considera o si vuole misconoscere l'evoluzione formativa e professionale degli infermieri;
- forse perché si vuole ostinatamente insistere nel dubitare che esistano una Disciplina e una Scienza Infermieristica;
- forse ancora perché non si vuole dare atto dell'efficacia, pertinenza e appropriatezza dell'azione infermieristica su specifici e fondamentali aspetti di tipo curativo e assistenziale.

Ma il mondo va avanti.

L'attualità

Stiamo interagendo e lavorando su alcuni tavoli tecnici attivati dal Ministero della Salute in cui è strutturata,



Barbara Mangiacavalli, Gemaro Rocco, Annalisa Silvestro con il Ministro Renato Balduzzi e Franco Vallicella

E dove si afferma, sembra quasi che ciò avvenga non tanto come conseguenza di una rilevata, scientemente scelta e utilizzata potenzialità culturale e professionale, ma quasi come conseguenza di qualcosa di inarrestabile, inevitabile e a cui possono anche non seguire riconoscimenti di ruolo, di funzioni e di prerogative professionali.

Ma il dato su cui ancora e di più dobbiamo riflettere è quello delle realtà - e purtroppo non sono poche - dove le potenzialità della nostra professione non vengono né rilevate, né considerate.

Forse perché in quei luoghi, e anche in tanti altri esterni ai luoghi di cura e assistenza, si vogliono mantenere an-

ovviamente, anche la presenza delle Regioni.

Pare si voglia davvero definire e condividere una diversa ed evoluta rappresentazione dell'Infermieristica, dei suoi contenuti professionali e delle competenze che potranno agire nel prossimo futuro gli infermieri, anche delineando specifici e ulteriori interventi formativi.

Interventi formativi però, e noi siamo fermamente schierati su questo, impostati su base disciplinare infermieristica; correlati a processi e percorsi in aree di bisogno assistenziale in cui la nostra cultura e operatività ha già dimostrato, e potrà ancora di più e strutturalmente dimostrare, efficacia nell'intervento, efficienza nelle



modalità di risposta ed eccellenza nei risultati.

Non è facile stare a quei tavoli: bisogna combattere con stereotipi, superare resistenze, minimizzare paure.

Non so se può essere di giovamento per superare quelle resistenze e minimizzare quelle paure, affermare in maniera forte, chiara e pubblica che non rientra nei nostri obiettivi e non è nostra ambizione togliere ruoli e funzioni professionali – **realmente specifiche** – ad altri.

Noi vogliamo approfondire ed innovare i ruoli e le funzioni che abbiamo, che il nostro percorso formativo e di professionalizzazione ci disegna e che **l'evolversi scientifico, epidemiologico, socio economico e fattuale ci richiede**.

Nei confronti di resistenze e fantasmagoriche paure, il nostro atteggiamento sarà quello di sempre: pacata fermezza e decisa volontà.

Oltre al mondo, anche noi andiamo avanti.

Saremo conseguenti ad una sana determinazione: dare risposte assistenziali solide, certe, sicure ed evolute a tutti coloro che ci coinvolgono come liberi professionisti o che utilizzano i servizi sanitari in cui siamo diuturnamente inseriti.

Ma anche se riuscissimo, e ci fosse una presa d'atto delle innovate competenze infermieristiche e dei risultati ottenuti attraverso la loro proattiva declinazione nei servizi sanitari, dovrà parimenti esserci una nostra, corale e orgogliosa, spinta in avanti.

Una spinta in avanti basata sulla consapevolezza di quello che abbiamo costruito in questi ultimi decenni e che ci ha permesso di conquistare

traguardi quasi insperabili in ambito assistenziale, formativo e gestionale.

Una spinta che ci ha permesso di professionalizzare il nostro lavoro, qualificare i percorsi di cura e dare palese e oggettiva dimostrazione del nostro status di professionisti della salute.

E la consapevolezza di quello che siamo stati capaci di fare, deve continuare ad essere coltivata ed irrobustita, deve diventare intimamente nostra e deve connotarsi come un nostro segno distintivo.

E per questo il nostro agire non può che completarsi ed arricchirsi attraverso l'evidenza dei risultati raggiunti, la conquista della fiducia dei nostri assistiti, l'impegno costante affinché i cittadini percepiscano l'infermiere come un professionista a cui rivolgersi perché capace di dare loro risposte peculiari, specifiche, distintive e costantemente rimodulabili.

Per arrivare a tutto questo è fondamentale porre in essere azioni solide, rispettose, eticamente salde e armoniose nella modulazione delle relazioni.

Azioni improntate ad accompagnare le persone a vivere al meglio con le conseguenze di un disequilibrio di salute magari cronicizzato, ad aiutarle a raggiungere il massimo di autonomia e di proattività possibile.

Un terreno di vasto impegno in cui la rappresentanza professionale, ossia tutti i colleghi che hanno scelto di mettersi al servizio della collettività Infermieristica, dovrà agire nella consapevolezza di costituire un punto di aggregazione e di orientamento su diversi piani: quello delle relazioni, quello della comunicazione e quello del lavoro.

E quest'ultimo è un piano particolarmente importante, non tanto e non solo per quanto attiene la componente contrattuale, ma anche e soprattutto perché nel mondo del lavoro può fortemente definirsi ed essere declinato il riconoscimento della nostra specificità professionale ed essere valorizzato il peculiare contributo garantito dagli infermieri, **anche rispetto alle altre famiglie professionali sanitarie**.

Ed il riconoscimento della specificità e peculiarità del contributo garantito dagli infermieri è di particolare rilevanza perché ne può derivare il coinvolgimento nelle scelte aziendali per l'organizzazione del lavoro e dell'assistenza con definizioni coerenti e organiche alla tipologia dei diversi servizi e ai bisogni delle persone.

Ma oltre alla rappresentanza professionale, anche ognuno di noi dovrà fare la sua parte.

La cultura che abbiamo elaborato collettivamente e di cui ognuno di noi è portatore, può divenire ed essere considerata un valore aggiunto per il sistema e da cui il sistema può trarre linfa vitale per promuovere e realizzare una modernizzazione "etica" dei processi sanitari.

Il futuro

Nel corso di questo nostro XVI Congresso Nazionale vengono presentate le riflessioni, i saperi, i progetti e le sperimentazioni di cui è ricco il nostro gruppo professionale.

L'obiettivo dichiarato è quello di rilevare, insieme a coloro che ci accompagnano con modalità simpatetiche nel nostro viaggio, se il cammino intrapreso è fruttuoso e se su quella strada potremo davvero raggiungere orizzonti di luce.

Nelle relazioni congressuali presentate dai nostri colleghi emergerà quanto i contenuti espressi costituiscono e rafforzano la nostra cultura intesa come "...quanto concorre alla formazione dell'individuo sul piano intellettuale e morale e all'acquisizione della consapevolezza del ruolo che gli appartiene come singolo e come appartenente ad una collettività".

Ed alla nostra cultura vogliamo richiamarci per delineare i campi e i punti di riflessione e dibattito che dovranno accompagnarci da domani e aiutarci a compiere – insieme – le scelte migliori.

Si tratta di scelte che dovranno permettere ai giovani infermieri e agli studenti in Infermieristica di proseguire a testa alta nel viaggio intrapre-

so dalle nostre generazioni e con l'intima convinzione di far parte di una collettività professionale ricca di idee, valori e capace di effettuare processi di lavoro di qualità e di garantire risultati assistenziali di eccellenza.

Se l'Infermieristica è davvero centrale per il futuro del sistema sanitario – come non solo noi riteniamo – non possiamo sottrarci al confronto con tutti i soggetti che partecipano al sistema salute: ossia i cittadini, gli altri professionisti sanitari, gli stakeholder e gli opinion maker.

Recentemente ci sono stati momenti di tensione inter professionale che potevano portarci ad un deleterio scontro inter categoriale. Le tensioni erano conseguenti ad alcune sperimentazioni organizzativo-assistenziali innovative basate su una ridefinizione di competenze e responsabilità. Le azioni infermieristiche che ne derivavano sono state ritenute da alcuni medici esclusive e giuridicamente proprie.

In sintesi i colleghi infermieri impegnati in quei percorsi innovativi, abusavano di professione medica.

Parlo, e richiamo solo le situazioni più note, dei "fast track" e del "see & treat", su cui si è appuntata l'attenzione e su cui, parimenti, avrebbe dovuto calare la scure dell'ipotetico abuso di professione medica.

Ma sono sotto lente di ingrandimento anche i team PICC, l'Infermieristica perioperatoria, il case management territoriale, il counseling professionale, i servizi di consulenza infermieristica, l'assistenza di iniziativa, gli ambulatori infermieristici, l'Infermieristica di famiglia o di comunità, i reparti a gestione infermieristica, le piattaforme degenziali organizzate e gestite per complessità assistenziale infermieristica... e mi fermo qui.

La Federazione è stata più volte invitata a riflettere su quanto stava e sta accadendo, non tanto per quanto si sta facendo "oltre" nell'ambito delle prestazioni tecniche o per l'utilizzo di tecnologie ad ampio spettro o di devices tendenzialmente utilizzati da altri gruppi professionali, quanto sull'ampliamento di processi e di percorsi assistenziali su cui abbiamo assunto la piena, autonoma e responsabile gestione.

Ma qual è la paura? Forse la paura è che quanto sta avvenendo possa scardinare gli attuali equilibri nelle relazioni professionali e la mai discussa potestà organizzativa e gestionale di alcuni.

La scelta

Ma adesso noi ci troviamo di fronte ad un bivio.

Ciò che già ora facciamo utilizzando le nostre capacità tecnico-scientifiche – che si traducono anche, come prima dicevo, nell'effettuazione di prestazioni tecniche avanzate nell'utilizzo di tecnologie ad ampio spettro in ambito diagnostico e terapeutico – può costituire la base dell'attesa evoluzione e dell'ulteriore passo in avanti della nostra professione?

Oppure, dobbiamo considerare quella tipologia di prestazioni tecniche, ancorché necessitanti una importante preparazione, come attività complementari al "core" **dell'Infermieristica intesa come la capacità di rispondere ai bisogni che un disequilibrio di salute o una patologia conclamata producono sulla persona?**

Nel prossimo decennio l'anomalia della Sanità italiana che evidenzia un numero di medici per abitanti superiore alla media europea, verrà superata.

Il cosiddetto *shortage* dei medici impatterà inevitabilmente sull'andamento dell'intero sistema sanitario.

Qualcuno lancia grida di alta preoccupazione per la salute degli italiani. Qualcuno pensa che non ci saranno problemi perché si potranno utilizzare le competenze degli infermieri in quanto "... in fondo l'offerta sanitaria dovrà spostarsi verso la prevenzione e sul territorio. Questo consentirà di puntare, con effetti sicuramente positivi sia per la qualità dell'offerta che per il grado di copertura della domanda, sull'upgrading della professione infermieristica. Vale a dire sull'attribuire e riconoscere agli infermieri ruoli e funzioni che sicuramente sono in grado di svolgere con efficacia..."

E a questo secondo pensiero che punta sulla valorizzazione degli infermieri, diversi osservatori dell'andamento del sistema sanitario aggiungono una constatazione: dove gli infermieri hanno assunto ruoli e funzioni ricchi di responsabilità nell'area organizzativo-gestionale e didattico-formativa, sono stati raggiunti concreti risultati di razionalizzazione, pertinenza, innovazione, oltre che di riproducibilità, scientificità, culturalizzazione e ricerca.

Ma ancora.

Numerosi studiosi delle organizzazioni sanitarie discutono su come ammodernare l'organizzazione delle Aziende

de ospedaliere e su come dare corpo alle Aziende territoriali.

Tali studiosi, tra l'altro, ragionano sull'impatto che assume la dimensione "operativa" rispetto a quella "professionale" nell'efficientamento dell'organizzazione sanitaria in senso lato e dell'organizzazione ospedaliera specificamente.

Pare decisamente più produttivo, ad esempio, organizzare gli ospedali su due dimensioni distinte: da una parte le "piattaforme operative" ordinate per tipologie di processi assistenziali e dall'altra le tradizionali aggregazioni professionali, ossia basate sulle discipline cliniche.

Se passasse l'ipotesi dell'organizzazione per processi produttivi, ossia l'idea delle piattaforme operative, **noi infermieri saremmo i candidati naturali ad esserne i protagonisti e i gestori.**

Siamo, infatti, considerati forza competente, esperta oltre che prevalente dei processi produttivi ed in grado di realizzare nuove modalità organizzative legate finalmente non più alle discipline cliniche ma ai processi assistenziali.

Mi riferisco, ad esempio, all'organizzazione per livelli di complessità assistenziale o alla gestione di piattaforme tecnologiche per linee produttive prestazionali come, ad esempio, le piattaforme costituite dalle sale operatorie o le piastre ambulatoriali.

Ma allora, se questi sono alcuni dei principali elementi del dibattito in corso per quanto attiene il sistema salute del Paese e il nostro ruolo all'interno di tale sistema, qual è l'orientamento che pensiamo di voler assumere?

A quale componente connessa attualmente (Dm 739/94) alla nostra struttura professionale vogliamo dare prevalenza?

- A quella che ci instrada verso l'effettuazione di prestazioni tecniche o verso l'utilizzo di tecnologie ad ampio spettro, di devices, di emogasanalizzatori avanzati, di tecnologia miniaturizzata da adoperarsi al letto del paziente o a domicilio e di quant'altro rilevante per il buon andamento del processo diagnostico e terapeutico?
- A quella orientata al "core" dell'Infermieristica ovvero alla capacità **di rispondere ai bisogni** che un disequilibrio di salute o una patologia conclamata producono sull'assistito sviluppando e approfondendo altresì e contemporaneamente competen-

ze e capacità nella pianificazione, supervisione e verifica delle attività demandate agli operatori che supportano i processi di assistenza?

Le nostre scelte sono di primaria importanza perché ne conseguiranno decisioni che impatteranno fortemente sulle attività professionali, sulle azioni della Rappresentanza professionale in relazione alle richieste nei confronti dei gestori organizzativi e formativi e, cosa di indubbia rilevanza, sul ri-orientamento dell'intero sistema sanitario.

Quale organizzazione del lavoro ne deriverà?

Quali percorsi formativi saranno necessari e con quali obiettivi e contenuti?

Le decisioni progettuali

L'orientamento e le scelte, quali che siano, non potranno che scaturire da un dibattito forte, serrato e che tenga conto del fatto che intorno a noi tutto si muove rapidamente e che ci saranno spinte e pressioni opportunistiche. Il nostro profilo professionale ci offre ancora un forte sostegno per ogni tipologia di scelta e di orientamento che vorremo intraprendere.

Possiamo dare prevalenza all'ambito, che voglio definire semplicisticamente "tecnico", così come già indicato dal comma d) dell'art. 2 del Dm 739/94 "l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche".

Oppure dare prevalenza all'ambito assistenziale, che voglio definire "classi-

co", così come indicato dal comma b) e c) dell'art. 2 del Dm 739/94 "l'infermiere identifica i bisogni di assistenza Infermieristica e della collettività e formula i relativi obiettivi..." e "...pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico...". Ed in quest'ultimo ambito privilegiare la parte educativo-relazionale, demandando l'effettuazione dell'assistenza di medio bassa complessità agli Operatori socio sanitari e mantenendo la supervisione e la responsabilità del processo, così come già reso possibile dal comma e) ed f) dell'art. 2 del Dm 739/94 "l'infermiere agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali..." e "...per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto".

È evidente che all'orientamento che sceglieremo dovranno correlarsi azioni e un forte impegno perché vi sia un costante riposizionamento in ambito formativo, organizzativo e assistenziale sia in ambito ospedaliero, sia in ambito territoriale.

Ma è anche evidente:

- che le scelte dovranno derivare da un subitaneo e serrato dibattito che dovrà svilupparsi dentro e fuori la professione;
- che quelle scelte dovranno essere accompagnate e sostenute da uno strutturato progetto professionale;
- che il progetto professionale dovrà essere collettivo;
- che il progetto professionale dovrà essere attuato con l'impegno degli

infermieri tutti indipendentemente dalla funzione svolta e dallo specifico campo di operatività da ognuno.

E allora, in tutto questo, mi pare ineludibile la necessità di sostenere la nostra rappresentanza professionale e la trasformazione dei Collegi in Ordini che siano modernamente strutturati attraverso una ridefinizione dell'ordinamento giuridico in modo che possano avere sistematiche e istituzionali interlocuzioni in ogni luogo di decisione politica, organizzativa e formativa.

Nel frattempo i nostri attuali Collegi Ipasvi devono essere sostenuti e stimolati con una costante partecipazione alla vita professionale affinché:

- rafforzino le loro azioni;
- sostengano i professionisti iscritti ai loro albi;
- si rendano realmente garanti di fronte ai cittadini ed allo Stato della qualità, serietà, onestà e professionalità dei loro iscritti.

Insieme potremo far sentire la voce del nostro mondo ovunque:

in Parlamento, nei Ministeri, nelle Regioni, nelle Aziende, nelle Università.

Perché siamo consapevoli che le nostre non sono iniziative di rivendicazione corporativa, ma battaglie di civiltà e di progresso per fare grande la Sanità italiana e perseguire il bene dei cittadini. Tutti insieme ce la possiamo davvero fare!

Grazie dell'attenzione, un buon Congresso e un augurio di buon futuro a tutti!"

Annalisa Silvestro



Segue da pag. 2

I lavori congressuali sono successivamente entrati nel vivo e dal Prof. Umberto Veronesi, in audiovideo, abbiamo ricevuto, come sempre, messaggi di stimolo e di riconoscimento del ruolo espresso dagli infermieri nell'ambito dell'équipe curante come dichiarato nel decalogo dei diritti del malato da lui coniato, letto dal relatore e di seguito riportato:

- Diritto a cure scientificamente valide*
- Diritto a cure sollecite*
- Diritto ad una seconda opinione*
- Diritto alla privacy*
- Diritto a conoscere la verità sulla malattia*
- Diritto ad essere informati sulla terapia*
- Diritto a rifiutare le cure*
- Diritto ad esprimere le proprie volontà anticipate*
- Diritto di non soffrire*
- Diritto al rispetto della dignità*

Il Prof. Veronesi ha chiuso l'intervento con l'affermazione che gli infermieri devono salvaguardare questi diritti dei cittadini

La successiva tavola rotonda sul tema: *"I percorsi e i paradigmi della cultura infermieristica"* è stata di grande spessore sia per la qualità degli oratori che vi hanno partecipato sia per i contenuti espressi.

Riteniamo doveroso citare i relatori della tavola rotonda e precisamente i professori Evandro Agazzi – Epistemologo, Gianluca Favero – Antropologo – Professore a contratto Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie dell'Università degli Studi di Firenze; Edoardo Manzoni – Direttore Generale Istituto Palazzolo di Bergamo e Docente di Storia e Filosofia Infermieristica – Università Bicocca di Milano, e la nostra Presidente Nazionale Annalisa Silvestro. Questa parte congressuale, condotta con molta professionalità dalla giornalista Maria Concetta Mattei, peraltro molto preparata sui temi della professione infermieristica; ha trattato, da parte dei su citati relatori, sia i percorsi della nostra professione lungo gli anni della sua storia indi i modelli da perseguire nel contesto futuro affinché l'infermieristica e coloro che la professano siano riconosciuti nel reale valore e contributo che danno al benessere salute di tutti i cittadini tenuto conto dei risvolti che questo ha nell'intera società.

Della II giornata congressuale intitolata *"La cultura degli infermieri nei progetti e nelle sperimentazioni"* e

svoltasi in tre sessioni dedicate rispettivamente a:

"I contributi e le esperienze degli infermieri";

"I contributi e le esperienze degli infermieri pediatrici";

"L'esercizio libero professionale nell'attuale scenario socio-economico";

va detto che tutti i relatori infermieri che operano a diversi livelli sia organizzativi e/o formativi apicali, sia gestionali che di assistenza diretta hanno portato un qualificante contributo ai congressisti partecipanti alle singole sessioni, contributi presenti nel sito della Federazione Nazionale IPASVI sia in audio che video.

Nel pomeriggio della II giornata è stata tenuta un'altra tavola rotonda con relatori molto importanti che hanno trattato il tema: *"La cultura, le competenze e la responsabilità degli infermieri nella quotidianità assistenziale e nelle relazioni interprofessionali"*.

Il tema è stato trattato a più voci dai relatori di seguito citati ed ognuno ha espresso pareri che sinteticamente vanno collocati nell'ottica positiva già presenti nella relazione introduttiva della Presidente Nazionale Annalisa Silvestro.

I relatori della tavola rotonda sono stati i Professori:

- Giorgio Casati, Direttore Pianificazione strategica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore;
 - Silvio Brusaferrò, Professore ordinario di Igiene dell'Università degli Studi di Udine;
 - Lino Del Favero, Presidente Federazione-ANCI, Direttore Generale dell'ULSS 7 Veneto;
 - Francesco Moccia, Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato, Cittadinanzattiva;
 - Antonio Maria Leozappa, Avvocato, Docente di Diritto commerciale dell'Università degli Studi del Salento;
 - Antonio Panti, Presidente Ordine dei Medici di Firenze e Vicepresidente Consiglio Sanitario Regione Toscana;
 - Gennaro Rocco, Vicepresidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI.
- Nella II giornata abbiamo avuto il piacere di assistere all'intervento del Ministro della Salute, Renato Balduzzi, ed ascoltare le sue opinioni, altamente positive, sul presente e sul futuro del ruolo degli infermieri nel paese Italia. Il Ministro ha dichiarato che dopo tante discussioni e promesse è ora di agire e riconoscere agli infermieri la reale posizione che occupano nella sanità.

A conclusione del suo intervento il Ministro ha comunicato che la giornata mondiale della salute, celebrata ogni anno il 7 aprile, data di fondazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, quest'anno tratta il tema: *"Garantire una buona qualità di vita alle persone anziane"* e all'assemblea mondiale OMS è stata invitata per la prima volta la Presidente della Federazione Nazionale IPASVI Annalisa Silvestro.

La Presidente rappresenterà gli infermieri italiani e questo è motivo di grande soddisfazione.

Al termine del suo intervento il Ministro ha dichiarato: *"Credo che il Servizio sanitario nazionale debba dirvi grazie, gli italiani debbano dirvi grazie – ha detto il Ministro rivolgendosi alla grande, affollata sala plenaria del Congresso – e io stesso voglio ringraziarvi, ringraziando la Presidente Silvestro per aver accettato di far parte della delegazione italiana alla prossima Assemblea dell'Oms"*.

La IV ed ultima sessione dei lavori congressuali sul tema: *"Il contributo degli infermieri per l'innovazione sostenibile del sistema salute"*, ha toccato l'essenza, i valori, i principi, la responsabilità, la solidarietà, la cultura necessari e presenti nella professione infermieristica per contribuire ad un sistema salute innovativo e sostenibile.

I relatori, introdotti da Gennaro Rocco, hanno espresso concetti che riteniamo utile riproporre anche se in maniera sintetica poiché frutto di ascolto diretto.

Il Prof. Ivan Cavicchi, Docente di Sociologia dell'organizzazione sanitaria e di Filosofia della Medicina dell'Università degli Studi Tor Vergata di Roma, ha tenuto la prima relazione e prendendo spunto dalla relazione introduttiva di Annalisa Silvestro ha precisato come il futuro sia effetto del passato e del presente e come il futuro degli infermieri debba essere costruito tenendo conto delle circostanze.

L'affermazione successiva è stata la necessità di mettere al centro del sistema salute la relazione e quella interprofessionale in particolare definendo questo aspetto come una ausiliarità reciproca. Inoltre poiché il Sistema Sanitario è ed ha una prospettiva complessa è necessario mettere in campo una contro prospettiva fatta di idee, di pensieri da tradurre in azioni e ancora, poiché nella programmazione sanitaria gli operatori sono un punto debole, essi devono diventare "autori" in possesso di competenze e con assunzione di

responsabilità, devono costruire interconnessioni assumendo funzioni complesse ed uscire dal ruolo di "compitieri".

Quindi il contributo che possono dare gli infermieri al sistema salute è quello di essere autori.

La Prof.ssa Nerina Dirindin, Docente di Economia sanitaria dell'Università degli Studi di Torino e Coripe Piemonte, ha riaffermato che il sistema sanità è strettamente connesso con il sistema sociale quindi per garantire il benessere delle persone questi due sistemi devono essere integrati e anche nell'attuale crisi economica vanno conservati e salvaguardati i principi fondamentali del sistema sanitario. Ciò non significa che non si deve cambiare, ma non si deve superare l'universalismo attuale di garanzia delle cure sanitarie a tutti i cittadini.

Il rischio del superamento della garanzia delle cure è legato alla richiesta di sempre maggiori risorse a scapito della qualità e alla richiesta di ulteriori ticket, per cui vanno utilizzate meglio le risorse disponibili e questo è un principio etico oltre che economico.

La Dott.ssa Carla Collicelli, Vicedirettore Generale Fondazione Censis, ha presentato i risultati di una ricerca che conferma come la professione infermieristica sia sempre più in ascesa e giudicata attraente dall'84,2% degli italiani che incoraggerebbe il proprio figlio a fare questa scelta.

Il 76,6% dichiara inoltre che la professione infermieristica ha un alto valore sociale.

Inoltre tre italiani su quattro (75,2%) che hanno avuto rapporti diretti o indiretti con gli infermieri, giudicano ottima e buona l'attività da loro svolta e ritengono che l'infermiere svolga un ruolo positivo nella sanità attuale e diventerà uno dei principali protagonisti in quella futura, affermazione del 90% degli intervistati.

La Dott.ssa Antonietta Santullo ha puntato la sua relazione sulla necessità dello sviluppo culturale degli infermieri definendola patrimonio dell'innovazione sostenibile del sistema sanitario. Le citazioni di studiosi che hanno scritto sull'importanza della cultura per coloro che esercitano una professione al servizio della persona sono state molto interessanti e hanno dimostrato quanto sia necessario sviluppare la formazione continua con l'obiettivo di un costante sviluppo culturale per tutti i professionisti infermieri.

Al termine dei lavori, la Presidente Nazionale Annalisa Silvestro ha presen-

tato e letto la mozione conclusiva del XVI Congresso Nazionale IPASVI, che approvata all'unanimità dall'assemblea congressuale è stata consegnata all'Assessore alla Sanità del Comune di Bologna e inizierà il suo percorso nelle sedi istituzionali del nostro Paese, mentre ciascun infermiere è e sarà impegnato a far sì che ai contenuti della mozione siano date risposte positive.

Mozione conclusiva

Gli infermieri italiani, riuniti a Bologna dal 22 al 24 marzo 2012 per il XVI Congresso Nazionale della Federazione dei Collegi Ipasvi, consapevoli del loro essere professionisti della salute e dell'assistenza, a cui ogni cittadino e ogni assistito può rivolgersi in un rapporto diretto e deontologicamente strutturato:

si impegnano: al rafforzamento del rapporto di fiducia con l'assistito per dare risposte peculiari, appropriate e pertinenti alle esigenze di cura e ai bisogni di assistenza, attraverso la "presa in carico" e la garanzia di una continuità assistenziale che si estenda e valorizzi anche la dimensione territoriale;

sollecitano: una profonda revisione dell'assetto del sistema sanitario, che faccia perno sulla centralità del cittadino-paziente;

rivendicano: il riconoscimento e la valorizzazione del ruolo degli infermieri a fronte delle competenze e delle responsabilità già acquisite, a partire da una nuova definizione di "governo clinico e assistenziale" quale strumento di orientamento e governo della sanità;

sottolineano: la necessità di incidere sulla programmazione universitaria e di riconoscere la funzione peculiare della docenza infermieristica al fine di assicurare la reale e competente trasmissione del sapere disciplinare proprio della professione;

ribadiscono: che l'infermiere deve vedere finalmente definiti e riconosciuti diversi e progressivi sviluppi di carriera e diversi e progressivi profili retributivi, corrispondenti alla articolazione del suo lavoro e alle specifiche attribuzioni di responsabilità;

offrono al Sistema sanitario e al Paese: il proprio contributo di cultura e progettualità documentato dalla molteplicità di idee ed esperienze presentate nell'ambito del XVI Congresso Nazionale.

Tenuto conto:

- dell'evoluzione del Sistema sanitario e del mercato del lavoro;
- delle nuove normative in materia pensionistica;
- della diminuzione del numero dei medici;
- dell'upgrading delle competenze infermieristiche;

chiedono:

- la valorizzazione del paradigma assistenziale infermieristico strutturato sulla centralità della persona e dei suoi bisogni espressi e inespresi nei processi di cura e di assistenza;
- la ridefinizione e il riconoscimento del ruolo degli infermieri per la presa in carico e la continuità assistenziale in ospedale, sul territorio e fra ospedale e territorio;
- l'orientamento all'assistenza infermieristica nel territorio secondo le logiche dell'infermieristica di famiglia, dell'integrazione socio-sanitaria e della complementarietà dell'esercizio libero professionale infermieristico;
- il superamento dell'attuale settorializzazione – su base esclusivamente medica – delle degenze ospedaliere a favore dell'aggregazione per complessità assistenziale infermieristica;
- il riconoscimento e la valorizzazione della direzione e del management infermieristico in tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e private;
- il riconoscimento della rilevanza della direzione, della docenza e del tutoraggio infermieristico per la preparazione dei futuri professionisti infermieri;
- la rimodulazione dei processi formativi orientati alla valorizzazione delle competenze;
- il riconoscimento della rilevanza della ricerca e della sperimentazione nell'ambito dell'assistenza infermieristica;
- il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze infermieristiche esperte, specialistiche e della consulenza infermieristica;
- una peculiare, strutturata e specifica progressione di carriera collegata alla ridefinizione globale dei processi di cura ed assistenza ed alla correlata specificità assistenziale infermieristica in ambito ospedaliero e territoriale.

• **XVI Congresso
della Federazione
Nazionale Collegi
IPASVI.**

**Il gazebo dei Collegi
dell'Emilia-Romagna.**

Giovanni De Luca

La città di Bologna nei giorni 22-23-24 marzo 2012, ha visto la pacifica invasione del popolo infermieristico radunato nel capoluogo emiliano per il XVI Congresso della Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Nell'occasione i Collegi IPASVI dell'Emilia-Romagna e quello di Bologna in particolare, hanno provveduto all'organizzazione e alla gestione del gazebo allestito nella centralissima via Rizzoli.

Lo scopo di questa struttura è stato duplice: da un lato far sentire a tutti i congressisti giunti in città quel senso di appartenenza offrendo utili riferimenti logistici, per meglio muoversi in città durante il Congresso, e dall'altro coinvolgere la cittadinanza sull'evento in corso, offrendo quello che da sempre la professione ha fatto, ossia occuparsi della salute del cittadino attraverso la distribuzione di opuscoli e informazioni di carattere sanitario.

Non è mancata la gradita presenza della Presidente del Collegio IPASVI di Bologna Dott.ssa Maria Grazia Bedetti e della Presidente Nazionale Dott.ssa Annalisa Silvestro che hanno portato il loro personale ringraziamento a tutti i colleghi che si sono alternati al gazebo nei giorni congressuali.



**RECUPERO CREDITI
CONTRIBUTIVI DA
PARTE DI ENPAPI**

ENPAPI ha avviato la fase successiva dell'azione di recupero dei crediti contributivi, che si concretizza nel trasferimento delle prime diecimila posizioni contributive alla società Unicredit Credit Management Bank. In merito a delucidazioni e chiarimenti sul contenuto degli estratti conto delle singole posizioni, l'Ente di previdenza ha chiesto di ricordare a tutti gli iscritti di far riferimento direttamente e unicamente ad ENPAPI, utilizzando i riferimenti indicati nella lettera ricevuta. In subordine, nel caso persistessero dubbi, di inviare una richiesta a mezzo mail agli indirizzi info@enpapi.it oppure estrattoconto@enpapi.it.

Il Presidente Schiavon ha altresì comunicato che l'Ente ha assunto significative decisioni relativamente al miglioramento del servizio di assistenza telefonica ed ha anticipato, a questo riguardo, che sarà attivato, nell'arco di un breve arco temporale, un numero verde da telefono fisso, gratuito per gli iscritti.

• Il Commercialista risponde alle domande dei Liberi Professionisti

Dott. Paolo Frascari

Come deve compilare la fattura chi aderisce al nuovo regime dei minimi?

Nel nuovo regime fiscale dei minimi le fatture emesse dal 1° gennaio 2012 dovranno indicare la seguente dicitura "operazione soggetta al regime di cui all'art.1 c.100 come modificato dall'art. 27 c. 1 e 2 del D.L.98/2011 e pertanto non soggetta ad iva e a ritenuta d'acconto". Sulle stesse andrà apposta una marca da bollo da € 1,81 (che deve essere annullata) se l'importo della fattura è superiore a € 77,47. Si renderà quindi necessario documentare l'acquisto delle marche da bollo mediante apposita ricevuta rilasciata dal tabaccaio o dall'ufficio postale.

Nella fattura è infine consigliabile indicare il codice fiscale del cliente e l'eventuale partita iva.

Esempio:

N.B.

La percentuale della Cassa di Previdenza può essere del 2% o 4% a seconda del committente: alle sole Pubbliche Amministrazioni si applica il 2%.

L'Infermiere professionale ha diritto a dedurre dai propri compensi, in percentuali variabili, alcune spese tra cui il canone di locazione. E' possibile quindi dedurre al 50% anche l'affitto della casa che si utilizza come propria abitazione?

E' possibile dedurre il 50% dell'affitto per la propria abitazione **solo ed esclusivamente se** al suo interno si svolge la propria attività di libero professionista.

Il contributo integrativo per la casa di previdenza da applicare ad una struttura sanitaria privata, ma convenzionata con il SSN, è del 2% o del 4%?

E' del 4% in quanto il 2% è applicabile solo alle pubbliche amministrazioni.

• Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Roma - Lettera prot. P-1194/III.01 "Infermiere volontarie CRI" Dott.ssa Annalisa Silvestro

Continuano a pervenire a questa Federazione numerose richieste da parte di iscritti Ipasvi di intervenire in merito alla figura delle Infermiere volontarie della CRI e all'uso della denominazione di 'infermiere'. La questione è stata oggetto di diversi interventi e, come noto, anche di un ricorso al TAR Lazio. Si richiamano i punti principali che connotano la problematica.

La figura della 'infermiera volontaria della CRI' è stata espressamente istituita con una legge del 1942 n. 918 e mantenuta nel tempo dalle successive normative. È quindi ormai radicata nella tradizione non solo del nostro Paese ma anche a livello europeo.

L'art. 1 della legge 4 febbraio 1963, n. 95, recante provvedimenti a favore delle infermiere volontarie della Croce rossa italiana, ha disposto che il diploma rilasciato alle infermiere volontarie della Croce rossa italiana a norma del regio decreto 12 maggio 1942, n. 918, è equiparato a tutti gli effetti al certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiera generica di cui alla legge 29 ottobre 1954, numero 1046.

Il successivo art. 3 comma 10 Legge 3/8/2009 n. 208 ha disposto a parziale modifica che il diploma di infermiera volontaria della Croce Rossa Italiana, di cui all'articolo 31 del regolamento di cui al regio decreto 12 maggio 1942, n. 918, è equivalente all'attestato di qualifica di operatore socio-sanitario specializzato. Esclusivamente nell'ambito dei servizi resi, nell'assolvimento dei compiti propri, per le Forze armate e la Croce Rossa Italiana, è abilitato a prestare servizio di emergenza e assistenza sanitaria con le funzioni e attività proprie della professione infermieristica.

La Federazione si è prontamente attivata e ha chiesto con forza la modifica di tale norma scontrandosi però con una ferma opposizione da parte del Ministero della Difesa.

Il precedente Ministro della Difesa, On.le La Russa, ha poi fortemente voluto il Decreto 9/11/2010 relativo alla "Disciplina del corso di studio delle

| | | |
|--|----------------|--------|
| <hr/> | | |
| Dati di chi emette la fattura | Fattura n..... | |
| | | |
| | Data | |
| <hr/> | | |
| Dati del cliente | | |
| | | |
| <hr/> | | |
| Descrizione della prestazione effettuata | 100,00 | |
| Cassa previdenza 4% | 4,00 | |
| <hr/> | | |
| Operazione soggetta al regime di cui all'art.100 della L.244/2007 come modificato dall'art.27 c. 1 e 2 del D.L.98/2011 e pertanto non soggetta ad iva e a ritenuta d'acconto. | | |
| <hr/> | | |
| <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Bollo </div> | Totale | 104,00 |
| | Bollo | 1,81 |
| | Netto dovuto | 105,81 |
| <hr/> | | |

Infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana nel quale si sono ravvisati elementi di possibile futura criticità relativamente al campo proprio di attività dell'Infermiere.

Avverso tale decreto è stato proposto, come sopra annunciato, ricorso al Tar Lazio il quale però da un lato, con ordinanza, ha rigettato l'istanza cautelare ma nella sostanza ha accolto le tesi avanzate dalla Federazione affermando che le infermiere volontarie svolgono funzioni infermieristiche *solo* in situazioni di emergenza.

Il Tar ha, difatti, ravvisato che:

*“l'art. 3, comma 10, L. 3 agosto 2009 n. 108 prevede la possibilità, per i volontari della Croce Rossa che hanno il diploma di infermiere volontario, di prestare servizio di emergenza e assistenza sanitaria con le funzioni proprie della professione infermieristica in un **contesto emergenziale**;*

*Considerato pertanto che lo studio oggetto del corso mira a preparare dette infermiere della Croce Rossa a fronteggiare anche le situazioni di emergenza, **senza per nulla modificare, nelle situazioni ordinarie, il rapporto che intercorre con il personale infermieristico;....”***

In altre, parole secondo il TAR, il DM non ha il potere di innovare le funzioni degli infermieri volontari della Croce Rossa che possono avere la possibilità di prestare servizio di emergenza e assistenza sanitaria con le funzioni proprie della professione infermieristica **in un contesto emergenziale** non *“in situazioni ordinarie”*.

Premesso quanto sopra si invitano i Collegi a diffondere ulteriormente questa informazione

in coerenza con le comunicazioni nel merito fatte da questa Federazione.

A tutti coloro che scrivono in Federazione chiedendo di intervenire è stato risposto che per poter intervenire per 'abuso di professione' è necessario che venga circostanziata la fattispecie del reato, e nello specifico l'eventuale segnalazione deve contenere:

- dove si è verificato il fatto;
- quando;
- il soggetto che ha agito;
- il soggetto sul quale sono stati compiuti gli atti;
- gli elementi formali a supporto della segnalazione.

Specificando altresì che in carenza di quanto sopra non è possibile intervenire. Qualora vi fosse riscontro i Collegi verranno prontamente informati al fine di attivare quanto di necessità in merito al reato di esercizio abusivo di professione.

Cordiali saluti.

• **Assicurazione copertura HIV - epatite e infortuni**

Oltre alla Polizza Infortuni già posta in essere tra PRO.ME.SA e CARIGE Assicurazioni S.p.a. per meglio corrispondere alle crescenti necessità assicurative degli Infermieri, sarà a breve attivata una copertura HIV - Epatite e Infortuni con particolare riferimento all'ambito professionale.

Ecco come è stata presentata in anteprima l'“Assicurazione Copertura HIV - Epatite e Infortuni” al XVI Congresso Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.

PRINCIPALI CARATTERISTICHE: la garanzia è il prodotto di DUE COPERTURE

La prima vuole dare una risposta ad un tema particolarmente sentito e riguarda i casi di **contagio** avvenuti in ambito **professionale** (per contagio si intende una infezione dovuta a un evento a causa esterna, violenta ed improvvisa e certificata da appositi test clinici eseguiti secondo predefinite scadenze) **da virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) o Epatite B o C**. Per questa garanzia il **capitale assicurato** è di **20.000 Euro** che viene integralmente liquidato in caso di contagio.

Si tratta di un prodotto di norma difficilmente acquistabile da parte dei singoli, atto a fornire un aiuto economico tangibile per affrontare le spese relative a cure ed esami in caso di contagio; questo prodotto si affianca ad eventuali altre assicurazioni fornite dal datore di lavoro.

A questa copertura se ne affianca una **seconda** che riguarda gli **infortuni** subiti dall'Assicurato sia nello svolgimento di attività **professionali che extraprofessionali** con **capitale assicurato** pari a **10.000 Euro**.

Questa garanzia copre anche gli infortuni:

- derivanti da imperizia, imprudenza;
- occorsi a seguito di avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- subiti a seguito di infezioni comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;

- subiti a seguito di lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive.
- occorsi in occasione di attentati, sequestri, rapine, tumulti popolari, atti violenti, aggressioni in genere.

Sono considerati infortuni, *purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi e limitatamente al solo ambito professionale* le **ernie** traumatiche e da sforzo, incluse le ernie discali; per la quantificazione dell'infortunio si farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, 8 (vedi D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124). E' prevista l'applicazione di una franchigia del 5%, modulata sulle somme assicurate.

In futuro sarà possibile ampliare il contenuto di queste coperture acquistando singoli “pacchetti” integrativi, in modo che ogni singolo iscritto possa rendere la propria copertura il più possibile confacente alle effettive necessità di protezione.

PER INFORMAZIONI

Per ogni chiarimento sulle convenzioni assicurative è possibile contattare Willis Italia S.p.A. mediante:

- il numero verde: 800 637 709
- la email: IT_affinity@willis.com
- il fax 011 244 34 64



• **Convenzione infortuni "Pro.Me.Sa."**
Dott.ssa Silvia Morselli

La Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha individuato l'Associazione Pro.Me.Sa., finalizzata allo sviluppo di forme di protezione per le professioni sanitarie, per gestire lo sviluppo del proprio sistema di protezione assicurativo.

Il sistema di protezione assicurativo messo in atto attraverso la proposta di una **polizza di "Responsabilità Civile Professionale"**, unita a una **polizza di "Tutela Giudiziaria"**, e di una **polizza di copertura della "Responsabilità Civile Patrimoniale"** (quest'ultima particolarmente indicata per i Dirigenti e i Coordinatori Infermieristici), si è arricchito, il 31 luglio 2011, di una **"Polizza Infortuni"**.

La neonata convenzione stipulata tra Pro.Me.Sa. e CARIGE, di durata annuale con possibilità di tacito rinnovo tra le parti, si caratterizza principalmente per:

- coprire gli infortuni sia di carattere professionale sia extraprofessionale;
- dare diritto, in caso di ricovero a seguito di Infortunio, ad un'indennità per ogni giorno di ricovero per una durata massima di 90 giorni per ogni Infortunio;
- consentire la possibilità di aggiungere una supervalutazione del grado di invalidità¹ su infortuni riguardanti la perdita della funzionalità della mano abile, dell'udito e della vista;
- prevedere l'applicazione di una franchigia modulata sulle somme assicurate che si annulla al raggiungimento di un'invalidità pari al 20%;

A CHI SI RIVOLGE L'ASSICURAZIONE "POLIZZA INFORTUNI"

L'Assicurazione "Polizza Infortuni" è rivolta, con alcune eccezioni, a tutti gli **Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici regolarmente iscritti ad un Collegio IPASVI.**

In particolare è posto dall'Assicuratore un **limite di età agli assicurabili**: l'art. 21 dà la possibilità alle parti di chiedere, con preavviso di 30 giorni, l'esclusione dalle garanzie dell'Assicurato che abbia raggiunto l'età di 75 anni, a partire dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

Sono inoltre poste limitazioni dall'art.

18 che **esclude dall'assicurazione gli infortuni occorsi ai membri delle Forze Armate, sia nella globalità che per l'attività professionale dei singoli (fatta eccezione per i singoli appartenenti al Corpo dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia di Stato e Corpo Forestale dello Stato), e ai membri degli equipaggi aerei.**

Sono totalmente escluse dalla possibilità di Assicurazione (art. 20) chi è affetto da **alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività** (ove già diagnosticata dal test H.I.V.), **sindrome di immunodeficienza acquisita**, e dalle seguenti **infermità mentali**: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.

Anche lo stesso manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle affezioni o malattie di cui sopra, nel corso del contratto, costituisce causa di cessazione dell'Assicurazione al termine della corrente annualità assicurativa.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione copre gli infortuni (dove **per infortunio è da intendersi ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente oppure una inabilità**) che l'Assicurato subisca nello **svolgimento delle attività professionali principali e secondarie** nonché di ogni altra **attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità**. Tra tali attività sono comprese anche le attività inerenti ai **piccoli lavori manuali o di bricolage** espletati con l'uso di utensili domestici (anche azionati da motore) ed esercitate non a scopo di lucro o di commercio.

Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, vengono indennizzate soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Nel caso di infortunio, che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la polizza infortuni in conseguenza di un unico avvenimento, l'esborso complessivo a carico della Carige Assicurazioni non potrà comunque superare l'importo di € 5.165.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili ai termini di polizza eccedessero nel

loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Rimangono esclusi dalla copertura dell'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- 2) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- 3) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto dalla condizione Speciale A - Rischio Volo (vedere contratto);
- 4) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, hockey, rafting, canoa fluviale, rugby, football americano, paracadutismo e sports aerei in genere;
- 5) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- 6) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- 7) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 8) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati;
- 9) di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta, non dichiarata;
- 10) da guerra salvo quanto previsto dalla Condizione Speciale G - Rischio di guerra all'estero;
- 11) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 12) direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere.

1 - **INVALIDITA' PERMANENTE**: perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi.

13) le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Inabilità Permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 29 - Controversie - Arbitrato irrituale (vedere contratto).

14) **le infezioni del virus H.I.V. anche se derivanti da infortunio.**

L'indennizzo è corrisposto solo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, ovvero il ricovero (fino a un massimo di 90 giorni), l'invalidità permanente e la morte.

L'Indennità di ricovero a seguito di infortunio è dovuto in caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, e corrisponde all'indennizzo giornaliero stabilito per ogni giorno di degenza, per una durata massima di 90 giorni per ogni singolo caso di ricovero.

L'indennizzo per in Caso di Inabilità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

In caso di **Inabilità Permanente parziale l'Indennizzo** è calcolato sulla somma assicurata per Inabilità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Inabilità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui nel contratto assicurativo è riportato un estratto) e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Il capitale Assicurato per Inabilità

Permanente è soggetto alle seguenti franchigie assolute:

- **3% sul capitale Assicurato fino a € 250.000,00;**
- **5% sul capitale eccedente € 250.000,00 e fino a € 500.000,00;**
- **10% sul capitale eccedente € 500.000,00 e fino a € 1.000.000,00.**

Nel caso in cui l'Inabilità Permanente sia di grado superiore al 20% della totale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

L'assicurazione comprende, nei casi in cui sia già previsto l'indennizzo a titolo di Inabilità Permanente, in presenza di **conseguenze di carattere estetico al viso**, un rimborso ulteriore fino ad un importo massimo di € 1.500,00 per le spese documentate e sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre od eliminare i danni estetici al viso.

L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Inabilità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Inabilità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte – se superiore – e quello già pagato per Inabilità Permanente.

PREMIO ANNUO E OPZIONI CON SUPERVALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

Il contraente può scegliere tra quattro tipi di premi in base alla garanzia voluta:

MODULO BASE

| MODULO BASE | GARANZIE | PREMIO LORDO ANNUO |
|-------------|---|--------------------|
| A | Morte € 100.000,00; I.P. € 100.000,00 ; Diaria da Ricovero € 50,00 | € 180,00 |
| B | Morte € 200.000,00; I.P. € 200.000,00 ; Diaria da ricovero € 50,00 | € 335,00 |
| C | Morte € 500.000,00; I.P. € 500.000,00 ; Diaria da ricovero € 100,00 | € 825,00 |
| D | Morte € 1.000.000,00; I.P. € 1.000.000,00 ; Diaria da ricovero € 100,00 | € 1.600,00 |

PREMIO AGGIUNTIVO FACOLTATIVO

E' possibile integrare il modulo base scegliendo il corrispettivo modulo arricchito dalla supervalutazione del grado di invalidità su infortuni riguardanti la perdita della funzionalità della mano abile, dell'udito e della vista.

(vedi tabella pag. 16)

DECORRENZA DURATA E RINNOVO

La durata della Polizza stipulata dall'Iscritto ai Collegi IPASVI con la WILLIS ha durata di un anno con effetto dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata sul Modulo di Adesione e riportata sul certificato di iscrizione se la rata del premio è stata pagata, altrimenti dalla data dell'effettivo pagamento se successiva, ed è tacitamente rinnovabile, di anno in anno, previo pagamenti del premio di rinnovo e salvo disdetta comunicata da una delle parti, con preavviso di almeno 60 giorni.

MODALITÀ DI ADESIONE

- Scaricare il modulo dal sito della WILLIS <http://b2b.willis.it/ipasvi/index.htm> (è possibile ritirare il modulo anche presso la Segreteria del Collegio IPASVI di Bologna);

- Compilare debitamente e sottoscrivere (occorrono quattro firme a pagina 6 e due firme a pagina 8) il modulo di adesione dopo aver letto attentamente le condizioni generali di polizza. Se si sceglie l'opzione base crocettare una delle possibili scelte sotto la corrispondente colonna e pagare il rispettivo premio annuo. *Es. barrare A in opzione base e pagare € 180.* Se si sceglie l'opzione supervalutazione barrare una delle caselle della relativa colonna e pagare il corrispondente premio. *Es. barrare A in opzione con supervalutazione I.P. e pagare € 220.*

- Effettuare un bonifico sul c/c bancario indicato nei moduli di adesione dell'importo corrispondente alla garanzia prescelta.

| MODULO SUPERVALUTAZIONE | GARANZIE | PREMIO LORDO ANNUO |
|-------------------------|---|--------------------|
| A | Morte € 100.000,00; I.P.€ 100.000,00 ; Diaria da ricovero € 50,00 | € 220,00 |
| B | Morte € 200.000,00; I.P.€ 200.000,00 ; Diaria da ricovero € 50,00 | € 415,00 |
| C | Morte € 500.000,00; I.P.€ 500.000,00 ; Diaria da ricovero € 100,00 | € 1.025,00 |
| D | Morte € 1.000.000,00; I.P.€ 1.000.000,00 ; Diaria da ricovero € 100,00 | € 2.000,00 |

- Inviare la documentazione per l'adesione (modulo e contabile bancaria relativa al pagamento) a Willis Italia S.p.A. intermediario assicurativo della polizza.

Per maggiori informazioni inerenti le caratteristiche della Polizza e le modalità di adesione contattare WILLIS ITALIA spa al numero verde 800 637 709 o tramite e-mail: IT_affinity@willis.com

**RINNOVI ADESIONI
ALLA CONVENZIONE
ASSICURATIVA IPASVI
RINNOVI PER ANNUALITÀ
30/04/2012 - 30/04/2013**

Si ricorda a chi ha già stipulato l'assicurazione per l'annualità 2011/2012 che per **procedere al rinnovo delle coperture in essere bisogna attendere la ricezione, via posta, dell'avviso di scadenza.**

Una volta ricevuto l'avviso si devono utilizzare gli strumenti di pagamento ad esso allegati, rispettando le indicazioni fornite.

Nel caso di mancato ricevimento dell'avviso di scadenza contattare, solo successivamente al 15 aprile, il Customer Care della Willis Italia al numero 800 637 709 di Willis Italia S.p.A. o tramite la casella e-mail: IT_affinity@willis.com. Il pagamento del rinnovo va effettuato entro il 15 maggio 2012.

Si raccomanda come di consueto di conservare scrupolosamente la ricevuta del pagamento effettuato, di cui non è necessario inviarne copia a mezzo fax a Willis Italia, in quanto questo documento fa fede per l'operatività della garanzia.

• Lettera aperta a tutti i professionisti sanitari iscritti all'Albo del Collegio IPASVI di Bologna "Equipollenza/ equivalenza alla Laurea triennale dei titoli di Infermiere – Infermiere Pediatrico (già Vigiliatrice d'Infanzia) – Assistente Sanitario, conseguiti in base alla normativa anteriore al Dlgs n. 502/1992"

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

Oggetto: Equipollenza/equivalenza alla Laurea triennale dei titoli di Infermiere - Infermiere Pediatrico - Assistente Sanitario, conseguiti in base alla normativa anteriore al Dlgs n. 502/1992.

Equipollenza/equivalenza alla Laurea triennale dei titoli di Infermiere - Infermiere Pediatrico - Assistente Sanitario, conseguiti in base alla normativa anteriore al Dlgs n. 502/1992.

Norme prese in esame

- 1) R.D. 29 novembre n.2330 – Istituzione delle Scuole Convitto per Infermiere Professionali e Assistenti Sanitarie Visitatrici;
- 2) L. 19 luglio 1940 n.1098 – Istituzione delle Scuole Convitto per Vigiliatrici d'Infanzia;

- 3) L. 29 ottobre 1954 n.1049 – istituzione dei Collegi delle Infermiere Professionali, delle Assistenti Sanitarie Visitatrici e delle Vigiliatrici d'Infanzia;
- 4) L. 25 febbraio 1971 n.124 – Estensione al personale maschile della formazione degli Infermieri Professionali;
- 5) L. 15 novembre 1973 n.795 – Ratifica ed esecuzione dell'Accordo Europeo adottato a Strasburgo nel 1967, recepito e reso attuativo dall'Italia con DPR 13 ottobre 1975 n.867;
- 6) DPR 20 dicembre 1979 n.761 art. 1, comma 2 – Iscrizione ai ruoli nominativi regionali dei professionisti sanitari iscritti agli Albi professionali;
- 7) DLGS 30 dicembre 1992 n.502 art.6, comma 3 - Norma che prevede il possesso del Diploma Universitario per il personale sanitario, tra cui quello di Infermiere, di Assistente Sanitario e di Infermiere Pediatrico;
- 8) Decreto del Ministero della Sanità 14 Settembre 1994 n.739 – Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere;
- 9) Decreto del Ministero della Sanità 17 gennaio 1997 n.69 – Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Assistente Sanitario;
- 10) Decreto del Ministero della Sanità 17 gennaio 1997 n.70 – regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere Pediatrico;
- 11) Decreto del Ministero della Sanità e del Ministero dell'Università 22 luglio 1996 – Istituzione del Corso di Diploma Universitario per Infermiere – Assistente Sanitario – Infermiere Pediatrico;
- 12) L. 26 febbraio 1999 n. 42 – Disposizioni in materia di professioni sanitarie – Art.4. "Diplomi conseguiti in base alla normativa anteriore a quella di attuazione dell'art.6 comma 3, del Dlgs 30 dicembre 1992 n. 502 e

successive modificazioni e integrazioni”;

Comma 1 “...ai fini dell'esercizio professionale e della formazione post-base, i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l'iscrizione ai relativi Albi professionali o l'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo o che siano previsti dalla normativa concorsuale del personale del servizio Sanitario Nazionale o degli altri comparti del settore pubblico (N.R. questo paragrafo comprende anche le professioni per le quali non è ancora stato istituito l'Albo), SONO EQUIPOLLENTI ai Diplomi Universitari di cui al citato art.6, comma 3, del Decreto Legislativo n.502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e della formazione post-base”;

13) Decreto Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004 n.270 – Modifiche al Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli Atenei – art 3, comma 1 – Le Università rilasciano i seguenti titoli:

a) Laurea

Comma 4: “*Il Corso di Laurea ha l'obiettivo di assicurare allo studente un'adeguata conoscenza di metodi e contenuti scientifici generali, anche nel caso in cui sia orientato all'acquisizione di specifiche conoscenze professionali.*”;

14) Decreto Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 19 febbraio 2009 – Determinazione delle classi dei Corsi di Laurea triennale per le professioni sanitarie, ai sensi del Decreto Ministeriale 22 ottobre 2004 n. 270.

Il predetto decreto descrive tutti i profili delle 22 professioni sanitarie emanati dal Ministero della Sanità, e stabilisce le classi dei corsi di Laurea per le professioni infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione, della prevenzione e tecnico-sanitarie, come definito dagli articoli 1, 2, 3 e 4 della L. 10 agosto 2000 n. 251.

La disposizione, di cui alla Legge 26 febbraio 1999 n.42 art. 4, comma 1 su descritta, afferma l'equipollenza tra i titoli di studio, abilitanti all'esercizio delle specifiche professioni, conseguiti anteriormente al Dlgs 502/1992 e sia al Diploma Universitario, sia alla Laurea Triennale in Infermieristica e/o di Assistente Sanitario e/o di Infermiere Pediatrico.

Tali titoli sono espressamente specificati anche nei Decreti del Ministero della Sanità del 27 luglio 2000 (G.U. n.191 e n.195) e riferiti all'Infermiere, all'Infermiere Pediatrico e all'Assistente Sanitario.

In essi è dichiarato che, in base ai Decreti Ministeriali istitutivi dei rispettivi profili professionali e “...per assicurare certezza alle situazioni ed uniformità di comportamento, vengano individuati i titoli riconosciuti equipollenti ai diplomi universitari...” (N.R. oggi laurea triennale), come descritto all'art.4, comma 1 della L. 42/1999.

Tali titoli sono:

a) Infermiere Professionale, conseguito ai sensi del Regio Decreto 21 novembre 1929 n.2330 e successiva modificazione normativa;

b) Vigilatrice d'Infanzia (oggi Infermiere Pediatrico), conseguito in base alla Legge 19 luglio 1940 n. 1098;

c) Assistente Sanitario, conseguito in base al Regio Decreto 21 novembre 1929n. 2330.

Pertanto, tutti i professionisti sanitari Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo del Collegio IPASVI, e quindi in possesso di un titolo che è già stato dichiarato equipollente ai Diplomi Universitari delle professioni sanitarie dalla L. 42/1999 e dal Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000, non devono presentare alcuna domanda rispetto ai contenuti dell'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome del 10 febbraio 2011 e DPCM 26 luglio 2011.

BIBLIOGRAFIA

–Leggi e norme dello Stato Italiano;
–Prof. Avv. Emanuele Menegatti - Parere legale su: “Equipollenza tra il Diploma Universitario per Infermiere e la Laurea triennale in Infermieristica (2011).

NORMATIVA

Intesa 22 febbraio 2012 – Suppl. G.U. 12/03/2012 n. 47 “Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante:

• **Piano Nazionale Prevenzione vaccinale 2012 – 2014”**

INSERTO PAGINE CENTRALI

FORMAZIONE



CONVEGNO REGIONALE
Corso di formazione Continua ECM

“INTEGRAZIONE
PROFESSIONALE E CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE”
Il contributo degli infermieri

BOLOGNA, 17 Maggio 2012
ore 8.30 - 18.00

Palazzo della Cultura e dei Congressi -
Sala Europa
Nell'ambito di Expositività
pag. 18 →

I programmi relativi ai
Corsi di formazione continua
ECM
saranno presenti nel sito

www.ipasvibo.it

e nella Rivista

“Professione Infermiere
n. 2/2012”

pubblicata nel mese
di settembre 2012

COLLEGI PROVINCIALI



Corso di formazione continua ECM per Infermieri professionali
Assistenti Sanitari - Vigilatrici d'Infanzia
Regione Emilia-Romagna

CONVEGNO REGIONALE

“Integrazione professionale e continuità assistenziale”
Il contributo degli infermieri

Bologna, 17 Maggio 2012

ore 8.30 - 18.00

Palazzo della Cultura e dei Congressi - Sala Europa
Nell'ambito di Exposanità

Obiettivi generali:

- Affermare il contributo degli infermieri per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria nel territorio.
- Valorizzare le competenze, le conoscenze e le abilità specifiche per migliorare i modelli organizzativi finalizzati alla continuità assistenziale ospedale e territorio.
- Acquisire conoscenze di modelli organizzativi residenziali internazionali, utili a migliorare la realtà locale.

PROGRAMMA

| DATE E ORARI 17 Maggio 2012 | CONTENUTI |
|--|---|
| Ore 8.30 | Conferma iscrizioni Convegno e ritiro biglietto ingresso Exposanità |
| Ore 9.00 | Apertura lavori: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti |
| I Sessione | |
| Ore 9.30 | <i>“Sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale in Emilia-Romagna e riflessi sul sistema di cure intra ed extra ospedaliere erogate ai cittadini”</i> Relatore: Dott. Carlo Lusenti |
| Ore 10.00 | <i>“Integrazione professionale e continuità assistenziale: dalla casa all'ospedale e ritorno”</i> Relatore: Prof. Francesco Taroni |

| II Sessione | |
|--------------|--|
| Ore 10.30 | <p>“Modelli organizzativi assistenziali in essere ed in evoluzione” Moderatore: Dott.ssa Paola Siri</p> <p>Relazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Ambulatori a gestione infermieristica per le patologie croniche” Dott. Enrico Mazzoli • “Punto Unico di Accesso Socio Sanitario PUAS” Dott.ssa Giuliana Bulgarelli • “La presa in carico infermieristica dei pazienti frequent user di Pronto Soccorso: i risultati di un’esperienza” Dott.ssa Fabia Franchi |
| Ore 11.30 | <p>“La formazione dell’infermiere che opera nel territorio per rispondere ai bisogni dei cittadini” Relatore: Prof.ssa Loredana Sasso</p> |
| Ore 12.00 | Discussione |
| Ore 12.30 | Buffet e visita Exposanità |
| III Sessione | |
| Ore 14.30 | <p>“Modelli organizzativi assistenziali in essere ed in evoluzione in Europa” Moderatore: Dott.ssa Carmela Giudice</p> <p>Relazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olanda “Organizzazione dell’assistenza primaria in Olanda - Distretto di Heerlen-Maastricht” Relatori: Dott.ssa Nicole Christina Gertruda Mennens Dott.ssa Nicolette Gemma Van Bommel • Spagna “Esperienza nell’assistenza primaria e nell’organizzazione del lavoro degli Infermieri nella città di Barcellona” Relatore: Dott.ssa Maria Dolores Juanola Pages • Italia “Il futuro dell’infermiere nella casa della salute” Relatore: Dott.ssa Silvia Mambelli |
| Ore 16.30 | <p>“Gli obiettivi della Federazione Nazionale Collegi IPASVI per gli infermieri del territorio e prospettive operative Regione Emilia-Romagna” Relatore: Dott.ssa Annalisa Silvestro</p> |
| Ore 17.00 | Discussione Compilazione questionario ECM |
| Ore 18.00 | Chiusura lavori e consegna dichiarazione di partecipazione al Convegno |

Patrocini richiesti:

Assessorato per le Politiche della Salute Regione Emilia-Romagna
Assessorato per le Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna
Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Destinatari:

- Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitari, Infermieri Coordinatori e Dirigenti, Studenti Infermieri.

Relatori:

Maria Grazia Bedetti - Presidente Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

Giuliana Bulgarelli - Dirigente Professioni Sanitarie - Dipartimento Cure Primarie - Azienda USL Modena

Fabia Franchi - Direttore SATeR Dipartimento di Cure Primarie Azienda USL Bologna

Carmela Giudice - Presidente Collegio IPASVI - Provincia di Modena

Maria Dolores Juanola Pages - Direttore organizzazione dell'Assistenza Primaria città di Barcellona - Spagna

Carlo Lusenti - Assessore alle Politiche per la Salute - Regione Emilia-Romagna

Enrico Mazzoli - Infermiere referente Progetto NOA - Casa della Salute Portomaggiore - Ostellato Azienda USL Ferrara

Silvia Mambelli - Direttore Servizio Infermieristico Tecnico - Azienda USL Forlì

Nicole Christina Gertruda Mennens - Direttore dell'Assistenza Primaria del Distretto di Heerlen-Maastricht - Olanda

Loredana Sasso - Professore Associato Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi di Genova

Direttore Unità Operativa Formazione e Aggiornamento - Azienda Ospedaliero Università S. Martino - Genova

Annalisa Silvestro - Presidente Federazione Nazionale - Collegi IPASVI - Roma

Paola Siri - Presidente Collegio IPASVI - Provincia di Parma

Francesco Taroni - Professore Associato di Medicina Sociale - Facoltà di Medicina e Chirurgia e Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina Legale - Università degli Studi di Bologna

Nicolette Gemma Van Bommel - Assistenza Primaria del Distretto di Heerlen-Maastricht - Olanda

Comitato scientifico:

Sandro Arnofi, Stefania Baroni, Maria Grazia Bedetti, Franco Gatta, Antonella Gioia, Carmela Giudice, Orienna Malvoni, Maria Grazia Pesaresi, Sonia Romani, Paola Siri.

Posti disponibili: n. 500

Sede convegno: Sala Europa - Palazzo dei Congressi - Piazza della Costituzione - Bologna

Per raggiungere la sede del convegno

In treno: Stazione Centrale di Bologna - Autobus 10 - 35 - 38 (Fermata Piazza della Costituzione).

Piazza della Costituzione -> Stazione Centrale di Bologna - Autobus 10 - 39.

In automobile: Autostrada da Milano - Firenze - Ancona - Padova: tangenziale da qualsiasi direzione: Uscite n. 7 - 7 bis "Michelino" n. 8 -> "Fiera".

Pernottamento convegnisti

Per il pernottamento rivolgersi all'associazione albergatori (numero verde 800.856065)

Quota di iscrizione: € 20,00

Crediti previsti: N. 2**Iscrizioni**

L'iscrizione si effettua **ESCLUSIVAMENTE** presso le segreterie dei rispettivi Collegi IPASVI della Regione Emilia-Romagna entro il **10 MAGGIO 2012**.

I professionisti IPASVI residenti fuori regione Emilia-Romagna sono tenuti ad iscriversi al Collegio IPASVI di Bologna.

Il biglietto omaggio per l'ingresso alla mostra Exposità, presente nel kit del Convegno da ritirarsi alle Segreterie dei rispettivi Collegio, va convertito alle biglietterie di Exposità.

All'interno della mostra sarà possibile consumare il buffet (gratuito). Biglietto omaggio nel kit congressuale.

Coloro che hanno effettuato l'iscrizione nei termini previsti dovranno ritirare la carpetta e il badge per il controllo della presenza alle segreterie dei rispettivi Collegi predisposte nel foyer della Sala Europa - Palazzo dei Congressi.

Le iscrizioni possono essere effettuate entro il 10 maggio 2012 anche mediante versamento su conto corrente postale n.16484404 intestato al Collegio IPASVI, via G. Zaccherini Alvisi, 15/B - 40138 Bologna - Causale: Partecipazione al Convegno 17 maggio 2012.

BIBLIOGRAFIA

Predisposta dai docenti, in carpetta.

INFORMAZIONI

Presso le rispettive sedi dei Collegi IPASVI della Regione Emilia-Romagna e del Collegio IPASVI di Bologna

Tel. 051.393840 - E-mail: info@ipasvibo.it - www.ipasvibo.it

**SCHEDA DI ISCRIZIONE AL XXVI CONVEGNO REGIONALE IPASVI
EMILIA ROMAGNA
DEL 17 MAGGIO 2012**

Al Collegio IPASVI della Provincia di Bologna- Via Zaccherini Alvisi 15/B - 40138 Bologna

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il/la sottoscritt... ..

nat.... a il

residente in via a

iscritt.... all'Albo del Collegio IPASVI di (segnare con una crocetta l'opzione corrispondente):

.....Bologna

..... **(specificare il Collegio di appartenenza: la preiscrizione e l'iscrizione al XXVI Convegno Regionale IPASVI si effettuano al Collegio IPASVI di Bologna se si è iscritti al suddetto Collegio o ad un qualunque altro Collegio provinciale fuori dall'Emilia-Romagna. Gli iscritti agli altri Collegi delle province dell'Emilia Romagna dovranno iscriversi ed effettuare il pagamento presso i rispettivi Collegi di appartenenza).**

in servizio presso (denominazione della struttura sanitaria / sociale o libera professione)

.....

tel. Lavoro tel. casa cell.

e-mail

ATTENZIONE: la scheda di iscrizione, alla quale va allegato il bollettino postale di pagamento, va inviata al Collegio ESCLUSIVAMENTE DOPO aver verificato la data di apertura delle preiscrizioni/iscrizioni ed effettuato la PREISCRIZIONE TELEFONICA necessaria ad accertare la disponibilità di posti.

Chiede di essere ammesso/a al seguente evento ECM:

XXVI CONVEGNO REGIONALE IPASVI EMILIA ROMAGNA: "INTEGRAZIONE PROFESSIONALE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE - IL CONTRIBUTO DEGLI INFERMIERI" - **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 04/04/2012**

La quota di iscrizione per il suddetto convegno è di **Euro 20,00**, ed è comprensiva dell'invio a domicilio dell'attestato ECM

Segue sul retro →



IL PAGAMENTO E L' ISCRIZIONE POSSONO ESSERE EFFETTUATI
DIRETTAMENTE PRESSO LA SEDE DEL COLLEGIO IPASVI IN ORARIO D'UFFICIO

OPPURE

E' POSSIBILE EFFETTUARE IL PAGAMENTO TRAMITE BOLLETTINO DI C/C
POSTALE

**PREVIA VERIFICA TELEFONICA AL COLLEGIO DELLA DISPONIBILITA' DI
POSTI E PREISCRIZIONE AL CONVEGNO (LA PREISCRIZIONE E' POSSIBILE E
CONSIGLIATA ANCHE NEL CASO SI EFFETTUINO L'ISCRIZIONE E IL
PAGAMENTO IN SEGRETERIA)**

(NUMERO DI C/C: **16484404** INTESTATO A: COLLEGIO IPASVI VIA
G.ZACCHERINI ALVISI 15/B - 40138 BOLOGNA) INDICANDO NELLA CAUSALE LA
DICITURA: **"XXVI CONVEGNO REGIONALE IPASVI" 17 MAGGIO 2012.**

LA RICEVUTA DELL'AVVENUTO PAGAMENTO E LA SCHEDA DI ISCRIZIONE,
DEBITAMENTE COMPILATA, **DEVONO ESSERE ENTRAMBE INVIATE** AL
NUMERO DI FAX 051 34 42 67

**NON SARANNO ACCETTATE ISCRIZIONI FATTE VIA FAX SENZA
PREISCRIZIONE TELEFONICA E, IN NESSUN CASO, VIA MAIL**

Il pagamento del convegno **deve essere ESEGUITO TASSATIVAMENTE entro 10
giorni dalla data di preiscrizione.**

Data

Firma

.....

.....

Orari Ufficio :

lunedì - mercoledì ore 9-12

martedì - giovedì - venerdì ore 14 - 17



CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

• *L'importanza della formazione nella realizzazione di cure palliative di qualità*

Giuliana Nepoti

Day Hospital di Ematologia e Oncologia Medica

Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi

Antonella Montanari

Oncologia Medica Degenza

Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi

INTRODUZIONE

Ogni anno in Italia sono diagnosticati circa 300.000 nuovi casi di tumore ma il 4% della popolazione, cioè due milioni di persone, ha già una diagnosi di tumore.

I dati devono essere, però, analizzati alla luce di un evidente e costante invecchiamento globale della popolazione che inevitabilmente aumenterà l'incidenza della patologia nel corso dei prossimi anni. Circa il 50% delle persone malate di tumore muore con un percorso di vita molto differente da caso a caso. Sono persone per le quali le cure non hanno efficacia e si avviano alla fase terminale della vita. In questa fase non serve più la medicina di accanimento, ma assistenza a un malato grave, fatta da esperti che aiutino a rendere più sopportabili momenti difficili dal punto di vista psicologico, fisico, spirituale.

La Medicina Palliativa si configura come disciplina, o filosofia, che cura anche quando non si può guarire, attraverso la presa in carico della persona nella sua totalità. Questa branca della medicina si è sviluppata negli anni '60 con la nascita del movimento Hospice di cui pioniera fu l'Infermiera e medico Cicely Saunders che, nel 1967 fondò nei pressi di Londra il primo Hospice chiamato St. Christopher. L'obiettivo delle cure palliative è di dare senso e dignità alla vita fino alla fine, garantendo la migliore qualità possibile, attraverso il sollievo dalla sofferenza non solo fisica, ma anche emotiva sia della persona malata sia

della famiglia. Si tratta di un progetto ambizioso perché la realtà della persona malata che arriva in Hospice è estremamente complessa e per tale motivo deve necessariamente essere presente un'equipe che si occupi di ogni aspetto della cura della persona malata.

Ecco l'importanza sempre più avvalorata dall'esperienza, di avere un gruppo multidisciplinare composto da Medici, Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Psicologi, Fisioterapisti, Assistenti Sociali ecc. Ciascun professionista deve collaborare con gli altri per creare un team che si concentri sulla identificazione di una cura specifica per ogni persona malata, che necessita di aggiornamenti costanti in considerazione dei cambiamenti che possono determinarsi per l'aggravamento progressivo della malattia.

Per questo motivo l'accuratezza assistenziale per una persona affetta da malattia progressiva e incurabile richiede sul piano concettuale la conoscenza della storia naturale della malattia e, nello stesso tempo, l'impegno a seguire la persona malata e la famiglia nelle diverse fasi della malattia.

Questa considerazione ovviamente è rivolta a tutti coloro che si prendono cura della persona malata, in altri termini, ancor prima di attuare la cura, il personale sanitario deve conoscere adeguatamente anche il decorso delle patologie che portano la persona verso la fase terminale della vita, in modo tale da poter prevenire eventuali bisogni assistenziali e rispondere in modo più consapevole alle richieste. Il problema è particolarmente sentito in una struttura residenziale tipo Hospice, dove l'organizzazione del lavoro in equipe prevede una omogeneità di comportamenti basata su una omogeneità di culture e di sentire.

Definizione e significato della Medicina Palliativa

(National Council for Hospice and Palliative Care Services WHO-OMS 1990 modificata dalla Commissione ministeriale per le cure palliative 1999).

“Le cure palliative si occupano in maniera attiva e globale (care) dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici (cure) e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pa-

zienti e le loro famiglie. Alcuni interventi palliativi sono applicabili anche più precocemente nel decorso della malattia, in aggiunta al trattamento oncologico. ASSR – Ricerca sulle Cure Palliative finanziata dal Ministero della Salute ex-art.12 DLgs 502/92.

Le Cure Palliative:

- affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale
- non accelerano né ritardano la morte
- provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi
- integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza
- aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte
- sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto”

Lo sviluppo di una definizione specifica e unica è stato uno degli obiettivi primari a livello mondiale sia per chiarire la finalità sia le caratteristiche di questa disciplina. Necessità ancor maggiore poiché il termine “palliativo” assume, ancora oggi, una connotazione tendenzialmente negativa.

ORIGINI ED EVOLUZIONE DELLA MEDICINA PALLIATIVA

Come detto precedentemente il “movimento Hospice” nasce per opera della Saunders questa donna è stata in grado di creare una nuova disciplina ed estenderla a livello mondiale coinvolgendo prima gli USA poi il Canada e l'Europa.

In Italia le cure palliative sono state introdotte a partire dagli anni 80' del secolo scorso grazie alla figura di Vittorio Ventafridda, allora Direttore del Servizio di Terapia del dolore dell'Istituto Nazionale per la ricerca e la cura dei tumori di Milano, e dall'Ingegnere Floriani, fondatore dell'anonima associazione. Fu tra i primi a rendersi conto che le problematiche del malato oncologico non potevano trovare una soluzione solo al controllo del dolore fisico e soprattutto che l'ospedale non poteva essere il luogo adatto per vivere bene l'ultima fase della vita. Nacque così il *modello Floriani* che prevede l'integrazione tra ente pubblico e privato, sviluppando quindi un piano di assistenza al paziente terminale non soltanto ospedaliero ma anche a domicilio. Questo modello prevede lo sviluppo di una equipe multidisciplinare di cui fanno parte: medici, infermieri, psicologici, assistenti sociali, fisioterapisti e volontari. In molte realtà la stessa equipe sarà quella che seguirà la persona malata al proprio domi-

cilio attraverso la dimissione protetta. A tutela dei bisogni dei malati terminali, il Comitato Etico presso la Fondazione Floriani (CEFF) nel 1999 ha predisposto una “*carta dei diritti dei morenti*” essa stabilisce che chi sta morendo ha il diritto:

1. ad essere considerato come persona sino alla morte;
2. ad essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole;
3. a non essere ingannato e ricevere risposte veritiere;
4. a partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà
5. al sollievo del dolore e della sofferenza;
6. a cure e assistenza continue nell’ambiente desiderato;
7. a non subire interventi che prolungano il morire;
8. a esprimere le sue emozioni;
9. all’aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede
10. alla vicinanza ai suoi cari;
11. a non morire nell’isolamento e in solitudine;
12. a morire in pace e con dignità;

Il morente quindi non è più abbandonato a se stesso, ma inizia a essere tutelato anche in questa ultima fase della vita.

Come a livello internazionale anche in Italia erano necessarie delle normative che permettessero di disciplinare lo sviluppo della medicina palliativa e di tutto ciò che la riguardava. Un forte impulso fu dato dal PSN 1998-2000 tra i cui obiettivi di salute fu specificato il miglioramento dell’assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita, privilegiando in particolare azioni volte al potenziamento degli interventi di terapia antalgica e palliativa. La legge 39 del 26 febbraio 1999 “*Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del piano sanitario nazionale*” stabiliva lo stanziamento di finanziamenti per l’implementazione del “Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliativa prevedendo la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, di un numero adeguato di strutture residenziali per l’assistenza ai pazienti non guaribili, da ubicarsi sul territorio in modo da consentire un’agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie. In sintesi, gli elementi principali del Programma erano i seguenti:

- realizzazione dei centri residenziali (hospice), con particolare riguardo all’adeguamento e alla riconver-

sione di strutture non utilizzate di proprietà delle Aziende Sanitarie o degli Ospedali;

- attivazione della rete di assistenza ai malati terminali, articolata in diversi livelli assistenziali integrati (domiciliare, ambulatoriale, ospedaliera, in hospice)
- valutazione della qualità assistenziale attraverso specifici indicatori;
- affidamento alle Regioni del compito di definire i programmi regionali e i protocolli operativi e per la comunicazione/informazione nei confronti degli operatori e della popolazione;
- ripartizione dei finanziamenti da destinare alle regioni, per la realizzazione delle strutture di cure palliative;

La legge è stata poi arricchita qualche mese dopo con il decreto ministeriale del 20 gennaio 2000 in cui erano stabiliti i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi dei centri residenziali (hospice). Una svolta estremamente importante si ha con la Legge n.38 del 15 marzo 2010 “*disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*”. Si tratta di una legge che definisce chiaramente i cardini della medicina palliativa dando delle definizioni sul significato di: cure palliative, terapia del dolore, malato, reti, assistenza residenziale, assistenza domiciliare, day hospice, assistenza specialistica di terapia del dolore.

Un altro importantissimo tema incluso nel decreto, riguarda la **formazione** del personale che pratica la medicina palliativa per il quale vengono codificati percorsi formativi integrati e idonei al miglioramento continuo dell’assistenza erogata.

Tutto questo è stabilito nella già citata Legge n.38, nell’articolo 8, che prevede la “formazione e aggiornamento del personale sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore”. E’ evidente che questa legge era necessaria affinché lo sviluppo delle cure palliative potesse essere regolato e uniformato all’esperienza internazionale, è anche vero che c’è ancora molto da fare sia per quanto riguarda la crescita delle strutture e la qualità del servizio offerto, ma si può certo affermare che è stato compiuto un grande passo avanti.

La situazione attuale in Italia

In Italia la formazione a livello pre-laurea è estremamente scarsa. Nella maggior parte delle università non

sono presenti corsi che prevedono la trattazione di questa materia e qualora questa sia sviluppata, le ore d’insegnamento sono inferiori al necessario, fornendo quindi informazioni poco esaustive. Attualmente le unità di cure palliative a livello nazionale sono 450 tra strutture inserite nel servizio sanitario nazionale e organizzazioni no profit. Tutto questo comporta la necessità di un numero elevato di professionisti che operino in tali realtà. Il personale però deve essere chiaramente qualificato per svolgere questo lavoro. In risposta ad un sempre crescente aumento delle strutture residenziali e ad un’espansione del servizio assistenziale a domicilio, sono stati sviluppati una serie di master che forniscono una formazione adeguata in ambito palliativo. Esistono, però, ancora grossi limiti legati al fatto che la normativa universitaria colloca i Master tra le specializzazioni, pertanto non obbligatori, con modalità differenti anche nei contenuti in quanto sono sviluppati nelle diverse Università in maniera del tutto autonoma, con mancanza di omogeneità e continuità tra un corso ed un altro. Ad oggi sono stati sviluppati sia master di I livello per le lauree triennali sia di II livello per le lauree specialistiche o magistrali coinvolgendo sia medici che infermieri. Il Consiglio Superiore di Sanità nella proposta di legge del 2001 “*per il modello organizzativo la realizzazione della rete di cure palliative*” aveva suggerito che per accedere ad un livello di dirigenza nel settore delle cure palliative si dovesse avere una specializzazione medico-chirurgica a cui aggiungere un master di II livello, mentre per gli Infermieri era necessario partecipare ad un master di I livello. Nonostante siano stati proposti molti interventi attualmente in Italia non esiste una scuola di specializzazione in Medicina Palliativa e solo recentemente sono stati introdotti corsi elettivi in ambito palliativo nelle scuole di oncologia, geriatria, anesthesiologia.

Una svolta decisiva in ambito formativo è rappresentata dalla Legge n.38 del 2010 con la quale si interviene sul tema della formazione. Più precisamente l’articolo 8 definisce alcuni punti ben precisi:

- identifica i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e terapia del dolore e per l’istituzione di master in questa materia;

- prevede che la formazione continua soprattutto dei medici specialistici e di medicina generale si realizzi mediante il conseguimento di crediti formativi su percorsi assistenziali multi disciplinari e multi professionali;
- individua i contenuti dei percorsi formativi obbligatori per lo svolgimento dell'attività professionale e i periodi di tirocinio obbligatorio presso le strutture.

Grazie a questa legge anche l'Italia è stata in grado di regolare il campo della medicina palliativa fornendo più omogeneità al percorso di apprendimento. Ma dobbiamo ribadire che la pratica infermieristica palliativa non è solo una questione di specializzazione. E' necessario offrire diversi livelli di formazione ai professionisti della salute, a seconda dei loro bisogni specifici. Il livello deve essere adattato al grado di coinvolgimento nelle cure palliative nella loro attività quotidiana poiché: *"Non tutti i professionisti hanno necessità di ricevere lo stesso livello di formazione. I ruoli sia nei confronti dei pazienti che del team possono differire così come il tipo ed il numero totale dei pazienti con i quali vengono a contatto"* (SEBAG- LANOE R. 1992) Il concetto è illustrato nella tabella che descrive 3 diversi livelli di formazione palliativa, considerando il fatto che in alcuni paesi la formazione accademica al momento potrebbe non essere acquisibile e che quindi la conoscenza pratica deve essere ugualmente valida:

Tabella 1

Livelli della formazione palliativa

| | | |
|------------------|---|---|
| LIVELLO A | BASE (NON LAUREATI) BASE (POST LAUREA) | Futuri professionisti durante la formazione iniziale. Professionisti che lavorano in ambito generale e possono trovarsi ad affrontare situazioni che richiedono un approccio palliativo. |
| LIVELLO B | BASE/INTERMEDIA (POST LAUREA) | Professionisti che lavorano in ambito specialistico di cure palliative o che affrontano spesso situazioni di cure palliative (oncologia, geriatria, pediatria). |
| LIVELLO C | AVANZATA (POST LAUREA) | Professionisti responsabili di unità di cure palliative o che offrono un servizio di consulenza e/o contribuiscono attivamente alla formazione ed alla ricerca. |

I livelli di formazione

L'assistenza al malato terminale non è realizzata da un singolo protagonista, ma specialmente nell'organizzazione delle cure palliative, sono coinvolte più figure professionali. Le cure palliative necessitano di un approccio di gruppo e di una completa sinergia fra tutte le figure professionali che operano per il paziente e per la sua famiglia. Ogni membro dell'equipe ha un ruolo specifico e di conseguenza pur avendo bisogno di formazione continua, questa deve essere diversificata a seconda del professionista e del lavoro che svolge.

Il primo livello rappresenta la formazione prelaurea e comporta l'inserimento di corsi di medicina palliativa all'interno del percorso di studio delle facoltà di Medicina e Chirurgia. Si tratta di un intervento necessario affinché lo studente abbia la preparazione completa. In Italia non abbiamo ancora raggiunto quest'obiettivo nonostante, a livello internazionale, ci sia stato già un avanzamento in questa direzione. La formazione di base ha diverse caratteristiche:

- E' diretta a tutti gli operatori sanitari che potranno essere a contatto con pazienti terminali
- Comprende l'insegnamento-apprendimento delle conoscenze di base e dei problemi generali delle cure palliative, associato a una esperienza che renda possibile la soluzione di problemi clinici solo in presenza di assistenza
- I contenuti didattici riguarderanno prevalentemente l'ambito cognitivo e più limitatamente quello gestua-

le e relazionale. I percorsi formativi riguardano in particolare i medici (corso di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia), gli Infermieri (corso di laurea ed eventuale corso di laurea specialistica) e gli psicologici (corso di laurea in psicologia) oltre ad altre figure professionali coinvolte (assistenti sociali, fisioterapisti ecc)

Il secondo livello fa parte del post laurea e integra la formazione di coloro che hanno già superato il primo livello di studi. Presenta alcune caratteristiche:

- E' diretta agli operatori sanitari che abbiano già conseguito un titolo professionale e che vengono a contatto nello svolgimento delle loro funzioni con pazienti terminali, dovendo quindi svolgere attività assistenziali, pur non prevalente né esclusiva nell'ambito delle cure palliative
- Comprende un approfondimento delle conoscenze delle cure palliative, l'apprendimento di abilità pratiche e relazionali
- I contenuti didattici dovranno comprendere sia l'ambito cognitivo sia quello gestuale e relazionale.

Questo intervento dovrebbe fornire sia ai medici che agli infermieri una maggiore conoscenza delle cure palliative e quindi migliorare la capacità di gestione del paziente terminale soprattutto per quanto riguarda i medici di famiglia che non hanno sviluppato una specializzazione in ambito oncologico. La realizzazione di questa formazione si attua mediante lo sviluppo di master e corsi specialistici che permettono un approccio più diretto e completo alla materia.

Il terzo livello prevede la specializzazione in cure palliative del personale medico e infermieristico che operano nell'ambito della rete assistenziale di cure palliative. Presenta alcune caratteristiche:

- è diretta agli operatori sanitari che svolgeranno funzioni assistenziali in maniera prevalente o esclusiva in cure palliative;
- comporta una approfondita conoscenza teorica e piena competenza dell'argomento associata ad adeguata esperienza anche in ambito manageriale ed alla capacità di relazionarsi a reti e servizi e valorizzare le risorse del territorio;
- il livello di formazione richiesto riguarda il massimo grado di competenza per affrontare in modo

adeguato e autonomo i problemi clinico-assistenziali connessi alla terminalità. I contenuti didattici dovranno essere orientati a far acquisire in modo completo, oltre alle capacità cognitive e alle abilità gestuali e relazionali, anche le capacità organizzative necessarie per gestire il lavoro di equipe e le strutture residenziali e per organizzare e gestire programmi di ricerca.

Tutti i professionisti che lavorano nel settore delle cure palliative richiedono un percorso di formazione che è differente a seconda del lavoro svolto. Lo sviluppo di corsi di formazione nell'infermieristica e nella medicina non è stato parallelo e si sta tuttora realizzando grazie agli studi che molti ricercatori hanno svolto a livello nazionale e internazionale.

A livello internazionale l'ELNEC (The end of life Nursing Education Consortium) rappresenta una svolta molto importante. Si tratta infatti di una iniziativa che mira alla formazione non soltanto degli studenti, ma in prima analisi dei docenti che si devono occupare di questa disciplina. Il progetto nato nel 2000 negli USA si è rapidamente diffuso a livello mondiale determinando la nascita di molti gruppi di lavoro che si adoperano nella ricerca e nella educazione del personale. Molti autori confermano la validità di questo progetto definendolo un esempio importante di come si possa migliorare sensibilmente il processo formativo degli infermieri utilizzando un percorso di studi ben definito in cui si analizza e si enfatizza ogni aspetto della gestione del paziente terminale. L'Italia non ha aderito al gruppo di lavoro ELNEC ma ha comunque sviluppato dei master nelle maggiori università. Purtroppo ciò che riscontriamo frequentemente è che, nonostante ci siano dei percorsi formativi, la preparazione del personale non è mai adeguata e congrua a quello che sarà il lavoro da svolgere. Molti autori concordano nel definire ancor carente la formazione del personale infermieristico anche nelle fasce specializzate, esortando il mondo accademico a favorire una maggiore integrazione della medicina palliativa nel curriculum medico-infermieristico. Trattandosi di una disciplina che guarda al paziente con una visione olistica, è evidente che il percorso di formazione che sia master o corso di studi specialistico deve essere strutturato in modo tale da affrontare tutte le componenti coinvolte nella medicina palliativa.

Ad oggi non esiste l'obbligo di frequenza a questi corsi pertanto ogni professionista è libero di decidere della propria preparazione permettendo, quindi, una grande disparità nelle abilità degli operatori. Se in ambito infermieristico si riscontrano molti limiti nello sviluppo della materia, in ambito medico si presentano sostanzialmente gli stessi problemi rendendo evidente come ci sia una mancata uniformità nella crescita della medicina palliativa in tutti i settori coinvolti. Molti autori sono concordi a pensare che sia gli studenti di medicina che gli studenti di infermieristica siano molto impreparati di fronte al tema della morte e della gestione del paziente terminale. Non essendoci un regolamento chiaro, ogni Ateneo è sempre stato libero di gestire questa disciplina in maniera del tutto autonoma creando, a discrezione, corsi elettivi o inserendo direttamente le cure palliative nel corso di oncologia clinica. La Legge n.38 ha disciplinato maggiormente la formazione del personale medico in questo settore, anche se ancora oggi ci deve essere un adeguamento di tutte le Regioni alle disposizioni nazionali. In Hospice a tutt'oggi una percentuale notevole di medici non sono specialisti e quindi oltre a non avere una formazione in ambito oncologico specifica non hanno conseguito il master. Gli Infermieri, in molti casi, non hanno conseguito il master ma hanno solo l'esperienza sul campo. In seguito a queste considerazioni è evidente come sia di fondamentale importanza investire sulla formazione specifica. La legge 38 ha predisposto lo sviluppo di master di livello nazionale che prevedano i contenuti e le dinamiche. Questo percorso anche se non rappresenta una vera e propria specializzazione, permette comunque una conoscenza adeguata a ricoprire incarichi

dirigenziali. E' un processo importante perché lo sviluppo degli hospice e dell'assistenza domiciliare è sempre più veloce e questo comporta la necessità di reperire personale sempre più qualificato. Le ultime disposizioni prevedono anche l'inserimento di questa disciplina nel percorso universitario dei Medici, nelle specialità tipo l'oncologia, la geriatria e la pneumologia. Per quanto riguarda gli Infermieri è quindi necessario ripensare a questo percorso formativo che, come già descritto, è comunque previsto. Si tratta di una strada che va necessariamente percorsa perché abbiamo gli strumenti per poterci occupare anche di questa fase della vita ed è giusto attivarsi in questa direzione. E' una necessità percepita da tutti coloro che, anche senza formazione, ogni giorno sono a contatto con persone che hanno raggiunto la fine della vita e che, proprio per questo, meritano un trattamento qualitativamente impeccabile.

ANALISI SULLE CONOSCENZE IN AMBITO DI CURE PALLIATIVE

Materiali e metodi

La valutazione della conoscenza del problema relativo alle cure palliative e la valutazione delle abilità gestionali e relazionali degli operatori sanitari al fine di migliorare la qualità di vita delle persone ricoverate in hospice sono state effettuate mediante l'utilizzo di un questionario specifico che è stato somministrato agli infermieri che lavorano presso questi istituti. Il campione d'indagine contava un totale di 61 infermieri appartenenti a 8 istituti dell'Emilia Romagna (Tabella 1,2) (Figura 1). Il questionario è stato strutturato in 18 domande intese a valutare oltre i dati personali, la conoscenza delle cure palliative, lo stato della formazione e i problemi relativi. (Allegato 1). Tabella 1 - Dati infermieri

| Infermieri | N= (50) | % |
|---------------------------------------|---------|-----|
| Età in anni | | |
| 20 ÷ 30 | 18 | 36% |
| 31 ÷ 40 | 13 | 26% |
| 41 ÷ 50 | 16 | 32% |
| Sesso | | |
| Uomini | 6 | 12% |
| Donne | 44 | 88% |
| Durata del servizio in Hospice | | |
| ≤ 1 anno | 21 | 42% |
| 1 ÷ 2 anni | 5 | 10% |
| 3 ÷ 3½ anni | 7 | 14% |
| 4 ÷ 6 anni | 9 | 18% |
| > 7 anni | 8 | 16% |

Item 1 - Sai dare una definizione di cure palliative?

Risultati: Abbiamo chiesto agli infermieri degli Hospice di fornire una definizione di cure palliative. Il criterio per definire la correttezza della risposta è stato quello di utilizzare come campione di riferimento la definizione fornita dalla World Health Organization: "l'assistenza, globale, attiva di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi. È fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità della vita per i pazienti e le loro famiglie." 41/50 (82%) degli infermieri interpellati ha fornito una risposta in linea con quanto definito dalla WHO.

| Risposte | n. inf. | % |
|----------|---------|------|
| Sì | 41 | 82% |
| Scarsa | 8 | 16% |
| No | 1 | 2% |
| TOTALE | 50 | 100% |

Item 2 - Sai cosa significa lavorare in equipe?

Risultati: La domanda è stata posta in quanto nell'erogazione delle cure palliative interviene sempre una equipe multidisciplinare e da qui la necessità di capire se il personale è a conoscenza delle dinamiche che caratterizzano il lavoro di gruppo e se è consapevole del proprio ruolo al suo interno. In base alla descrizione di queste caratteristiche, abbiamo catalogato le risposte ottenute come positive (OK) o scarse (se la risposta risulta solo parzialmente soddisfacente). Infine abbiamo identificato anche alcuni Infermieri che non hanno risposto a tale quesito.

| Risposte | n. inf. | % |
|--------------|---------|------|
| OK | 40 | 80% |
| Scarsa | 8 | 16% |
| Non risponde | 2 | 4% |
| TOTALE | 50 | 100% |

Item 3 - Quale maggiore difficoltà hai incontrato con il paziente oncologico e la sua famiglia?

| Risposte | Numero infermieri |
|---------------------------------|-------------------|
| Comunicazione Fine vita | 20 |
| Sintomi | 20 |
| Comunicazione Diagnosi/prognosi | 16 |
| Lutto | 15 |
| Altro | 1 |
| Totale Risposte | 72 |

Item 4 - Quale secondo te quale è la figura più adatta per l'accompagnamento del malato terminale?

Risultati: L'assistenza al malato terminale è complessa e coinvolge inevitabilmente più persone. L'obiettivo della domanda è quello di identificare quale sia, secondo il personale intervistato, la figura più adatta a gestire il paziente nella fase di fine vita.

| Risposte | n. inf. | % |
|----------------|---------|------|
| Tutti | 23 | 46% |
| Infermiere | 12 | 24% |
| Famiglia | 8 | 16% |
| Chi ha empatia | 2 | 4% |
| Non risponde | 1 | 2% |
| Altro | 4 | 8% |
| Totale | 50 | 100% |

Item 5 - In una scala da 1 a 10 (dove 10 è il massimo) come infermiere quanto ti senti preparato per l'accompagnamento di un malato terminale?

Risultati: La domanda è stata posta per capire qual è il grado di consapevolezza del proprio lavoro da parte degli infermieri che lavorano in Hospice, e quanto questi si sentano adeguati allo svolgimento di tale compito.

| Risposte | n. inf. | % | Durata Media servizio Hospice |
|----------|---------|------|-------------------------------|
| voto 5 | 2 | 4% | <1 anno |
| voto 6 | 10 | 20% | <1 anno |
| voto 7 | 21 | 42% | 3-3,5 anni |
| voto 8 | 8 | 16% | 2-3 anni |
| voto 9 | 1 | 2% | <1 anno |
| voto 10 | 2 | 4% | >7 anni |
| Non so | 6 | 12% | 4-6 anni |
| Totale | 50 | 100% | |

Item 6 - Cosa pensi dell'introduzione nel corso di laurea infermieristica dell'insegnamento in cure palliative?

Risultati: Si tratta di una domanda con la quale cerchiamo di capire quali sono le esigenze del personale in merito ad un maggiore approfondimento nella conoscenza delle cure. Il questionario ha dimostrato come gli Infermieri desiderino ricevere una maggiore preparazione. I risultati che abbiamo ottenuto evidenziano come 47/50 (94%) del campione sia favorevole all'introduzione di un insegnamento specifico nel corso di laurea.

| Risposte | n. inf. | % |
|-------------------|---------|------|
| Favorevole | 47 | 94% |
| Meglio la pratica | 1 | 2% |
| così così | 1 | 2% |
| Non risponde | 1 | 2% |
| TOTALE | 50 | 100% |

Item 7 - Quale importanza attribuisce alla formazione in relazione all'assistenza erogata?

Risultati: La domanda è stata posta con l'obiettivo di capire se una migliore formazione possa avere risvolti positivi nella erogazione del servizio di cure palliative. I risultati

mostrano come 41/50 (82%) infermieri giudichino positivamente la relazione tra formazione e qualità dell'assistenza.

| Risposte | n. inf. | % | |
|-----------------------|---------|------|------|
| Fondamentale | 19 | 38% |]82% |
| Importante | 13 | 26% | |
| Molto importante | 9 | 18% | |
| Abbastanza importante | 3 | 6% |]16% |
| Sul campo | 2 | 4% | |
| Poco importante | 2 | 4% | |
| Non risponde | 2 | 4% | |
| Totale | 50 | 100% | |

Item 8 - Nella tua formazione quale aspetto è stato più carente?

Risultati: I percorsi formativi devono essere realizzati con contenuti efficaci per lo svolgimento del lavoro. Pertanto è necessario identificare in quali aspetti c'è maggiore insicurezza da parte del personale che lavora all'interno degli Hospice, in quanto sono coloro che tutti i giorni si relazionano con paziente terminali .

| Risposte | n. inf. | % |
|---------------------------|---------|------|
| Tutto | 10 | 20% |
| Lato psicologico | 7 | 14% |
| Nessuno | 6 | 12% |
| Lutto | 6 | 12% |
| Non risponde | 4 | 8% |
| Tutoraggio | 3 | 6% |
| Relazione | 3 | 6% |
| Non sa | 3 | 6% |
| Comunicazione | 3 | 6% |
| Aspetti pratici | 1 | 2% |
| Terapie non convenzionali | 1 | 2% |
| Formazione caregiver | 1 | 2% |
| Paziente pediatrico | 1 | 2% |
| Audit clinici | 1 | 2% |
| Totale | 50 | 100% |

Item 9 - Quali aspetti dell'assistenza al malato terminale dovrebbero essere migliorati?

Risultati: L'assistenza al malato terminale è complessa e diversificata pertanto la domanda permette di chiarire quali sono gli aspetti più problematici nella gestione dei pazienti .

| Risposte | Numero infermieri |
|-------------------------------|-------------------|
| Comunicazione | 12 |
| Relazione | 10 |
| Ascolto | 10 |
| Assistenza | 9 |
| Non risponde | 6 |
| Rete servizi | 8 |
| Supporto psicologico | 6 |
| Tempo da dedicare al paziente | 6 |
| Totale Risposte | 67 |

Item 10 - Senti la necessità di ricevere formazione in ambito oncologico ovvero conoscere cosa succede prima della fase terminale?

Risultati: La domanda è stata posta per identificare se la conoscenza della storia naturale della patologia che porta il paziente in Hospice possa migliorare la qualità del servizio erogato. I risultati mostrano come 36/50 (72%) degli infermieri senta la necessità di ricevere una formazione in questo settore.

| Risposte | n. inf. | % |
|--------------|---------|------|
| Sì | 36 | 72% |
| No | 9 | 18% |
| Non so | 4 | 8% |
| Non risponde | 1 | 2% |
| Totale | 50 | 100% |

Item 11 - Pensi che una buona formazione aiuti a non cadere in burnout?

Risultati: La sindrome da burnout interessa tutti coloro che esercitano professioni di aiuto e comporta un esaurimento psicologico e fisico del lavoratore. Con questa domanda valutiamo se la scarsa conoscenza delle cure palliative comporti uno stress tale da sviluppare questa sindrome e se, di conseguenza, una maggiore formazione possa aiutare a prevenirla. I risultati mostrano come 34/50 (68%) degli infermieri ritenga necessaria una buona formazione per evitare il burnout.

| Risposte | n. inf. | % |
|--------------|---------|------|
| Sì | 34 | 68% |
| No | 8 | 16% |
| Non so | 7 | 14% |
| Non risponde | 1 | 2% |
| Totale | 50 | 100% |

Item 12 - Il percorso del paziente dalla diagnosi alla terminalità può essere assimilato al percorso professionale dell'Infermiere? Ovvero è funzionale che un Infermiere inizi la propria carriera proprio in hospice anziché avere un percorso graduale dal punto di vista della pratica esperienziale?

| Risposte | n.infermieri | % |
|--------------|--------------|------|
| Sì | 20 | 40 |
| No | 14 | 28 |
| Non so | 13 | 26 |
| Non risponde | 3 | 6 |
| Totale | 50 | 100% |

Conclusioni

La formazione a tutti i livelli è sicuramente un processo che dovremo acquisire sin dalla formazione di base e che dovrebbe accompagnarci ogni giorno nelle nostre attività. Infatti la formazione non è soltanto un insieme di nozioni ma deve essere il risultato di un piano formativo organico che tende a strutturare, mantenere e rinforzare in maniera completa l'individuo. La formazione è il processo di comunicazione più evoluto e più complesso, che non si ferma solo al primo livello, ma deve essere considerata anche nella forma della formazione continua con lo scopo di riqua-

lificare, riprofessionalizzare con corsi dedicati e specifici. In alcuni ambiti come ad esempio quello delle cure palliative, è noto a tutti coloro che si occupano di questa disciplina che, nonostante ci sia stata negli ultimi anni un'evoluzione notevole in questo settore, la formazione del personale ad oggi non è ancora completa. Lo dimostra il fatto che, dallo studio proposto in questo articolo, si evidenzia come ci siano lacune che non si possono colmare solo con l'esperienza. I fattori che hanno contribuito a determinare questo stato, sono molteplici, a partire dalla ridotta offerta formativa, dalla mancanza di omogeneità dei contenuti dei Master fino alla non obbligatorietà nella partecipazione ai corsi, che sono frequentati a discrezione dell'operatore. Un dato importante che è emerso nell'analisi della situazione attuale è che il personale è consapevole del proprio deficit culturale in questo settore e auspica un miglioramento significativo delle proprie conoscenze. Dal momento che la persona alla fine della sua vita presenta un quadro clinico e personale molto complesso, necessita di un'assistenza specifica e puntuale che solo un operatore ben qualificato è in grado di fornire. Pertanto un deficit formativo crea, in primo luogo, disagi nella gestione del malato e della famiglia, complicando una situazione di per sé già difficile. In aggiunta si deve considerare lo stress che inevitabilmente si sviluppa nell'operatore stesso indipendentemente dal ruolo. Non è raro che il personale che opera nel settore sanitario sviluppi la sindrome da burnout, una forma di esaurimento mentale e fisico che impedisce lo svolgimento di un'attività lavorativa efficiente e che compromette significativamente la fiducia nelle proprie capacità sia all'interno del mondo lavorativo che quello relazionale all'esterno.

L'indagine eseguita ha evidenziato che gli infermieri individuano una connessione tra livello formativo e rischio di burnout e per tale motivo richiedono una maggiore istruzione che parta già a livello universitario e si sviluppi poi in Laurea Specialistica o Master specifici. È proprio per far fronte a questi numerosi disagi che è necessario sviluppare e disciplinare i percorsi formativi in cure palliative. Le possibilità d'intervento in questo settore sono numerose e gli stessi operatori suggeriscono corsi specialistici, riunioni di equipe, seminari come possibili strade da percorrere per migliorare la cono-

scenza. È necessario considerare inoltre che ad oggi i pazienti ricoverati in Hospice, nell'80% dei casi presentano patologie oncologiche, con un quadro clinico variabile a seconda dell'evoluzione della patologia. Questo aspetto ci ha portato a valutare se il personale infermieristico ha una conoscenza adeguata delle patologie che portano il paziente nella condizione di fine vita. I risultati dello studio hanno dimostrato che non c'è una formazione adeguata anche in questo ambito poiché la maggior parte del personale intervistato si è dimostrato favorevole ad un maggiore aggiornamento anche in questo settore stante anche la continua evoluzione diagnostica, della farmacoterapia, della prevenzione ecc. Infine, l'indagine condotta ha fornito risultati significativi, evidenziando la necessità di investire nella formazione specifica per tutte le figure professionali coinvolte nella gestione del malato. Ciò rappresenterebbe un contributo notevole in termini di capacità, di consapevolezza, di strumenti a quanti si avvicinano alle cure palliative.

BIBLIOGRAFIA

1. Cicely Saunders, Vegliate con me, Hospice un'ispirazione per la cura palliativa Bologna, Edizioni Devonianie Bologna, 2008.
2. Ventafridda V, Curare quando non si può guarire, in quaderni di cure palliative n. 1, 1993.
3. World Health Organization, National Cancer Control Program: Policies and Managerial Guidelines, 2nd ed Geneva, Switzerland: Word Health Organization 2002.
4. Shirley Du Boulay, Cicely Saunders, L'assistenza ai malati "incurabili" Milano. Jaka Book, 2004.
5. Comitato Etico presso la Fondazione Floriani Carta dei diritti dei morenti Fondazione Floriani, 1997.
6. Legge 26 febbraio 1999, n 39, in materia di "programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative".
7. Legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".
8. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000 GU 21 marzo 2000 n. 67, in materia di "atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative".
9. EAPC Guidelines for the development of nursing education in palliative care in Europe: report from the EAPC task force, 2004.
10. Amadori D, Corli O, De Conno F. et al. Libro italiano di Cure palliative 2° ed. Milano: Paletto Editore 2007.
11. Codice deontologico dell'Infermiere 1999/2009.
12. Legge 42 del 1999 in materia di disciplina del ruolo dell' infermiere.
13. DM n.739 del 14 settembre 1994.

• La tubercolosi ed i dispositivi per la prevenzione della malattie infettive contagiose

Dott. Gianfranco Bocchi
Dott. Antonio Gramegna

I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Prima di entrare nello specifico dei dispositivi di protezione per gli operatori sanitari che assistono pazienti con Tubercolosi o sospetta tubercolosi, è necessario fare alcune premesse generali e teoriche di riferimento.

1) Definizione di Dispositivo di Protezione Individuale

Si intende per **Dispositivo di Protezione Individuale**, definizione resa nota dall'acronimo **DPI**, qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo (art. 74, comma 1 del d.lgs. 9 aprile 2008 n.81 Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro denominato anche TUSIC).

La legge di riferimento è dunque il d.lgs. 81/2008 che ne prevede l'utilizzo solo quando siano già state adottate misure tecniche preventive e/o organizzative di protezione collettiva: in altri termini, il DPI va utilizzato solo quando non è possibile eliminare il rischio. (Il rischio è la potenzialità che un'azione strategica scelta porti ad un evento indesiderabile).

Quindi i DPI devono essere impiegati quando i rischi non possono essere evitati o sufficientemente ridotti da misure tecniche di prevenzione, da mezzi di protezione collettiva, da misure, metodi o procedimenti di riorganizzazione del lavoro.

2) Le misure di Protezione Collettiva

Sono rappresentate sinteticamente da

- a) rispetto degli standard tecnico-strutturali relativi a attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici;
- b) attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti;

- c) monitoraggio delle attività di natura organizzativa quali le emergenze cardio-respiratorie, la chirurgia toracica, l'assistenza a manovre invasive a livello broncopolmonare;
- d) la possibilità di consultazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- e) attività di informazione e formazione dei lavoratori;
- f) presenza di procedure e di istruzioni operative che riguardano la sicurezza dei lavoratori.

Il modello gestionale sensibile a tali misure, finalizzate alla prevenzione, deve in ogni caso prevedere, per quanto richiesto dalla natura e dimensioni dell'organizzazione e dal tipo di attività svolta, un'articolazione di funzioni che assicuri le competenze tecniche e i poteri necessari per la verifica, valutazione, gestione e controllo del rischio, nonché un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

3) L'esposizione ad agenti biologici

Alcune definizioni preliminari sono necessarie

- a) agente biologico: qualsiasi microrganismo anche se geneticamente modificato, coltura cellulare ed endoparassita umano o animale che potrebbe provocare infezioni, allergie o intossicazioni;
- b) microrganismo: qualsiasi entità microbiologica, cellulare o meno, in grado di riprodursi o trasferire materiale genetico;
- c) coltura cellulare: il risultato della crescita in vitro di cellule derivate da organismi pluricellulari.

Secondo d.lgs. 9 aprile 2008 n.81 gli agenti biologici sono ripartiti nei seguenti quattro gruppi a seconda del rischio di infezione:

- a) agente biologico del gruppo 1: un agente che presenta poche probabilità di causare malattie in soggetti umani;
- b) agente biologico del gruppo 2: un agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori; e' poco probabile che si propaga nella comunità; sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche;
- c) agente biologico del gruppo 3: un agente che può causare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori;

l'agente biologico può propagarsi nella comunità, ma di norma sono disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche;

- d) agente biologico del gruppo 4: un agente biologico che può provocare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori e può presentare un elevato rischio di propagazione nella comunità; non sono disponibili, di norma, efficaci misure profilattiche o terapeutiche.

Nel caso in cui l'agente biologico oggetto di classificazione non può essere attribuito in modo inequivocabile ad uno fra i due gruppi sopraindicati, esso va classificato nel gruppo di rischio più elevato tra le due possibilità. La classificazione è riportata nell'allegato XLVI del d.lgs. 9 aprile 2008 n. 81.

Alcuni esempi

| | |
|----------------------------|----------|
| Mycobacterium tuberculosis | Gruppo 3 |
| Salmonella typhi | Gruppo 3 |
| Yersinia Pestis | Gruppo 3 |
| Virus Ebola | Gruppo 4 |
| Virus Epatite C | Gruppo 3 |
| Virus Hiv | Gruppo 3 |

4) Le vie di trasmissione delle malattie in ambito ospedaliero

I microrganismi sono trasmessi in ospedale attraverso diverse vie, e lo stesso microrganismo può essere trasmesso per più di una via.

Sono note le seguenti modalità di trasmissione:

contatto, goccioline, aerea, vettori, veicoli, oro fecale, ematica.

Questa suddivisione è pragmatica ed è una sintesi tra l'impostazione teorica dei Cdc (che teorizza le prime 5 vie di trasmissione) e le classiche modalità di isolamento. (che prevedevano sette vie di trasmissione tra cui una unica modalità di trasmissione per via aerea).

- Trasmissione per contatto

è il più importante e frequente modo di trasmissione delle infezioni nosocomiali suddivisibile in due sottogruppi: per contatto diretto (a) e indiretto (b)

- a) La prima modalità di trasmissione implica un contatto diretto tra la superficie di due corpi ed il trasporto fisico di microrganismi da una persona colonizzata od infetta ad un ospite suscettibile come accade

quando un infermiere accudisce un paziente, o effettua un'altra attività assistenziale che richiede un contatto personale diretto. La trasmissione per contatto diretto può altresì verificarsi tra due pazienti, di cui uno funge da sorgente e l'altro da ospite.

- b) La seconda modalità di trasmissione, per contatto indiretto, comporta il contatto di un ospite recettivo con oggetti contaminati, usualmente inanimati, come strumenti, aghi, medicazioni, guanti non sostituiti tra paziente e paziente.

- Trasmissione mediante goccioline (droplets)

La trasmissione mediante goccioline viene considerata una via distinta di trasmissione.

Le goccioline sono prodotte dalla persona che funge da sorgente in primo luogo attraverso la tosse, lo starnuto, o parlando, o durante l'esecuzione di certe procedure come broncoscopia e aspirazione. La trasmissione avviene quando le goccioline che contengono microrganismi prodotti dall'individuo infetto sono inviate a breve distanza attraverso l'aria e depositate sulle congiuntive, le mucose nasali o la bocca dell'ospite. Poiché le goccioline non restano sospese nell'aria, per prevenirne la trasmissione

non sono richieste particolari ventilazioni o trattamenti dell'aria

- Trasmissione per via aerea: avviene per disseminazione, sia di nuclei di goccioline per via aerea (piccole particelle residue, di dimensione di 5 micron o meno, di goccioline evaporate contenenti microrganismi che rimangono sospese nell'aria per lunghi periodi di tempo) che di particelle di polvere contenenti l'agente infettivo.

I microrganismi trasportati in questo modo possono essere ampiamente dispersi dalle correnti d'aria ed essere inalati da un ospite suscettibile, nella stessa stanza, o a più lunga distanza dalla sorgente in rapporto a fattori ambientali: per questa ragione, per prevenire la trasmissione per via aerea, sono necessari particolari trattamenti dell'aria e idonea ventilazione. (La differenza tra queste due ultime vie di trasmissione è sottile ma sostanziale)

Il Mycobacterium tuberculosis, è un microrganismo incluso nella trasmissione per via aerea.

- Trasmissione tramite veicoli comuni: riguarda microrganismi trasmessi da oggetti contaminati come cibo, acqua, medicazioni, presidi ed attrezzature.

Trasmissione mediante vettori: avviene quando vettori come zanzare, mosche, topi ed altri animali trasmettono microrganismi; questa via di trasmissione è, a livello ospedaliero, di minor importanza.

5) **I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE**

La maschera chirurgica non è un DPI ma un dispositivo medico.

È utilizzata in particolare in ambiente ospedaliero, e serve a evitare che la persona che la indossa contamina l'ambiente (e quindi i soggetti con cui viene a contatto): può essere usata per il filtraggio in espirazione. Può essere di 4 tipi: I, IR, II e IIR. Quelle IIR (quattro strati) offrono una maggiore efficienza di filtrazione batterica (≥ 98%).

Inoltre la IIR è resistente anche agli spruzzi.

Dopo 2-3 ore di uso, le mascherine vanno sostituite in quanto, inumidendosi, perdono di efficacia.

Invece i DPI sono classificati in base alle parti del corpo che devono proteggere (allegato VIII del D.Lgs. n. 81/08):

- dispositivi di protezione della testa;
- dispositivi di protezione dell'udito;
- dispositivi di protezione degli occhi e del viso;
- dispositivi di protezione delle vie respiratorie;
- dispositivi di protezione delle mani e delle braccia;
- dispositivi di protezione dei piedi e delle gambe;
- dispositivi di protezione della pelle;
- dispositivi di protezione del tronco e dell'addome;
- dispositivi di protezione dell'intero corpo;
- indumenti di protezione.

I dispositivi di protezione delle vie respiratorie non sono tecnicamente delle mascherine ma apparecchi respiratori (anche facciali filtranti) e servono a filtrare in ispirazione inquinanti respiratori tra cui particelle solide e liquide.

Sono costituiti interamente o prevalentemente di materiale filtrante attraverso il quale passa l'aria inspirata; il respiratore copre almeno il naso e la bocca. Alcuni tipi, per migliorare l'adattamento del volto, ricorrono ad un adattatore attorno al naso (monouso). L'utilizzatore deve modellare lo stringinaso prima dell'uso.

La classificazione dei facciali filtranti si basa sul concetto di TLV.

I Threshold Limit Value o TLV, ovvero "valore limite di soglia", sono le concentrazioni ambientali delle sostanze chimiche aerodisperse al di sotto delle quali si ritiene che la maggior parte dei lavoratori possa rimanere esposta ripetutamente giorno dopo giorno, per una vita lavorativa, senza alcun effetto negativo per la salute.

I facciali filtranti sono considerati:

FF P1

faciale filtrante con bassa separazione contro le particelle solide (per la protezione da polveri nocive, aerosol a base acquosa di materiale particellare (≥0,02 micron) quando la concentrazione di contaminante è al massimo 4 volte il corrispondente TLV ed efficienza filtrante minima 78%)

FF P2

faciale filtrante con media separazione contro le particelle solide e liquide (per la protezione da polveri a media tossicità, fibre e aerosol a base acquosa di materiale particellare (≥ 0,02 micron), fumi metallici per concentrazioni di contaminante fino a 12 volte il valore limite TLV ed efficienza filtrante minima 92%)

FF P3

faciale filtrante con alta separazione contro le particelle solide e liquide (per la protezione da polveri tossiche, fumi e aerosol a base acquosa di materiale particellare tossico con granulometria ≥ 0,02 micron, per concentrazioni di contaminante fino a 50 volte il TLV ed efficienza filtrante minima 98%).

In alcuni testi è indicato il termine "respiratore certificato N-95": N sta per Niosh che è un settore del CDC (National Institute for Occupational Safety and Health) e 95 indica che il dispositivo deve avere il 95% di capacità protettiva.

6) **Le precauzioni standard e le precauzioni aggiuntive**

Secondo una definizione del 1996 dei CDC di Atlanta, le **Precauzioni Standard** combinano le Precauzioni Universali con l'isolamento per liquidi biologici con l'obiettivo di isolare dalla possibile contaminazione da parte di:

- Sangue
- Tutti i liquidi e materiali biologici
- Tutte le secrezioni e le escrezioni, (escluso il sudore), indipendentemente dalla presenza di sangue

- Cute lesa

Le precauzioni standard si adottano sempre quando l'operatore sanitario può essere esposto al contatto con il sangue, liquidi corporei, secrezioni, escrezioni indipendentemente dal fatto che contengano o meno sangue visibile), cute e/o mucose lese, tenuto conto che l'anamnesi e l'esame obiettivo possono non identificare lo stato sierologico del paziente (devono essere usate per tutti i pazienti)

Le principali precauzioni standard sono

- Lavaggio delle mani
- Uso dei guanti
- Uso di maschere chirurgiche
- Uso di occhiali protettivi
- Uso di filtri facciali
- Uso del camice
- Smaltimento di aghi e strumenti taglienti
- Decontaminazione e disinfezione dello strumentario riutilizzabile
- Gestione biancheria
- Pulizia e disinfezione ambientale
- Collocazione del paziente

In definitiva si applicano SEMPRE sia in presenza che in assenza di una diagnosi clinica.

Con il termine di **precauzioni aggiuntive** (definizione, a mio parere fuorviante) vengono definite dai CDC tutte le precauzioni (standard e specifiche) applicate solo in caso di:

- infezioni trasmesse per via aerea (come nella Tbc, varicella e morbillo);
- infezioni trasmesse per droplet;
- infezioni trasmesse per contatto.

Analizziamo, quindi, le precauzioni specifiche per le infezioni trasmesse per via aerea (come nella Tbc, varicella e morbillo): infatti in aggiunta alle Precauzioni Standard, devono essere usate tutte le Precauzioni aggiuntive per le malattie trasmesse per via aerea nei casi di pazienti riconosciuti o sospettati di essere infetti da microrganismi trasmessi per via aerea. (o pazienti con sindromi e/o condizioni cliniche quali febbre, tosse, quadri radiologici con infiltrati cavitati polmonari.)

Le precauzioni aggiuntive sono

Sistemazione del paziente.

Sistemare il paziente in camera singola che abbia:

- 1) una pressione dell'aria negativa e monitorizzata rispetto alle aree circostanti;
- 2) da 6 a 12 ricambi d'aria per ora;
- 3) uno scarico appropriato dell'aria all'esterno o una filtrazione moni-

torizzata, ad alta efficienza, dell'aria della stanza prima della immissione in altre zone dell'ospedale.

- 4) Tenere la porta della stanza chiusa e il paziente nella camera.

Quando non fosse disponibile una camera singola, sistemare il paziente in una camera con un paziente che abbia una infezione attiva sostenuta dallo stesso microrganismo, ma non un'altra infezione, a meno che sia diversamente raccomandato (sistemazione in coorte).

Protezioni respiratorie

Indossare protezioni respiratorie quando si entra nella stanza di un paziente con tubercolosi polmonare attiva, sospetta o accertata.

Quindi Indossare filtranti facciali FFP2 quando si entra nella stanza di un paziente con tubercolosi polmonare attiva, sospetta o accertata.

(Questa indicazione è stata in alcuni casi criticata dal personale che tende ad indossare filtranti facciali FFP3: in alcune aziende vi sono raccomandazioni per l'utilizzo del FFP3.)

Trasporto dei pazienti

Limitare il movimento ed il trasporto del paziente dalla stanza solo a fini essenziali. Se è necessario trasporto o movimento, minimizzare, se possibile, la dispersione da parte del paziente di nuclei di goccioline facendogli indossare una mascherina chirurgica.

Evidenziati così alcuni aspetti generali che ci aiutano ad incorniciare la complessa problematica dell'utilizzo dei dispositivi di protezione nelle performance assistenziali del personale sanitario, alcune considerazioni sono necessarie:

- 1) A mio parere è fondamentale trovare un linguaggio comune tra il personale infermieristico per quanto riguarda il settore dei Dispositivi di Protezione (alcune volte: esiste attualmente un terreno in cui convivono in modo anche conflittuale due correnti composte da coloro che minimizzano l'impatto delle infezioni crociate in ospedale con scarso utilizzo di strategie personali preventive e un'altra da coloro che enfatizzano il concetto di trasmissione infezione paziente>operatore e operatore>paziente.
- 2) L'utilizzo dei dispositivi DEVE far parte delle competenze tecniche del personale infermieristico: è sufficiente in questo senso interpretare il Profilo Infermieristico Art. 1 e 2 (Le principali funzioni sono la

prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati...) per sottolineare la grande importanza dell'utilizzo dei dispositivi di protezione e il ruolo dell'infermiere nella prevenzione delle infezioni ospedaliere, oggi, non a caso, chiamate infezioni correlate all'assistenza e nella prevenzione della trasmissione di malattie infettive paziente versus personale sanitario.

- 3) Lo sviluppo di patologie sostenute da microrganismi farmaco multi resistenti quali Tb multi drugs resistance e l'Infezione da Klebsiella produttrice di carbapenemasi sono esempi che dovrebbero far riflettere sul corretto utilizzo dei Dispositivi di protezione.
- 4) In questo senso l'assistenza a pazienti con Tubercolosi attiva rappresenta un momento fondamentale nelle applicazioni delle conoscenze e del senso di responsabilità degli infermieri: conoscere il come e il quando delle vie di trasmissione delle malattie infettive e conoscere il quanto della propria performance assistenziale diventa un aspetto moderno e irrinunciabile verso una piena assunzione di responsabilità infermieristica.
- 5) In ultima analisi la frase scritta dal Dott. Sabbatani nella precedente parte (Alla luce di queste considerazioni assume un ruolo strategico l'individuazione di dispositivi sanitari che consentano di prevenire il contagio nei confronti degli operatori sanitari (infermieri, tecnici, operatori socio-sanitari e medici) che quotidianamente operano al letto del paziente e che pertanto sono più esposti a contrarre l'infezione tubercolare) diventa realmente una costante componente del pensiero professionale e quotidiano dell'infermiere.

BIBLIOGRAFIA

- Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007 (CDC ATLANTA).
- Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria Dossier 123-2006 Sorveglianza e controllo Dossier 123-2006 (Agenzia Sanitaria Regionale).
- DECRETO LEGISLATIVO 9 aprile 2008, n. 81 - D.Lgs. n. 81/08 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- N95 Respirators and Surgical Masks (Niosh 2009).

CONVEGNI - CONGRESSI - CORSI



**XXVI CONVEGNO TENUTO
DAI COLLEGI IPASVI DELLA
REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

“Integrazione professionale e continuità assistenziale”

**Il contributo degli infermieri
7 Maggio 2012**

Bologna - Palazzo della Cultura e dei Congressi - Sala Europa
Informazioni: presso le rispettive sedi dei Collegi IPASVI della Regione Emilia-Romagna e del Collegio IPASVI di Bologna - Tel. 051.393840
E-mail: info@ipasvibo.it
Sito web: www.ipasvibo.it
Crediti ECM n. 2

ALTRI CORSI E CONVEGNI

A.S.A.C. - In collaborazione con la Polizia di Stato - Questura di Modena
Convegno: “Soccorso e scena del crimine: problematiche e strategie operative”

19 Maggio 2012
Modena - Camera di Commercio
Informazioni: Associazione Scientifica Anti Crimine
Tel. 340.6829198 - 346.2294226
E-mail: info@asacitalia.it
Sito web: www.asacitalia.it

Casa di Cura Privata Polispecialistica Villa Verde - Reggio Emilia
Workshop ECM: “L'endoscopia al Servizio della Prevenzione”

26 Maggio 2012
Informazioni: HT Eventi e Formazione s.r.l. - Tel. e fax 051.473911
E-mail: fabiola@htcongressi.it
Sito web: www.htcongressi.it

AIOM Emilia-Romagna
Convegno: “Progressi e controversie nel trattamento delle neoplasie del distretto cervico-facciale”

24 Settembre 2012
Cotignola (RA) - Maria Cecilia Hospital - Sala Convegni
Informazioni: Delphi International s.r.l.
Tel. 0532.1934226 - Fax 0532.1934214
E-mail: achigorno@delphiinternational.it
Sito Web: www.delphiinternational.it

AIOS - Associazione Italiana Operatori Sanitari addetti alla Sterilizzazione
XII Congresso Nazionale AIOS

11-12-13 Ottobre 2012
Riccione (RN) - Palazzo dei Congressi
Informazioni: CSR Congressi s.r.l.
Tel. 051.765357 - Fax 051.765195
E-mail: info@csrcongressi.com
Sito Web: www.csrcongressi.com