

Parliamone

Anno 22 - N. 2 - Dicembre 2012 - Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 2, comma 1, DCB Sondrio

Trimestrale di informazione settoriale - Autorizzazione Tribunale di Sondrio n° 218 del 19-2-1991 - Direttore Responsabile Ercole Andrea Piani
Redazione: Via Aldo Moro, 38 - Sondrio - tel. 0342-218427 - fax 0342-517182 - E-mail: info@ipasviso.org - Stampa Lito Polaris (So)

In caso di mancato recapito restituire a:
Centro Postale Operativo Sondrio

Sensazioni a distanza di un anno...

di Tonino Trinca Colonel

Nelle prossime righe, poche per vostra fortuna, proverò a sintetizzare questa mia avventura al timone del nostro Collegio Ipasvi Provinciale. Ad un anno dall'inizio, analizzando l'esperienza vissuta come vostro rappresentante, il bilancio è sicuramente positivo. Certo, se penso a ciò che il Consiglio Direttivo si era prefissato, ai nostri obiettivi, sicuramente il cammino da compiere è ancora lungo e lontano dall'essere concluso. Purtroppo le mie, nostre, aspettative si sono dovute confrontare e scontrare con la realtà. Per quanto mi riguarda, essendo questa la mia prima esperienza all'interno del Collegio, mai avrei immaginato il tempo e l'impegno necessari anche solo per l'ordinaria gestione dello stesso. Le attività a carico dei colleghi dediti alla gestione del Collegio sono gravose e la mole di lavoro ingente. Per questo motivo non finirò mai di ringraziare, e non penso di fare della retorica, coloro che attivamente negli anni hanno contribuito a portare il Collegio Ipasvi Sondrio sin qui. Per riuscire ad essere ancor più efficaci ed incisivi sarebbe necessario molto più tempo, dedicandosi al Collegio a tempo pieno, ma visto che tutti noi siamo volontari riconosco, comunque, la passione e l'impegno che vengono dedicati giornalmente al perseguimento degli obiettivi. Siamo riusciti, ottemperando al nostro mandato prioritario di garanzia e tutela dell'utente, a raggiungere la completa iscrizione all'Albo da parte dei colleghi che operano per e a contatto dell'utenza, abbiamo ascoltato ed indirizzato persone che chiedevano chiarimenti in merito alla professione ed agli infermieri iscritti, promosso una giornata gemellata con Aido e con alcune associazioni sportive dedicata alla donazione di tessuti ed organi e organizzato quattro giornate formative dedicate all'aggiornamento professionale. Al proposito rivolgo un doveroso ringraziamento ad Alessandro, Antonietta e Nicolò docenti competenti e preziosi nei corsi da noi proposti. Esprimo gratitudine, altresì, alla Federazione Nazionale e al Collegio di Varese che come

provider E.C.M. hanno permesso la realizzazione dei nostri corsi e a chi materialmente ha messo a disposizione le strutture per ospitare gli eventi formativi. Un plauso anche alle insostituibili impiegate, a tutto il Consiglio Direttivo che con intensità si è impegnato per la formazione e la realizzazione delle varie attività necessarie per il buon funzionamento del Collegio. L'essere garanti per l'utente e riuscire ad affiliare gli infermieri al Collegio saranno i nostri obiettivi anche per il prossimo futuro. Per questo chiedo agli infermieri tutti di essere vicini al proprio Collegio, di manifestare, suggerire, proporre, partecipare e di essere orgogliosi di appartenere al Collegio Ipasvi di Sondrio. Appartenere all'albo infermieri per esercitare, per me, come per parecchi di voi, è sempre stato sentito più che come un obbligo come un dogma. Come infermiere professionista sono sempre stato un convinto sostenitore della necessità di essere iscritti all'Albo professionale (speriamo in tempi brevi ad un Ordine). Ho avuto inoltre, come vostro rappresentante, l'immenso piacere di onorare e festeggiare i ventisette nuovi neolaureati in Infermieristica dell'Università "Bicocca" formati presso la Sezione di Faedo. Una giornata importante, di massima visibilità e contemporanea concretezza, che ha irrobustito la mia convinzione del decisivo percorso intrapreso verso la conclamata professionalizzazione degli infermieri. Nuovi colleghi con solide basi, motivazioni e vigorose energie che, con il loro sapere ed entusiasmo, potranno contagiare i colleghi più esperti con i quali lavoreranno. A loro il nostro più grande benvenuto nella Professione, l'invito alla massima considerazione per la Disciplina intrapresa e l'appello ad una pronta collaborazione con il loro Collegio. Le righe iniziano ad essere troppe e quindi chiuderei con i migliori auguri per le imminenti Festività.

Centro Assistenza Post Acuti di Sondalo: una nuova opportunità per ritrovare autonomia



di Ercole Piani*

È con piacere che presento ai lettori di Parliamone la nuova realtà nella quale sono impegnato e che, grazie al Comune di Sondalo proprietario della struttura, e alla Cooperativa San Michele Ente gestore, ha cominciato ad accogliere i primi pazienti post acuti così come previsto dal progetto sperimentale di Regione Lombardia. Oggi ho la fortuna di aver avuto questo incarico come direttore dal Consiglio di Amministrazione della Cooperativa San Michele che nonostante le enormi difficoltà nel veder decollare il progetto assume l'onere di un rischio d'impresa non indifferente.

Sono quindi a richiedere a tutti i Colleghi infermieri di promuovere l'iniziativa che presenta delle positive opportunità per le persone che possono trovare tra di noi il piacere di percorrere il cammino dell'autonomia che è ancora compromesso dai postumi di quell'evento patologico che, pur non essendo più acuto, richiede al paziente un periodo riabilitativo senza dover incorrere in spese rilevanti così come proposto da Strutture non accreditate e a totale carico dell'utente.

La nostra Regione ha voluto promuovere questa realtà, finanziando nella nostra Provincia la struttura di Sondalo, di Morbegno e di Chiavenna, il progetto finirà il suo percorso sperimentale a fine luglio 2013; sarebbe auspicabile che diventi, in futuro, una nuova opportunità vista un'esigenza così presente ma che trova ancora grande difficoltà a decollare. Di seguito vi allego la nostra carta dei servizi perché è esaustiva di tutte le eventuali domande e sono disponibile a nuove informazioni qualora se ne presenti la necessità.

Cos'è la carta dei servizi

La Carta dei Servizi è il documento nel quale la Cooperativa San Michele, Ente gestore del Centro Assistenza Post Acuti, assume una serie d'impegni nei confronti dei propri utenti, dei loro familiari, della Comunità e delle Istituzioni: è qui che sono definite le prestazioni erogate, con quali modalità e quali standard di qualità intende garantire. La Carta dei Servizi è volta alla tutela dei diritti degli utenti, e si basa su una serie di principi generali, quali l'uguaglianza, l'imparzialità, la libertà di scelta, l'efficienza e soprattutto la partecipazione attiva dell'utente, che ha il ruolo principale di feedback sulla qualità erogata dal servizio.

CONTINUA A PAGINA 2 ►



Bollino
tesseramento

2013

Collegio
IP-AS-VI
2013

All'interno

Collaborare col Collegio Ipasvi Sondrio	Pag. 4
Responsabilità e delega	Pag. 5
La contenzione fisica	Pag. 6
Stomaterapista in azione	Pag. 8
ECM: il nuovo sistema	Pag. 9
La riforma sanitaria americana	Pag. 12
ANFFAS, questa sconosciuta!	Pag. 11
La ricerca infermieristica	Pag. 12
Coperture assicurative a tutela degli iscritti Ipasvi	Pag. 13
Decima festa dei laureati	Pag. 15

Continua dalla prima pagina

Destinatari

I soggetti destinatari privilegiati del progetto sono adulti in condizioni di stabilità clinica che hanno concluso il loro periodo di degenza in istituto ospedaliero dopo la fase acuta e sub-acuta, ma che necessitano di migliorare il più possibile lo stato di “salute” e che, quindi, hanno bisogno di un ulteriore periodo di assistenza residenziale, a bassa intensità sanitaria, ma ad alta intensità assistenziale al fine di recuperare in via definitiva le funzioni possedute prima dell’evento critico; tale periodo “protetto” può essere considerato l’antecedente del reinserimento nel proprio contesto sociale di vita o lo strumento per la scelta di altre soluzioni, adottate in itinere e offerte dalla rete dei servizi sociosanitari. Possono altresì essere annoverati come destinatari della sperimentazione le persone che si trovano al proprio domicilio, ma che necessitano di forme di riabilitazione e assistenza diurna a causa della riduzione delle autonomie personali dovuta, per esempio, ad un allettamento prolungato per malattie debilitanti o cadute accidentali.

I soggetti che possono accedere al servizio devono essere residenti in Regione Lombardia e per l’offerta diurna essere domiciliati nella Provincia di Sondrio; non rientrano nella casistica le persone affette da patologie che presentano un elevato carico sanitario per le quali esistono altre soluzioni assistenziali.

Sede del servizio

La sede fa riferimento ad un nucleo autonomo posto al 4° piano presso la struttura che ospita la R.S.A. (Residenza Sanitaria Anziani) Bellavista in Via Bertacchi 8, nel Comune di Sondalo (SO), nel Distretto socio-sanitario di Bormio-Livigno. La sede, di proprietà comunale, recentemente oggetto di profonda ristrutturazione volta all’erogazione di servizi socio-sanitari a carattere residenziale, viene messa a disposizione per l’attuazione del progetto a titolo di comodato d’uso gratuito (per il primo anno di sperimentazione) tramite contratto stipulato fra l’Ente Capofila (Coop. Soc. San Michele) e il Comune di Sondalo. All’esterno della struttura è presente un ampio spazio adibito a giardino, allestito in modo tale da poter essere utilizzato in sicurezza e permettere piacevoli attività di relax socializzanti. Altri spazi e opportunità potranno essere condivisi con la struttura della R.S.A. rendendo più piacevole il soggiorno (ad esempio servizio religioso ed accesso ad iniziative culturali proposte dal territorio).

Organizzazione e ruoli

All’interno del centro di assistenza post acuti operano, in equipe, diverse figure professionali:

Infermieri: sono operatori sanitari responsabili dell’assistenza generale infermieristica sia di natura preventiva, curativa e riabilitativa, pianificano, gestiscono e valutano gli interventi assistenziali infermieristici garantendo la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche-terapeutiche, promuovono l’autonomia del paziente con progetti di educazione sanitaria.

Agiscono autonomamente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; per l’espletamento delle funzioni si avvalgono, ove necessita, dell’opera del personale di supporto, garantendo la supervisione delle funzioni delegate.

Fisioterapisti: si occupano della riabilitazione fisica e motoria attuando interventi individuali e/o di gruppo secondo le indicazioni della struttura o del Medico inviante - promuovono il recupero della miglior autonomia dell’ospite, si occupano della cura e della manutenzione degli ausili e potranno accompagnare, se indicato, il reinserimento al domicilio.



Educatori: responsabili della progettazione educativa degli utenti, ne individuano le necessità, conducono le attività previste dalla programmazione e sono di riferimento per le altre figure professionali nel condurre gli obiettivi identificati per ogni singolo utente; Gli educatori lavorano nell’ottica di contribuire al miglioramento della qualità della vita di ogni singolo utente, evidenziando le aree di intervento alle quali faranno capo gli obiettivi individuali su cui declinare le singole attività e le relative strategie attuative.

OSS (Operatore Socio-Sanitario): in supporto e su delega dell’infermiere collabora per quanto concerne gli aspetti assistenziali e sanitari degli utenti, possono effettuare autonomamente alcune prestazioni assistenziali secondo il proprio mansionario e si prendono cura dell’ambiente e della pulizia dello stesso;

ASA (Ausiliario Socio-Assistenziale): collaborano nello svolgimento delle attività alberghiere; si prendono cura dell’ambiente e della pulizia dello stesso;

Direttore di struttura: è operatore sanitario in possesso di qualifica abilitante a funzioni direttive – è responsabile della qualità dell’assistenza erogata; promuove l’aggiornamento e il coordinamento dei diversi professionisti presenti in struttura e mantiene contatti con tutta la rete socio – sanitaria del territorio.

All’interno del servizio, inoltre, collaborano altre figure professionali, quali:

Medico di struttura per alcune ore settimanali si occupa degli aspetti sanitari dell’utente; compila la cartella sanitaria; svolge ruolo di raccordo con il MMG dell’utente; partecipa alla stesura del P.A.R.I.;

Psicologo: svolge ruolo di supporto nei casi che necessitano di supporto psicologico per problematiche innescate dalla patologia alla base del ricovero ospedaliero e dalla rimodulazione degli aspetti della vita quotidiana (es., depressione, stati d’ansia); svolge ruolo di consulenza ai familiari, qualora richiesto, nella ridefinizione delle dinamiche interpersonali a seguito della debilitazione

Funzionamento

Il Centro Assistenza Post acuti è attivo per tutto l’anno 24 ore su 24, è autorizzato per 15 ospiti dei quali un massimo di 10 presenti anche di notte.

La giornata tipo:

07.00-09.30	sveglia, assistenza igienico sanitaria se necessita e colazione secondo le abitudini degli ospiti.
09.30-12.00	attività riabilitative e/o sanitarie all’interno o all’esterno della struttura.
12.00-13.00	pranzo

13.30-14.00	momento di ritrovo
14.00-16.00	attività riabilitative all’interno e/o all’esterno della struttura o riposo pomeridiano
16.00-17.30	momenti informali per chi è in struttura o prosiegua delle attività riabilitative
16.00-18.00	momenti informali per chi è in struttura o prosiegua delle attività esterne
18.00-19.00	momento informale
18.30-20.00	cena
20.00-24.00	momenti informali – preparazione alla notte.

Requisiti strutturali

La struttura è situata quasi interamente al 4° piano dello stabile sede della R.S.A. Bellavista di Sondalo (SO) ed è articolata nel seguente modo:

- spazio di accoglienza per l’offerta diurna;
- ambulatorio per i percorsi di riabilitazione (cognitivi e fisico-motori);
- ambiente di socializzazione;
- sala da pranzo;
- infermeria;
- camere dell’area residenziale con capienza massima di 10 posti letto (3 camere doppie e 4 singole, tutte dotata di bagno privato);
- bagno visitatori;
- magazzini e spogliatoi per il personale.

La presa in carico dell’utente

a) Segnalazione

Nella segnalazione del caso servizio CEAD dell’ASL possono presentarsi le seguenti eventualità:

- dimissioni dal servizio ospedaliero e presa in carico immediata;
- dimissioni dal servizio ospedaliero e rientro momentaneo a domicilio;
- condizioni di debilitazione dovute a malattie intercorrenti che non permettono di rimanere al proprio domicilio, ma non richiedono un ricovero ospedaliero.

Possono inoltre essere inseriti utenti già in carico al servizio A.D.I. (assistenza Domiciliare Integrata) che necessitano di ulteriore assistenza.

b) Valutazione del bisogno

Il Servizio Fragilità distrettuale dell’ASL (o la commissione di valutazione A.D.I. per gli utenti già in carico a questo servizio), sulla scorta della segnalazione pervenuta, effettua la valutazione multidimensionale dell’utente e, avallata la richiesta, determina il tipo di offerta più idonea (residenziale o diurna) e la durata dell’assistenza. In seguito invia la relativa documentazione e le informazioni di cui sopra al Centro di assistenza.

Il bisogno di un intervento riabilitativo presso la struttura sperimentale viene definito dall’equipe pluriprofessionale dell’ASL in base ad una valutazione multidimensionale effettuata attraverso la compilazione di appositi test e scale di valutazione che contempla-

no gli aspetti sanitari e psico-sociali. Qualora la persona o famiglia/cargiver si rivolgesse direttamente alla struttura sperimentale, questa è tenuta ad inviarli al Servizio Fragilità dell’ASL del proprio Distretto.

c) Ingresso

All’interno del servizio è presente un’équipe multiprofessionale, che provvede a:

- definire il programma assistenziale e riabilitativo da attuare, in base alla valutazione multidimensionale dell’ASL;
- redigere il P.A.R.I. (Piano Assistenziale e Riabilitativo Integrato)
- definire obiettivi specifici;
- verificare in itinere la validità e l’appropriatezza degli interventi;
- programmare ed organizzare le dimissioni in raccordo, a seconda dei casi, con l’ASL e/o con il MMG.

d) Dimissioni

In caso di offerta diurna, le dimissioni si realizzano con il termine delle prestazioni assistenziali e riabilitative presso il centro. All’utente viene rilasciata una sintetica relazione del percorso terapeutico effettuato.

In caso di offerta residenziale:

- Rientro al proprio domicilio con possibilità di consulenza successiva e/o di attivazione di un intervento diurno presso il Centro;
- Rientro al domicilio con attivazione di ADI o SAD (coinvolgimento di MMG/Ufficio di Piano/Comune del Distretto di appartenenza);
- Inserimento in altre strutture sociosanitarie (RSA, RSD, CDI, ecc.) successivamente al rientro presso il proprio domicilio e secondo i percorsi standard di ammissione.

Coinvolgimento delle famiglie

Nella prospettiva di mantenere il più possibile una stretta collaborazione tra Servizio e familiari, i rapporti con la famiglia d’origine e con la rete parentale allargata vengono favoriti. Allo stesso tempo, si svolgono incontri con le singole famiglie su richiesta del Servizio o delle famiglie stesse per questioni riguardanti i singoli utenti.

La Struttura è aperta tutti i giorni per la visita ai congiunti senza alcuna restrizione ad eccezione dell’orario notturno che dovrà essere concordato.

Il Direttore è disponibile a colloqui individuali previo appuntamento telefonico.

Servizi erogati

Servizio mensa: viene effettuato nella sala da pranzo o in camera dell’ospite in caso di necessità, il servizio è garantito dalla cucina della R.S.A. con due menù (invernale ed estivo) organizzati su quattro settimane.

Servizio pulizia e sanificazione ambientale: è curato da personale generico o qualificato ASA direttamente assunto dalla Cooperativa San Michele.

Guardaroba e lavanderia: è garantito dalla R.S.A. nel caso l’ospite non possa avvalersi di proprie risorse.

Prestazioni erogate

Le prestazioni previste all’interno del servizio sono:

- prestazioni alberghiere (vitto, lavanderia, pulizia dell’ambiente);
- assistenza di base (igiene personale, assistenza durante il pasto);
- assistenza infermieristica (somministrazione di farmaci, medicazioni, prelievi, educazione sanitaria ecc.);
- assistenza medica in raccordo con MMG;
- riabilitazione e recupero delle autonomie fisiche e motorie;
- addestramento all’eventuale uso di ausili;
- riabilitazione delle autonomie cognitive e della routine quotidiana;
- momenti ricreativi e di socializzazione – che possono includere, partecipazione a gite uscite sul territorio e/o feste;

SERVIZIO	QUOTA A CARICO DELL'ASL	QUOTA A CARICO DELL'UTENTE
Residenziale	110 €	30 €
Diurna (giornata)	90 €	20 €
Diurna (matt/pom)	50 €	15 €
Domiciliare	30 €	10 €

- sostegno psicologico all'utente;
- sostegno ai familiari (formazione adeguata nell'accudimento della persona al rientro a domicilio);
- formazione del/dei caregiver/s che si occuperà/anno dell'utente dopo le dimissioni, per una coerente continuità nelle modalità di assistenza;
- accompagnamento durante la fase delle dimissioni al domicilio;
- possibilità di erogazione di prestazioni per breve periodo successivo al rientro al domicilio.

Sistema di remunerazione

E' prevista l'erogazione di una quota socio-sanitaria da parte dell'ASL della Provincia di Sondrio che sarà integrata da una quota sociale a carico dell'utente (vedi tabella).

Valutazione del grado di soddisfazione

Viene somministrato agli ospiti un questionario di soddisfazione, che potrà essere anonimo, sull'andamento del servizio.

Mission della San Michele Società cooperativa sociale

La Cooperativa Sociale San Michele sorge per iniziativa di operatori e volontari legati alle attività sociali dell'Opera Don Guanel-la. Con la spinta e il sostegno del territorio, delle istituzioni e della stessa Congregazione religiosa abbiamo ritenuto opportuno proseguire l'attività svolta per oltre venti anni nel cinquecentesco palazzo San Michele e non disperdere un patrimonio umano di esperienza e professionalità acquisite. Ci riconosciamo nei valori della democrazia, dell'uguaglianza, della solidarietà e dell'equità; il nostro operato è eticamente orientato all'onestà, trasparenza, pari opportunità, responsabilità e giustizia sociale. Guardiamo a questi valori accogliendo i prin-

cipi propri della cooperazione: l'adesione è libera e volontaria; la nostra cooperativa è un'organizzazione democratica (un socio, un voto), è autonoma ed indipendente, non ha fini di lucro soggettivo, si basa sull'aiuto reciproco dei propri membri, opera attivamente nella comunità locale, collaborando anche con altre cooperative e consorzi. Intendiamo svolgere la nostra attività protesi a migliorare la qualità della vita e il benessere di quanti a noi si rivolgono, siano essi fruitori, operatori o risorse libere; privilegia-mo la persona e la sua unicità, ispirandoci a principi di solidarietà umana e cristiana, tenendo sempre presente la centralità della persona, senza alcuna distinzione di sesso, razza, lingua, religione, opinione politica e condizioni personali e sociali. Nell'ambito delle nostre attività offriamo servizi ad alto contenuto relazionale, diversificati ed efficaci, a singole persone, famiglie e comunità. Interagiamo attivamente, come risorsa e stimolo culturale, con il territorio di appartenenza, il mondo della cooperazione e le istituzioni. Promuoviamo il miglioramento costante della qualità nei nostri servizi e attività, anche attraverso la formazione, gli scambi con altre realtà territoriali, la ricerca e lo sviluppo. Siamo aperti a nuove esperienze e nuovi progetti che promuovano i valori e principi enunciati e contribuiscano alla crescita umana e professionale dei soci.

Recapiti:

Tel Coop. 0342 – 704334
Fax Coop. 0342 – 718148
Ercole Piani 3474673521
Segreteria Cooperativa:
info@coopsanmichele.com
Direzione Generale:
direzione@coopsanmichele.com
Web: www.coopsanmichele.com

* Direttore Reparto Post Acuti Sondalo
consigliere Collegio IPASVI



Se un uomo non sa
verso quale porto è diretto,
nessun vento è quello giusto.
Seneca

Ecco un riempitivo trovato in rete...

Quando un uomo anziano è morto nel reparto geriatrico di una casa di cura in un paese di campagna australiana, si credeva che nulla di valore egli avesse potuto lasciare. Più tardi, le infermiere sistemando i suoi pochi averi, trovarono questa poesia. La qualità ed il contenuto impressionarono lo staff che volle farne tante copie da distribuire agli infermieri di tutto l'ospedale. Un'infermiera di Melbourne volle che una copia della poesia comparisse nelle edizioni di Natale delle riviste di tutto il paese come unico lascito di questo vecchio per i posteri e facendo in modo che figurasse su tutte le riviste per la salute mentale. E' stata anche fatta una raccolta di immagini dedicata a questa semplice ma eloquente poesia. E così questo vecchio, che nulla pareva potesse dare al mondo, ora è l'autore di questa poesia ' anonima che vola attraverso la rete internet.

"Cranky" - uomo vecchio
Cosa vedi infermiera? Cosa vedete?
Che cosa stai pensando mentre mi guardi?
" Un povero vecchio " non molto saggio
con lo sguardo incerto ed occhi lontani.
Che schiva il cibo e non da risposte
e che quando provi a dirgli a voce alta :
"almeno assaggia!"
Sembra nulla gli importi di quello che fai per lui.
Uno che perde sempre il calzino o la scarpa
che ti resiste, non permettendoti di occuparti di lui
per fargli il bagno, per alimentarlo
e la giornata diviene lunga.
Ma cosa stai pensando? E cosa vedi?
Apri gli occhi infermiera!
perchè tu non sembri davvero interessata a me.
Ora ti dirò chi sono mentre me ne stò ancora seduto qui
a ricevere le tue attenzioni lasciandomi imboccare per compiacerti.
" Io sono un piccolo bambino di dieci anni con un padre
ed una madre.
Fratelli e sorelle che si voglion bene.
Sono un ragazzo di sedici anni con le ali ai piedi
che sogna presto di incontrare l'amore.
A vent'anni sono già sposo il mio cuore batte forte
giurando di mantener fede alle sue promesse.
A venticinque ho già un figlio mio
che ha bisogno di me e di un tetto sicuro,
di una casa felice in cui crescere.
Sono già un uomo di trent'anni e mio figlio è cresciuto
velocemente, siamo molto legati uno all'altro da un sentimento
che dovrebbe durare nel tempo.
Ho poco più di quarant'anni, mio figlio ora è un adulto
e se ne va, ma la mia donna mi stà accanto.
per consolarmi affinché io non pianga.
A poco più di cinquant'anni
i bambini mi giocano attorno alle ginocchia.
Ancora una volta, abbiamo con noi dei bambini io
e la mia amata.
Ma arrivano presto giorni bui mia moglie muore
guardando al futuro rabbrivido con terrore.
Abbiamo allevato i nostri figli e poi loro ne hanno allevati dei propri.
E così penso agli anni vissuti all'amore che ho conosciuto.
Ora sono un uomo vecchio e la natura è crudele.
Si tratta di affrontare la vecchiaia con lo sguardo di un pazzo.
Il corpo lentamente si sbriciola
grazia e vigore mi abbandonano.
Ora c'è una pietra dove una volta ospitavo un cuore.
Ma all'interno di questa vecchia carcassa un giovane
uomo vive ancora.
e così di nuovo il mio cuore martoriato si gonfia.
Mi ricordo le gioie, ricordo il dolore.
Io vorrei amare, amare e vivere ancora
ma gli anni che restano son pochissimi
tutto è scivolato via veloce !
E devo accettare il fatto che niente può durare.
Quindi aprite gli occhi gente apriteli e guardate
"Non un uomo vecchio"
avvicinatevi meglio e vedete ME !

Ricordiamoci questa poesia quando incontreremo una persona anziana per evitare di metterla da parte senza guardare all'anima giovane che le stà all'interno perchè tutti noi un giorno, saremo così.

Collaborare col Collegio provinciale Ipasvi Sondrio

Audit Clinico - Sintesi di un'esperienza

di Antonietta Quetti*

Collegi e infermieri

Sono infermiera dal 1990 e amo questa professione.

Pur riconoscendo il valore tutelante dell'essere iscritta ad un Albo Professionale, non mi sono mai particolarmente interessata dell'attività svolta dal Collegio Ipasvi di Sondrio.

Ho pagato la quota associativa ogni anno, sbuffando un po', senza fare troppo domande, senza chiedermi cosa facessero i componenti del Consiglio direttivo o i Revisori dei Conti.

Qualche anno fa, la voglia d'aggiornamento, filo conduttore della mia carriera, mi ha portato a riprendere gli studi ed ad ottenere il titolo di Coordinatore delle Professioni sanitarie.

Da allora il mio orizzonte si è aperto e la voglia di conoscere più profondamente la professione e i fondamenti dell'infermieristica, insieme all'incontro con tanti altri colleghi che spendono tempo ed energie a favore della Disciplina, mi hanno fornito lo spazio per capire quali siano l'importanza e le funzioni rivestite dai Collegi.

I Collegi provinciali sono enti di diritto pubblico non economico, che tutelano il cittadino-utente nel suo diritto di essere assistito da personale qualificato ed aggiornato e, proprio in funzione di tale obiettivo, organizzano e patrocinano eventi formativi e/o culturali con l'obiettivo di incrementare il Sapere, che si trasforma in competenza infermieristica clinica.

È patrimonio di tutti il vissuto di una professione che, nel tempo, è andata trasformandosi: dalla mera sommatoria di compiti da svolgere si è passati all'autonomia gestionale dell'assistenza infermieristica; dal ruolo ausiliario, gli infermieri sono divenuti i soli responsabili dell'assistenza e hanno dato senso e realtà al concetto di Salute del singolo e delle comunità.

Nulla è avvenuto per caso, gli infermieri iscritti in un Albo Professionale, hanno lottato per ottenere dal legislatore il riconoscimento dell'autonomia ma, a mio avviso, è stato essenzialmente attraverso lo studio, la ricerca e l'aggiornamento continuo a favore della Qualità assistenziale che si è ridefinita e fondata la nostra professione.

Oggi, attingendo alla formazione continua in medicina, possiamo aumentare o radicare le nostre conoscenze, acquisire l'istruzione doverosa per applicare al meglio il processo d'assistenza infermieristica, traendo da ogni evento le buone prassi e le metodologie necessarie alla pratica clinica.

Ho sempre ritenuto che incrementare le conoscenze fosse, in primis, un dovere legislativo ed etico-professionale e, in questo senso, credo che le proposte formative a disposizione, oltre alla diversificazione delle modalità di fruizione, siano un buon numero (FAD, residenziali, formazione sul campo); eppure



non sempre è facile partecipare ad eventi e convegni di nostro interesse, a causa di vincoli organizzativi e socioeconomici che rischiano di togliere respiro alla motivazione (*l'obbligo di acquisire un certo numero di crediti e l'offerta formativa territoriale non sempre si intersecano al meglio*).

I costi, la dislocazione logistica delle sedi ove si svolge la formazione e le tempistiche (correlate alla turnistica così come ai bisogni familiari e all'essere padre e madri) pongono un freno reale, di cui è necessario tenere conto se si vuole invece favorire il desiderio di partecipazione. Forse proprio in forza di tutte queste considerazioni, l'invito rivolto mi dal Presidente, Trinca Colonel Tonino, a collaborare col Collegio nello strutturare - relazionare un Corso d'aggiornamento sulla tematica dell'Audit Clinico, mi ha sorpreso e inquietato, ma non ha potuto cadere nel vuoto.

È servito, in verità, qualche sollecito (*c'è sempre un senso insito di non adeguatezza in ciascuno di noi*) ma poi ho deciso di accettare e dare il mio piccolo contributo.

L'Audit Clinico

Il Corso si è svolto in tre edizioni ed ha ripreso, in modalità residenziale, l'insegnamento della formazione offerta in FAD a tutti coloro che, per svariati motivi, non avevano potuto usufruirne on line.

Grazie alla sensibilità del Presidente e dei colleghi che si occupano di formazione entro il Collegio, si è giunti alla decisione di svolgere il corso gratuitamente in diversi luoghi, lungo la Valtellina, così da favorire la partecipazione numerosa dell'equipe infermieristica.

Si sono così susseguite diverse edizioni del percorso "Audit Clinico", a Sondrio il 30 giugno 2012 presso la "Sala Vitali" del Credito Valtellinese, a Grosotto il 28 luglio presso la sala "Don Giovanni Guanella" e a Chiavenna il 1 settembre presso sala del Credito Valtellinese.

L'obiettivo formativo evidenziava il ruolo da protagonista di ciascun professionista, all'interno del pro-

prio contesto quotidiano di lavoro: *"Il discente al termine del corso acquisirà le conoscenze necessarie all'applicazione metodologica dell'audit clinico; diventerà promotore nella propria realtà lavorativa della cultura della qualità e sicurezza, sottesa all'applicazione e promozione dello strumento "Audit clinico"*.

Il Ministero della Salute nel 2006 definisce l'AUDIT CLINICO come la *"Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte"*.

L'Audit Clinico è un metodo per migliorare la qualità delle cure infatti:

- analizza quello che si è fatto ...;
- lo confronta con quello che si dovrebbe fare...;
- stabilisce le azioni di miglioramento...;
- se necessario rivede gli obiettivi iniziali...;
- attraverso un confronto fra pari.

L'Audit clinico è quindi una metodologia che tende a:

1. Migliorare la pratica e produrre reali benefici nella cura del paziente e nella fornitura di servizi;
2. Sviluppare l'apertura al cambiamento;
3. Fornire garanzie sulla qualità dell'assistenza, mediante applicazione delle migliori pratiche evidence-based;
4. Ascoltare i pazienti, comprendere e dare risposta alle loro aspettative;
5. Sviluppare linee guida o protocolli locali;
6. Ridurre al minimo errori o danni ai pazienti;
7. Ridurre i reclami/risarcimenti dell'utenza.

Quattro i momenti fondanti di questa metodologia:

- Preparare, pianificare l'audit clinico;

- Attuare l'audit clinico;
 - Introdurre azioni di miglioramento;
 - Il Re-audit (rivalutare i risultati).
- Si tratta di un orizzonte ancora poco sperimentato nelle nostre strutture ospedaliere e di cura, ma è la linea auspicata dal Ministero della Salute che la riconosce come essenziale alla salvaguardia della sicurezza degli utenti in quanto implementa la qualità del servizio e delle cure erogate.

Personalmente l'impegno da docente mi ha obbligato ad un lavoro di ricerca e rielaborazione di informazioni che fossero il più possibile incarnate nell'attività lavorativa e che non restassero dei concetti avulsi dalla realtà: ho studiato, mi sono aggiornata, identificando ambiti di esemplificazione attinenti al tema (in assenza di una prassi consolidata nell'uso della metodologia in oggetto). L'impegno a favore delle esigenze dei colleghi, l'offerta gratuita di tempo, spazi, risorse individuali dei componenti del Collegio mi hanno però facilitato e introdotto in un ambiente dinamico, di persone impegnate ed entusiaste, aperte al confronto costruttivo.

Le mie remore iniziali riferibili alla limitata esperienza didattica (la comunicazione doveva essere accattivante, chiara ed intellegibile ai discenti) sono state superate grazie ad un clima di condivisione, quasi laboratoriale.

Credo che ciascuno abbia in fondo cominciato ad attuare lo slogan che apre il manuale dell'Audit Clinico, edito dal ministero, che prende a prestito le parole dell'antropologa Pat Patfoot: *"WE CANNOT CHANGE THE PAST, BUT YOU CAN CHANGE THE FUTURE"*, ovvero *"Noi non possiamo cambiare il passato... ma tu puoi cambiare il futuro"*.

Il Futuro

La professione infermieristica resta per me gratificante, anche dopo venti anni di lavoro in ambiente riabilitativo. Ho sentito e sento il peso dei turni di lavoro, percepisco

un riconoscimento economico che non cresce proporzionalmente alle responsabilità professionali, colgo a volte una scarsa valorizzazione del ruolo... elementi che non aiutano a motivare gli infermieri. Eppure vedo crescere, in parallelo, il desiderio di dare qualità, proprio a quel cittadino che ritengo essere la maggiore molla motivazionale al mio lavoro, nei "grazie" quotidiani, nel riconoscimento di competenze assistenziali, comunicative e relazionali che alleviano e rinforzano il processo di cura.

Sono convinta che il sapere scientifico, accompagnato al valore dell'interazione umana e all'esperienza individuale condivisa, renda la disciplina infermieristica un ambito lavorativo riservato a Professionisti aggiornati che supportano il Valore della Salute.

Essere infermieri è quindi dinamismo, divenire scientifico, competenza comunicativa, destinati a superare quella visione statica e anacronistica fatta di mansioni routinarie, di protocolli calati dall'alto, di cui gli infermieri siano semplici esecutori.

Per questo, ringrazio tutti i partecipanti del Corso sull'Audit Clinico per la loro presenza vivace, interattiva, generosa nel confronto di esperienze e vissuti.

Abbiamo esplicitato riflessioni nel merito della metodologia illustrata, di procedure operative esistenti, esperienze lavorative diversificate, elaborando ambiti di miglioramento e revisioni sistematiche di percorsi assistenziali, frutto del contributo di tutti.

E' stato un arricchimento personale e professionale che mi ha ripagato del tempo speso.

La valutazione dei partecipanti, attraverso i customer satisfaction, è stata positiva (meglio delle aspettative!) e sento di dovere un ringraziamento al Presidente e ai membri del Collegio che hanno creduto e "scommesso" sul mio ruolo di docente.

In attesa di poter sperimentare altre esperienze formative vorrei invitare tutti i colleghi a conoscere e partecipare alle attività svolte dal Collegio provinciale Ipasvi (anche frequentando il sito internet).

L'organizzazione di un Corso ECM non è semplice e tutti possiamo partecipare nel dare un piccolo contributo a favore dei colleghi e, in fondo, a beneficio di noi stessi, convinti che la formazione degli infermieri deve essere erogata anche all'interno della nostra stessa Professione.

L'invito, che vorrei risultasse cortese, forte ed incentivante è: attiviamoci, perché (cito in questo Ercole Piani) "il Collegio Ipasvi di Sondrio, è la nostra casa" e lo sosteniamo con nostro lavoro sul campo, con la partecipazione al voto, con la disponibilità a spendere energie a favore della Scienza infermieristica.

* Infermiera Tutor Corso di Laurea Università degli Studi Bicocca Sede di Faedo

Responsabilità e delega: alcuni quesiti

a cura del Direttivo del Collegio



Ritorniamo sulle funzioni che l'infermiere può delegare ai colleghi OSS per precisare di nuovo quanto previsto da disposizioni e normative esistenti; invitiamo altresì gli infermieri a segnalare in Collegio l'improprio utilizzo della funzione di delega al fine di evitare ai professionisti coinvolti gravi responsabilità ben evidenziate dal Codice Penale. Si ricorda inoltre che a fronte di illeciti non segnalati l'infermiere incorre in gravi responsabilità ben evidenziate anche dall'attuale Codice Deontologico.

Quesito 1

In riferimento alla preparazione e somministrazione della terapia in RSA da parte operatori diversi, qualora non esistesse normativa che indichi che sia lo stesso operatore a preparare e somministrare, è sufficiente la tracciabilità del processo (firma di chi prepara e di chi somministra)?

Gli errori nella somministrazione della terapia sono tra le prime cause di eventi avversi all'interno dei servizi sanitari. Secondo la definizione proposta dal National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, per "errore di terapia" si intende ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente. Tale episodio può essere dovuto ad errore di prescrizione, di trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezionamento o denominazione, allestimento, dispensazione, distribuzione, somministrazione, educazione, monitoraggio ed uso. Lo studio dell'errore umano non deve concentrarsi esclusivamente sulle capacità dell'operatore, ma deve interessare la progettazione del sistema nel suo complesso. (Moray, 1994; Vincent, 1993). La strategia per migliorare passa necessariamente attraverso un percorso di conoscenza che presuppone un confronto libero da pregiudizi, sia da parte dell'OSS sia da parte dell'infermiere. In questo senso la "formazione sul campo", il lavorare insieme su obiettivi comuni (come la gestione sicura dei farmaci), in una RSA, può diventare l'elemento che favorisce l'integrazione, e che permette di offrire all'ospite un servizio migliore.

In assenza di disposizioni che prevedono che la preparazione e la somministrazione siano eseguite dalla stessa persona, il riferimento è al DPR 739/94 "Profilo professionale dell'infermiere" che specifica che "l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche", e alla formula internazionale delle 5G (giusto farmaco, giusta dose, giusta via, giusto orario, giusto paziente) dalle quali si evince che "l'atto di somministrazione della terapia è un atto unitario, sequenziale e cronologico. Atto unitario, in quanto compiuto da una sola persona; l'infermiere si rende quindi garante di tutte le procedure"

La somministrazione di farmaci precedentemente preparati da altro operatore, anche se appartenente al medesimo profilo, è da considerarsi "prassi professionalmente scorretta nella quale entrambi gli operatori si assumono la responsabilità dell'operato, anche in assenza di normativa specifica" che vieti che la preparazione e la somministrazione possano essere effettuate da operatori diversi.

Sono altresì da evitare comportamenti palesemente scorretti e potenzialmente rischiosi quali: preparare la terapia con largo anticipo (da 8 a 16 ore prima), non effettuare la registrazione dell'avvenuta somministrazione, non addestrare i neo assunti rispetto alle procedure adottate per la preparazione e somministrazione dei farmaci. Per quanto riguarda gli OSS questi vanno considerati una sorta di longa manus del professionista. In questa ottica, in caso di errore (di dosaggio, di orario, di indicazione ecc.), la responsabilità ricade interamente sul professionista e resta all'OSS la responsabilità dell'esecutore che, come specificavano i contratti degli anni settanta, era "limitata alla corretta esecuzione delle prestazioni nell'ambito delle istruzioni ricevute e dell'autonomia riconosciuta", autonomia che in questo caso è pressoché nulla. Tale funzione rientra infatti tra quelle in cui l'OSS agisce in collaborazione, ovvero come espressamente indicato sia nella DGR n VII 5428 del 06.07.2001 che nella DGR VII 5101 del 18.07.2007 "svolge attività su precisa indicazione dei professionisti". In questo caso pertanto la responsabilità è riconducibile all'infermiere.

Quesito 2

L'OSS può preparare e somministrare tutta la terapia orale - solo alcuni farmaci e altri no?

La delibera della Regione Lombardia (DGR. Regione Lombardia n VII 5101 del 18.07.2007) consente all'OSS l'attività di somministrazione della terapia enterale "... compresse, supposte, microclismi che non implicino l'utilizzo di sonde", riaffermando quanto previsto dalla normativa precedente (DGR Regione Lombardia n VII 5428 del 06.07.2001): "... L'OSS collabora alla somministrazione della terapia: farmaci per via enterale (supposte, clisma-fleet) e tramite aerosol, farmaci transdermici, gocce oftalmiche ed auricolari". Tale funzione rientra tra quelle in cui l'OSS agisce in collaborazione, ovvero come espressamente indicato sia nella DGR n VII 5428 del 06.07.2001 che nella DGR VII 5101 del 18.07.2007 "svolge attività su precisa indicazione dei professionisti".

Gli infermieri, pertanto devono valutare, di situazione in situazione, l'opportunità o meno di attribuire all'OSS la somministrazione della terapia enterale in relazione all'accertamento e alla definizione dei bisogni assistenziali di ogni singolo utente e della pianificazione dell'assistenza di cui

l'infermiere rimane l'unico responsabile. L'autonomia decisionale in merito a quali utenti l'OSS può somministrare i farmaci è, infatti, solo dell'infermiere. La somministrazione della terapia non richiede solo abilità manuale, che potrebbe evidenziare solo l'aspetto esecutivo, ma comprende approfondite ed integrate conoscenze teoriche che coinvolgono anche la sfera psicomotoria: coordinamento, osservazione, comunicazione (Cantarelli, 1998).

La somministrazione della terapia richiede, infatti, la comprensione della prescrizione, la conoscenza dei principali farmaci in relazione alle loro modalità di somministrazione, preparazione e conservazione, la corretta preparazione e somministrazione (in particolare in presenza di più farmaci da somministrare allo stesso utente) e il controllo di eventuali effetti collaterali. Ciò configura la somministrazione della terapia come un'attività complessa che le particolari condizioni di fragilità degli utenti di una RSA possono ulteriormente rendere complessa. La somministrazione della terapia in queste strutture si configura tutt'altro che di routine e richiede specifiche competenze. La possibilità di affidare la somministrazione della terapia enterale agli OSS, opportunamente preparati, deve dunque rimanere una scelta basata sulla valutazione delle competenze e della complessità e richiede l'adozione di le condizioni organizzative, affinché gli OSS possano con sicurezza somministrare la terapia enterale. Certamente ciò può rappresentare per l'infermiere sia un percorso di crescita professionale sia un'opportunità per ottimizzare la propria attività a favore delle situazioni assistenziali più complesse e difficili, peraltro oggi tutt'altro che rare in RSA.

Quesito 3

L'OSS può aspirare pazienti tracheostomizzati?

La delibera della Regione Lombardia (D. R. G. Regione Lombardia n VII 5101 del 18.07.2007) chiarisce gli ambiti di competenza nell'assistenza diretta alla persona. In particolare dove indicato che "sa collaborare (svolge attività su precisa indicazione dei professionisti) nelle attività terapeutiche attraverso l'utilizzo di apparecchi medicali di semplice utilizzo" esclude l'utilizzo di apparecchiature in cui è determinante l'abilità del professionista, poichè entrano in gioco altri fattori che rendono necessario operare scelte di volta in volta adatte alla condizione del soggetto. Inoltre, sempre nella citata delibera si dichiara che l'OSS opera (agisce in autonomia in base a circoscritti e descritti interventi) in base a criteri di bassa discrezionalità e alta riproducibilità: situazione che non si configura durante un intervento di tracheoaspirazione che si rende necessario quando vi siano difficoltà respiratorie che vanno di volta in volta attentamente valutate, così pure i possibili effetti collaterali (tachiaritmia) spesso connessi alla manovra.

COLLEGIO IPASVI LA SPEZIA

prot. 290/12

28.11.2012

OGGETTO:

contributo solidarietà, alluvione 2011

Con la presente inoltriamo i ringraziamenti del collega A.L., un iscritto ad IPASVI LA SPEZIA duramente colpito dai fatti alluvionali del 25.11.2011.

Nell'occasione della inaugurazione della sede, avvenuta il 30.10 scorso, è stata assegnata a tre iscritti una parte del contributo solidale di 5000 euro ricevuto dalla Federazione nazionale IPASVI.

Erogheremo ancora due contributi in occasione dell'assemblea annuale 2013, conclusi gli accertamenti sui danni subiti dai colleghi. E' nostra volontà inoltrare a tutti i Collegi italiani, e alla Federazione, la mail giunta oggi in sede:

"con questa mia vorrei esprimervi il mio più profondo ringraziamento per la solidarietà, la stima e la sensibilità per il "contributo di solidarietà" che avete voluto destinarci, per il rientro a una situazione di vita ordinaria. GRAZIE (all'ennesima potenza) della vicinanza, oggi più che mai !!!

E per concludere una piccola citazione: "La bontà è l'unico investimento che non fallisce mai". (Henry David Thoreau)

Con sincero affetto, vostro A.L."

Selezioni di personale sanitario (Medici e Infermieri) per il Regno Unito in collaborazione con l'Agenzia di reclutamento Best Personnel Ltd

La BPL, agenzia di reclutamento specializzata nel settore sanitario con sede in Irlanda, in collaborazione con il NHL Trust (SSN del Regno Unito) e la rete EURES Italiana, ricerca diversi profili nel settore medico ed infermieristico per lavorare in tutto il Regno Unito.

30 Infermieri Professionali con diverse specializzazioni

Tutte le posizioni sono a tempo indeterminato, full time 40 ore settimanali.

La retribuzione è regolata dal NHS (National Health Service), sulla base dell'esperienza e del livello di specializzazione.

Le candidature saranno preselezionate dai Consulenti EURES di ciascuna regione/provincia, poi inoltrate alla Best Personnel Ltd che selezionerà i candidati da invitare ad un colloquio iniziale in lingua Inglese via Skype. La Best Personnel Ltd assisterà i candidati durante il loro iter di selezione assunzione ed inserimento in modo totalmente gratuito.

Requisiti richiesti:

Cittadinanza comunitaria

Completamento degli studi in un Paese della Comunità Europea.

Conoscenza dell'Inglese, sia parlato che scritto, almeno a livello B2.

Titolo di studio: possesso del titolo abilitante all'esercizio della professione di Infermiere ed iscrizione al relativo Collegio professionale.

Modalità di candidatura e procedura di selezione:

Tutti coloro che fossero interessati a partecipare potranno inviare un CV modello Europass, in lingua Inglese, al servizio EURES della propria regione/provincia di residenza/domicilio. L'elenco dei servizi EURES attivi sul territorio nazionale potrà essere consultato al seguente link:

<http://www.cliclavoro.gov.it/servizi/eures/Pagine/default.aspx>

cliccando su "Trova l'EURES Adviser più vicino a te"

La contenzione fisica

del Prot. Ernesto d'Aloja

Su richiesta della Federazione Nazionale dei Collegi IPA-SVI il sottoscritto, prof. Ernesto d'Aloja, Professore Ordinario di Medicina Legale e Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina Legale nell'Università di Cagliari, ha preso in esame il complesso tema della liceità della contenzione (sia farmacologica che fisica) alla luce delle previsioni dell'art. 30 del Codice Deontologico stilato dall'IPASVI.

Il tema offerto alla nostra valutazione è estremamente complesso e variegato andando ad interessare alcuni dei principi etico-giuridici fondanti la professione infermieristica (ma a ben vedere di tutte le professioni sanitarie) e l'essenza del rapporto infermiere-paziente, con importanti riflessi sulla vita professionale di tutti i giorni.

Al fine di meglio esemplificare il percorso logico-argomentativo che si utilizzerà per proporre una risposta al quesito proposto appare necessario fare alcune premesse di carattere generale al tema.

Il primo dato da cui partire è quello dell'analisi della letteratura scientifica disponibile sul tema della liceità, giuridica e deontologica, e della necessità della contenzione in un contesto squisitamente terapeutico (non essendo l'aspetto di contenimento per finalità non sanitarie oggetto della presente analisi).

Ed un utile riferimento può essere rappresentato dalla conoscenza della diffusione del fenomeno negli altri Paesi Europei ed Extra-europei, come lo studio PRICE¹ (Physical Restraint in Intensive Care in Europe) o lo studio pubblicato sotto l'Egida dell'EViPRG² (European Violence in Psychiatry Research Group) che forniscono un'ampia lettura del fenomeno in due delle aree tematiche maggiormente esplorate (le terapie intensive ed i reparti psichiatrici).

Ebbene, come emerge dalla tabella sottostante (che condensa i risultati dello studio PRICE, in cui – come mero inciso – deve essere sottolineata la sottorappresentazione del campione italiano), l'impiego della contenzione nei reparti di terapia intensiva appare estremamente diffuso, sebbene con importanti variazioni nei diversi paesi relativamente all'impiego di una contenzione farmacologica (maggiormente impiegata in Spagna, Svizzera, Finlandia, Olanda ed Inghilterra) ovvero fisica (più impiegata in Portogallo, Italia e Francia).

Questi dati presentano inoltre la condivisa caratteristica che in molti Paesi, nonostante la non residuale diffusione del fenome-



Il regolamento della *contenzione fisica delle persone assistite* è oggi molto dibattuto tra i professionisti medici e infermieri, soprattutto in ambito geriatrico e psichiatrico e, quindi, all'interno di strutture quali le case protette, le residenze sanitarie assistenziali, le case di riposo, i reparti psichiatrici, ecc. L'utilizzo di mezzi contenitivi, tuttavia, non è limitato a questi soli ambiti. Spesso, infatti, viene rilevato il ricorso alla contenzione anche in "setting" per acuti, vale a dire in unità operative ospedaliere di medicina e chirurgia, servizi di Pronto Soccorso, ecc. In tali settori può manifestarsi una minore considerazione, da parte del personale medico e infermieristico, delle *sequele cliniche* e degli *aspetti legali e giuridici* correlati all'uso (anche improprio) dei mezzi di contenzione fisica.

Per questo il Coordinamento per la salute mentale della Provincia di Sondrio ha creato, al suo interno, una Commissione per elaborare linee guida sulla contenzione fisica che possano essere un valido riferimento nelle situazioni in cui esista la necessità di dover ricorrere a tale strumento coercitivo.

Va inoltre sottolineato che la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il 4 agosto 2010 hanno redatto delle raccomandazioni con l'obiettivo di ridurre il fenomeno della contenzione fisica dei pazienti psichiatrici. "L'esigenza di queste raccomandazioni – spiega la Conferenza nel documento approvato – nasce dalla convinzione che la prevenzione della contenzione fisica nei contesti di cura psichiatrica

sia una questione generalmente sottovalutata: stiamo parlando di una pratica diffusa, non omogeneamente applicata nelle diverse Regioni ma, soprattutto, con differenze notevoli tra un servizio e l'altro che non trovano giustificazioni di ordine epidemiologico". Le Regioni sono state spinte a produrre queste raccomandazioni anche dalla preoccupazione che una pratica disinvoltata della contenzione avvalorasse il mito della natura intrinsecamente violenta della cura psichiatrica, con ciò accrescendo il pregiudizio nei confronti della malattia mentale e aumentando la resistenza a utilizzare i servizi psichiatrici da parte di chi ne ha bisogno.

Di seguito propongo il documento del professor Ernesto D'Aloja che interpellato dalla Federazione nazionale IPASVI così argomenta l'appropriatezza della contenzione alla luce del nostro Codice deontologico.

di Ercole Piani



no, vi è una legislazione statale (e.g. in Germania; cfr. G. Meyer et al., *'Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study'*, **J Clin Nurs**, 18(7), 981-990, 2009 e S. Köpke et al., *'Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes. A randomized controller trial'*, **JAMA**, 307(20), 2177-2184) che richiede che i pazienti siano 'liberi nei movimenti del corpo'.

Ancora più preoccupante risulta essere l'analisi sul trattamento,

nei sedici paesi europei presi in considerazione dallo studio EViPRG, sui pazienti psichiatrici in cui risulta una fortissima disomogeneità di trattamenti anche all'interno dello stesso Paese con una maggiore incidenza di queste pratiche nei Paesi dell'Europa Occidentale (massima incidenza in Olanda) e Centrale rispetto a quelli Orientali (Estonia, Slovenia e Turchia).

Questi scarni dati non vogliono, e non possono, essere esaustivi nel

descrivere l'entità, le modalità e le finalità del fenomeno ma servono unicamente per comprendere come questa pratica, sebbene sottoposta ad una serrata e giusta critica sotto l'aspetto sia giuridico che medico che assistenziale, sia ancora oggi ampiamente applicata in contesti socio-culturali tra loro molto diversi (dagli Stati Uniti, all'Europa dell'Est all'Australia).

Partendo da questo dato epidemiologico – che naturalmente non apporta alcun contributo da un punto di vista giuridico e bioetico ma serve unicamente ad un grossolano tentativo di mappatura del rischio – è necessario preliminarmente valutare se questa condotta possa essere considerata un atto medico o sanitario ovvero non possieda alcuna finalità di tutela della salute del paziente e come tale non possa essere considerato un atto a valenza 'terapeutica'.

Sul tema esistono posizioni culturali, ed ideologiche in alcuni casi, estremamente distanti che valutano la contenzione in maniera diametralmente opposta ritenendola, senza alcuna modulazione come o un 'atto medico prescrivibile tout court' o come 'un'inaccettabile prevaricazione del combinato disposto degli art. 2, 13 e 32 della Carta Costituzionale'.

Tra queste due posizioni estreme esiste, a sommosso parere dello scrivente, un'ampia zona grigia in cui la contenzione, sia essa emozionale, farmacologica e/o fisica, acquisisce sfumature cliniche e significati giuridici di volta in volta diversi – generando spesso nei professionisti della salute confusione ed allarme. Infatti, se da un lato la contenzione del paziente 'problematico' ovvero quella (pseudo-)giustificata dalle carenze organizzative è, e deve sempre essere, considerata una pratica inaccettabile e da rifuggire da parte di tutti i professionisti della salute, dall'altra l'impiego di questo presidio nei casi in cui il paziente presenti un atteggiamento di auto- o etero-aggressività, non più al-

trimenti controllabile (avendo il professionista della salute progressivamente esaurito i presidi assistenziali disponibili), può trovare la sua giustificazione in una concezione di atto 'terapeutico' che tenga in considerazione non solamente l'assistenza diagnostica o terapeu-

teutica o riabilitativa del paziente (anche alla luce delle previsioni della legge 833/78) ma anche – *latu sensu* – la 'prevenzione' delle malattie,

E molte sentenze della Cassazione (Sezione Penale, per lo più, ma anche Civile) stressano questo aspetto, considerando nell'attività concretamente esigibile da un medico e/o da un infermiere quella di

evitare che il paziente causi danni alla salute ed alla vita sua o di altri. In questa ampia accezione, il trattamento farmacologico (per sua natura atto medico) o fisico (a tale scopo utile può essere la definizione data dalla massima Autorità Regolamentatoria Americana – la *Food and Drug Administration*, FOA³) prescritto dal medico al termine di un percorso condiviso che preveda questa pratica come ‘ultima ratio’ può e deve essere considerato un atto ‘medico’ piuttosto che ‘sanitario’.

La distinzione spesso operata tra contenzione ‘farmacologica’ come atto medico – essendo subordinata alla prescrizione di un farmaco – e contenzione ‘fisica’ come atto sanitario appare allo scrivente comprensibile ma artificiosa in quanto la finalità della procedura – a patto che la contenzione fisica venga eseguita nelle forme più idonee per tutelare al meglio la dignità e l’integrità psico-fisica del paziente – è perfettamente sovrapponibile e deve sempre basarsi su un’adeguata valutazione del rapporto rischio-benefici.

Ma la scelta di mettere in atto un trattamento contenitivo, sia esso emozionale, farmacologico o fisico non è una decisione eticamente neutra. È indubbio che la decisione pone il professionista della salute in un periglioso tragitto continuamente oscillante tra Scilla e Cariddi, in cui la scelta è demandata alla scienza ed alla coscienza del singolo operatore che si assumerà, in base alla decisione presa, tutte le responsabilità morali, giuridiche e deontologiche derivanti dal suo comportamento.

Si potrebbe obiettare che la generalizzazione proposta è troppo grezza da un punto di vista etico-giuridico ed inidonea a contenere tutte le diverse fattispecie in cui il professionista della salute potrebbe trovarsi di fronte alla necessità di tutelare uno o più diritti, anche di rango costituzionale.

E l’obiezione ha un sicuro fondamento.

Non tutte le situazioni in cui ven-

gono poste in essere, nella quotidiana vita di reparto, misure di contenzione sono equipollenti, potendosi identificare – per mera comodità accademica di esposizione – alcune macroaree:

1. **paziente non psichiatrico, capace di intendere e di volere** (nella più ampia accezione della ‘competence’ degli AA AngloSassoni piuttosto che in quella prevista dagli art. 414, 415 e 418 del codice civile), in cui la contenzione può essere proposta al paziente in base ad un preciso protocollo condiviso tra tutto il personale del reparto;

2. **paziente non psichiatrico o psichiatrico, incapace di intendere e di volere**, in cui la contenzione, sebbene astrattamente ‘utile’, **non risponde** a criteri di protezione dell’incolumità del paziente o di terzi;

3. **paziente non psichiatrico o psichiatrico, incapace di intendere e di volere**, in cui la contenzione **risponde** a criteri di protezione dell’incolumità del paziente o di terzi;

4. **paziente psichiatrico** ricoverato in ambiente medico-chirurgico, in cui **l’incapacità di intendere e di volere** (nella stessa accezione ricordata sub 1) **non** è stata **oggetto di una valutazione specialistica**, in cui la contenzione risponde a criteri di protezione dell’incolumità del paziente o di terzi;

5. **paziente psichiatrico** ricoverato in ambiente specialistico (SPOC), in cui la contenzione risponde a

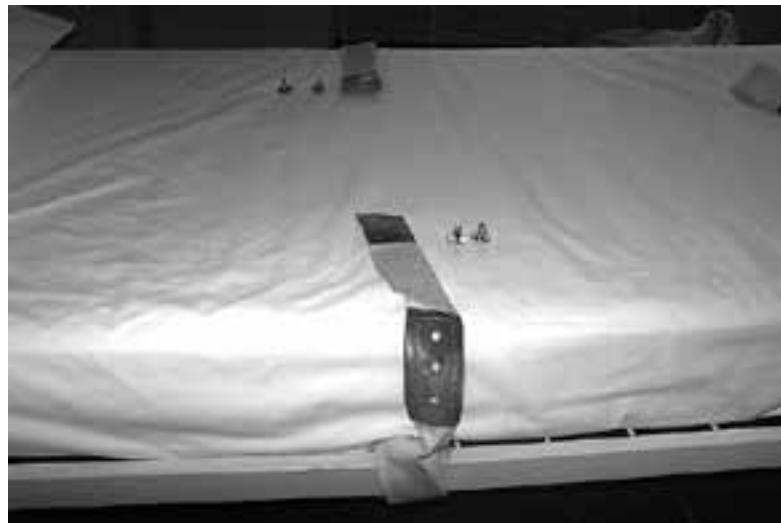
criteri di protezione dell’incolumità del paziente o di terzi.

È del tutto evidente che, sebbene la contenzione farmacologica e fisica possa essere in astratto presa in considerazione in tutti questi ambiti, da un punto di vista giuridico ed etico la sua messa in opera non risponde a criteri equivalenti.

Infatti un netto rifiuto – sia da un punto di vista giuridico che etico – deve essere sempre opposto alla richiesta di qualsiasi mezzo di contenzione nei casi sub 1) e sub 2) in cui il razionale per la misura contenitiva non può essere identificata nella tutela di un bene costituzionalmente protetto (salute, vita od incolumità propria e/o di terzi) mentre una prudente e diligente valutazione – da eseguire caso per caso, lasciando una traccia documentale del percorso decisionale con traccia anche degli eventuali motivi di dissenso – potrà essere richiesta per le situazioni sub 3), 4) e 5) in cui il rispetto costituzionale del combinato disposto degli articoli 2, 13 e 32 deve essere ‘professionalmente’ bilanciato dalla tutela di quegli stessi articoli 2 e 32 CC che l’art. 40 del codice penale riconosce (‘posizione di garanzia’) in capo a tutti i professionisti della salute (cfr. ex pluribus, Cassazione Penale, Sezione IV, nr. 9739, 1.12.2004; ‘Gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici (sic! ndr), sono tutti ex lege portatori di una posizione di garanzia, espressione dell’obbligo



di solidarietà costituzionalmente imposto dagli articoli 2 e 32 della Costituzione, nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare **contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l’integrità**). Questo primo inquadramento del problema in esame – che, per rilevanza, anche sotto il profilo della responsabilità professionale, meriterebbe un ulteriore approfondimento – è per lo scrivente strumentale alla rilettura sia dell’art. 30 dell’attuale Codice Deontologico dell’Infermiere (2009; ‘l’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia **evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali**’) che dell’art. 4.10 del previgente Codice (1999; L’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non me-



todica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l’interesse della persona ed inaccettabile quando vi sia una implicita risposta alle necessità istituzionali’).

Da quanto sin qui esposto emerge con assoluta chiarezza che il precetto deontologico appare pienamente in linea con le finalità, e con gli obblighi, proprie della professione sanitaria infermieristica. Viene affermato in maniera diretta ed esplicita che l’impiego della contenzione deve essere considerato un evento **straordinario**, essendo quindi tutti gli iscritti che ne fanno un uso **ordinario** passibili di sanzione disciplinare.

Ed ancora **si subordina il suo impiego** ad una prescrizione medica (se la contenzione è farmacologica) ovvero ad una valutazione assistenziale (se è emozionale o fisica) che deve essere tracciabile, nella genesi della sua indicazione, mediante adeguata documentazione. In questa seconda, ma fondamentale, parte della frase, il Codice richiama la responsabilità etica, deontologica e giuridica, dei professionisti della salute (siano essi medici o infermieri) che nel valutare, e documentare, il razionale posto alla base della sofferta scelta devono chiaramente soppesare il delicato bilanciamento tra i rischi (rappresentati dai diritti del paziente coercizzati) ed i benefici (tutela della sua vita, salute ed incolumità) connessi *in concreto* con quella scelta professionale.

Questa affermazione è perfettamente in linea con la consolidata Giurisprudenza della Suprema Corte, e con una parte importante della Dottrina, che ponendo il professionista della salute in una posizione di garanzia (obbligo di protezione) nei confronti della salute/vita/incolumità del paziente deve fornire allo stesso i mezzi per rendere questa protezione effettiva.

Se così non fosse, ci troveremmo innanzi ad una situazione paradossale in cui il Codice Penale pretende (ex art. 40; ‘Non impedire un evento, **che si ha l’obbligo giuridico di impedire**, equivale a cagionarlo’) che il professionista della salute -pena l’imputazione per il reato ex art. 590 (‘lesioni personali colpose’) e 589 (‘omicidio colposo’) – impedisca il danno a carico del paziente o di terzi senza riconoscergli alcuno strumento

atto ad evitare quel determinato evento.

Ritengo quindi in conclusione che l’attuale formulazione dell’art. 30 del Codice Deontologico dell’Infermiere sia da ritenere perfettamente consona all’obbligo etico, ed anche giuridico, connesso con il ruolo di professionista della salute. Appare utile chiosare che l’appartenente al Collegio, che dovesse ritenere questo obbligo deontologico contrario ai propri principi etici, può sempre invocare la ‘clausola di coscienza’ (cfr. parere Comitato Nazionale di Bioetica, pubblicato 30.7.2012) che comporta da un lato la possibilità di rifiutare di eseguire una prestazione ritenuta contraria ai propri principi etici e dall’altra una chiara accettazione della eventuale responsabilità derivante da questa decisione (‘la persona deve accollarsi per intero le conseguenze giuridiche del proprio comportamento’; cfr CNB, op cit, 2012).

Concludendo, occorre evidenziare che al momento la quasi totalità delle Aziende ha predisposto (o sta predisponendo) protocolli interni dedicati proprio alla materia della contenzione: una produzione di documenti sordinati fra loro, contenenti disposizioni assolutamente difformi, spesso condizionati più da valutazioni economiche invece che scientifiche e, in definitiva, potenzialmente idonee ad esporre a seri profili di responsabilità per tutto il personale sanitario coinvolto.

In tale prospettiva, per arginare e contrastare questa situazione potrebbe essere opportuno favorire una produzione di documentazione utile a fornire a iscritti ed amministrazioni, da un lato, una analisi della situazione “di fatto” esistente in Italia in materia di contenzione e, dall’altro, ad indirizzare le scelte operative adottate verso una visione giuridicamente seria e chiara del fenomeno.

- 1) J Benbenishty et al., ‘Physical Restraint use in Intensive Care Units across Europe: the PRICE study’, *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 241-245, 2010
- 2) T Steiner and P Lepping, ‘Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries’, *European Psychiatry* 24, 135-141, 2009
- 3) The FDA defines “protective restraint” at 21 CFR Section 880.6760 as: “a device, including but not limited to a wristlet, anklet, vest, mitt, straight jacket, body/limb holder, or other type of strap that is intended for **medical purposes** and that limits the patient’s movements to the extent necessary for treatment, examination, or **protection of the patient or others**”



Copyright by Collegio IPAS.VI. - Sondrio

Publicato trimestralmente ed inviato a tutti gli iscritti del Collegio IPAS.VI.
Viene inviato in abbonamento -
si prega pertanto di comunicare tempestivamente il cambio di indirizzo al Collegio IPAS.VI. - via Aldo Moro, 32
23100 Sondrio
E-mail: info@ipasviso.org

PRESIDENTE: Tonino Trinca Colonel
VICE PRESIDENTE: Marisa Ambrosini
SEGRETARIO: Gisella Tridella
TESORIERE: Elena Valli

CONSIGLIERI:
Marisa Bordini - Olga Cedro - Arianna Fiorelli - Tiziana Giacconi - Romina Loreti
- Monica Rita Nonini - Caterina Panizza - Gabriella Perotti - Ercole Andrea Piani -
Francesca Piganzoli - Maria Emilia Porta

REVISORI DEI CONTI:
Presidente Giancarlo Bottà - membro effettivo Milena Spandrio
membro effettivo Francesca Vitalini - membro supplente Carla Fallini

REDAZIONE:
Tonino Trinca Colonel - Chiara Fognini - Caterina Panizza - Ercole Piani
- Carmela Ongaro.

HANNO COLLABORATO:
Trinca Colonel Tonino - Ernesto d’Aloja - Segreteria Collegio
Collegio Ipasvi La Spezia - Antonietta Quetti - Miriam Carnini - Tiziana Giacconi
Marisa Ambrosini - Stefania Sala Peup - Ivonne Bongiasca - Gavino Maciocco
Guido Mazzoni - Arianna Fiorelli - Lo zio di Travis Gomes - Nonini Monica
Marisa Bordini.

Stomaterapista in azione

di Miriam Carnini*

L'infermiere esperto in stomaterapia è il professionista che, a seguito di una formazione specifica, ha acquisito le conoscenze e le competenze che lo rendono in grado di erogare prestazioni assistenziali e riabilitative alla persona affetta da patologie coloproctologiche e disfunzioni del pavimento pelvico. Nel senso letterale della parola, l'infermiere stomaterapista può essere considerato un "infermiere specializzato nella cura delle stomie". Questa breve definizione non rispetta tuttavia né il contesto clinico professionale, né riassume i contenuti di questa particolare figura professionale. Fondamentalmente sono due i pilastri su cui si deve basare l'attività dell'infermiere stomaterapista

- la professionalità;
- la sensibilità e l'umanità.

La professionalità va intesa come "perfetta conoscenza della materia", in quanto sia le stomie, sia le patologie proctologiche sia le disfunzioni del pavimento pelvico possono ingenerare lo sviluppo di problemi funzionali che richiedono l'adozione di interventi complessi di prevenzione, cura, educazione e riabilitazione. Per agire in maniera appropriata in queste situazioni è necessario che l'infermiere stomaterapista possieda abilità cognitive fondate su solide basi teoriche, le quali devono costantemente essere aggiornate attraverso la formazione continua, l'analisi critica delle proprie esperienze e il confronto con altre realtà sanitarie analoghe. La sensibilità e l'umanità, che talvolta possono sembrare qualità marginali o superflue, esprimono invece la volontà e la disponibilità a instaurare un rapporto di fiducia ed empatia con la persona assistita, elemento indispensabile con questa tipologia di pazienti. I problemi della persona stomizzata, o con incontinenza fecale e/o urinaria, non sono circoscritti al solo aspetto funzionale, ma creano condizioni di turbamento psicologico che influenza i valori e le convinzioni intrinseche al concetto di sé, incidendo in tal modo sulle risposte, sulle prestazioni e sui processi cognitivi. L'infermiere stomaterapista è quindi «un infermiere specializzato, con competenze tecnico-scientifiche e attitudini psicologiche, idonee a fornire una qualificata assistenza e la necessaria riabilitazione ai portatori di stomia e alle persone con problemi di incontinenza uro-fecale». Da un punto di vista generale, il ruolo e le funzioni dello stomaterapista rispecchiano lo specifico professionale sancito dal D.M. 739/1999 e dagli ordinamenti didattici della formazione infermieristica; ciò che lo differenzia è correlato alle competenze aggiuntive acquisite con la formazione complementare specifica e con la formazione permanente.

Funzione clinica, assistenziale, riabilitativa

L'infermiere stomaterapista esercita la funzione clinica attinente lo specifico campo d'azione, attraverso



una serie di attività finalizzate a dare risposte specifiche ai bisogni espliciti e impliciti della persona stomizzata e incontinente.

Le prestazioni principali che rientrano in questa funzione sono:

- la rilevazione dei bisogni assistenziali non solo conseguenti la malattia ma anche correlati all'istituzionalizzazione, ai trattamenti diagnostici e terapeutici, alle modificazioni delle attività di vita quotidiane, alla qualità di vita percepita;
- la definizione degli obiettivi assistenziali e la pianificazione dell'assistenza infermieristica, tenendo conto delle aspettative e delle risorse della persona assistita e della famiglia;
- la realizzazione degli interventi assistenziali;
- l'applicazione delle prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
- la direzione e il controllo del "caso".

Il controllo contempla implicitamente il processo di valutazione, pertanto questa attività non è limitata alla sola fase finale ma è trasversale all'intero sviluppo del progetto terapeutico-assistenziale. La funzione clinica dell'infermiere stomaterapista è caratterizzata da un costante azione informativa su quanto deve essere realizzato per il trattamento e la risoluzione dei problemi di salute del paziente in tutte le fasi delle attività di seguito descritte:

- il disegno preoperatorio della stomia;
- lo stoma care;
- la scelta e la valutazione dell'appropriatezza dei dispositivi di raccolta;
- la prevenzione e la gestione delle complicanze stomali;

Funzione pedagogica

Parlare di funzione pedagogica implica riconoscere che il problema educativo in ambito sanitario non si limita al momento dell'educazione sanitaria in senso stretto, ma entra

in prepotenza in ogni ambito del rapporto che l'operatore instaura con il paziente. L'evoluzione della medicina e dei trattamenti chirurgici permette oggi di curare sempre più efficacemente le patologie infiammatorie e neoplastiche dell'apparato urinario e intestinale, ma la iatrogenesi dei trattamenti posti in essere e il confezionamento della stomia che causano modifiche della funzione di eliminazione determinano innumerevoli problemi. Peraltro, anche la riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico presuppone che la persona affetta da incontinenza acquisisca abilità cognitive e comportamentali, per mantenere nel tempo i risultati ottenuti e/o ridurre le manifestazioni indesiderate correlate alla perdita della continenza. Da queste considerazioni emerge chiaramente come la partecipazione della persona assistita a pratiche di salute positive, con l'acquisizione di abilità nella gestione della propria stomia e l'adozione di comportamenti e stili di vita appropriati, siano elementi indispensabili per controllare l'evoluzione della situazione clinica e la riduzione dei fattori di rischio. La funzione educativa assume così una valenza terapeutica, in quanto si propone di aiutare la persona assistita, sia nelle fasi acute che di cronicità, per consentirle di acquisire e/o di mantenere la capacità di gestire in modo ottimale la propria vita convivendo con la malattia. L'intervento educativo nel contesto clinico riabilitativo specifico ha lo scopo di fornire al paziente stomizzato o incontinente le conoscenze, le competenze, le capacità e l'autoconsapevolezza necessarie a influenzare i suoi comportamenti e le attività di autocura in merito alla modificata funzione di eliminazione. L'infermiere stomaterapista nell'implementazione dell'azione educativa agisce come soggetto attivatore «per fare emergere le risorse ossia le potenzialità che l'utente e/o i suoi familiari possiedono» in merito ai seguenti aspetti:

- l'autocura della stomia;

- i comportamenti alimentari
 - lo stile di vita per il mantenimento del proprio modello di benessere;
 - l'approvvigionamento e l'utilizzo appropriato dei presidi di gestione della stomia e dell'incontinenza;
 - l'effettuazione della pratica irrigativa;
 - l'effettuazione di esercizi di chinesiologia e di biofeedback;
 - la rete sociale e sanitaria dei servizi da cui può ricevere supporto.
- Nello specifico le attività principali che rientrano nella funzione pedagogica sono riferite a:
- identificare i bisogni educativi della persona e della famiglia;
 - definire gli obiettivi educativi;
 - realizzare gli interventi di educazione terapeutica;
 - addestrare la persona e/o il caregiver;
 - verificare il livello di capacità acquisite.

L'azione educativa per rispondere in modo pertinente ed efficace ai bisogni della persona assistita richiede progettualità. Lo sviluppo di ogni aspetto dell'educazione comporta l'adozione di un processo metodologico articolato in fasi, che parta dai bisogni e dalle risorse del paziente per delineare le attività e le modalità ritenute idonee al raggiungimento degli obiettivi predefiniti. Una comunicazione adeguata tra infermiere e malato è la variabile che influenza l'andamento e i risultati dell'attività pedagogica. Fare uso di una terminologia comprensibile, utilizzare parole ricche di messaggi positivi facilita l'interpretazione reciproca dei messaggi, la gestione dei relativi feed-back, la relazione interpersonale e la collaborazione efficace e consapevole del paziente in tutte le fasi dell'attività educativa. Va sottolineato inoltre che un paziente che avverte di essere non solo "curato" ma altresì "ascoltato" adotta un atteggiamento diverso sia alla situazione di malattia, sia nei confronti di quanto gli viene proposto per curarla e gestirla al meglio; ciò fa sì che il rapporto con l'infermiere diventi fonte di sicurezza e di tranquillità. Creare questa

condizione consente anche di sottrarre l'assistito dal peso di angosce, paure, fantasmi e di "sfruttare" la sue motivazioni e le sue aspettative di vita come "leva" per promuovere il raggiungimento dell'autonomia e di una qualità di vita che lo soddisfi.

Conclusioni

Il contesto clinico, professionale, sociale e umano in cui si colloca l'infermiere esperto in stomaterapia, coloproctologia e riabilitazione del pavimento pelvico ben si inserisce nella nuova cornice normativa che delinea funzioni, competenze e nuove responsabilità dell'infermiere, rafforzandone l'autonomia e il rapporto di collaborazione con gli altri operatori sanitari e tecnici. Un agire responsabile si concretizza nell'erogazione di prestazioni efficaci e appropriate attraverso una pratica fondata sulla competenza, acquisita dall'infermiere stomaterapista con la formazione post base, composta da motivazioni, conoscenze, competenze cliniche, organizzative e relazionali. I problemi complessi che può presentare la persona con patologie proctologiche, con stomia o con incontinenza urinaria o fecale, richiedono prestazioni multidisciplinari e il lavoro di équipe è l'elemento strategico per massimizzare i risultati clinici e organizzativi. Il ruolo fondamentale dell'équipe multidisciplinare è quello di dividere compiti e funzioni (specifici di ciascuna professionalità), rimanendo però un unico gruppo che partendo da punti di vista diversi sul paziente crea tra i membri del team un confronto valorizzante e stimolante. La persona malata vive una situazione particolarmente ansiogena correlata alla patologia e alla conseguente creazione di una stomia, per questo manifesta sovente meccanismi psichici di tipo regressivo, sviluppando sovente bisogni basilari, di grande importanza per lei. Tra questi rientra il bisogno di sentirsi accudito, compreso, toccato, ma soprattutto il bisogno di percepirsi all'interno di un gruppo di curanti che non si spaventano di fronte alla sua condizione e con i quali può condividere profondamente questo momento della sua vita. A questo proposito lo strumento fondamentale dell'attività dell'infermiere stomaterapista è la relazione umana, in quanto l'efficacia clinica non si esplica solo "sapere" o nel "saper fare", ma soprattutto nel "saper essere" nel rapporto con il paziente. Lavorare in questo modo con il paziente e i familiari ha lo scopo di aiutarli ad acquisire altri punti di vista e nuovi significati in merito alla malattia, agli interventi, alle terapie, all'eventuale stomia; a osservare non solo ciò che è "rotto", ma a sviluppare la capacità di vedere ciò che ancora si può realizzare nonostante la presenza della malattia e delle limitazioni a essa connesse.

* Infermiere Coordinatore Stomaterapista A.O.V.V. Presidio di Sondalo Ambulatorio Stomaterapia

ECM: il nuovo sistema Creiamo Arte

a cura di Tiziana Giaconi*, Marisa Ambrosini**

di Stefania Sala Peup, Ivonne Bongiascia*

Il sistema ECM, dopo un lungo periodo di sperimentazione, è entrato a far parte in modo pressoché definitivo del mondo degli operatori sanitari pubblici e privati.

L'Educazione Continua in Medicina è un sistema nato con scopi universalmente condivisibili: assicurare al cittadino che gli operatori sanitari mantengano nel tempo un elevato livello di competenza e professionalità, così da garantire performance elevate e sicurezza. Per arrivare a questo è necessario quindi l'aggiornamento continuo che, richiamato anche il nostro codice Deontologico, diventa per gli infermieri un obbligo morale e professionale.

E' stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il nuovo Accordo sul sistema ECM. Questo Accordo (19 Aprile 2012) traccia le nuove regole per rendere omogeneo il sistema ECM su tutto il territorio nazionale, sancisce in maniera definitiva il passaggio dall'accreditamento dei singoli eventi all'accreditamento dei Provider e introduce importanti novità sul ruolo rivestito da Ordini, Collegi e Associazioni.

I contenuti inclusi nel Documento riguardano le Linee Guida per i Manuali di accreditamento dei Provider a livello nazionale e regionale, l'istituzione dell'Albo dei Provider, i crediti formativi richiesti per il triennio 2011-2013, le regole per i corsi tenuti da Ordini e Collegi, gli obiettivi formativi, il sistema di verifiche di controlli e monitoraggio e le regole per i Liberi Professionisti. Riportiamo di seguito alcune domande ricorrenti che possono aiutare a comprendere i vari e ricorrenti dilemmi sull'argomento.

Quanti crediti devono essere maturati per il triennio 2011-2013?

Sono stati confermati in 150 i crediti formativi per questo triennio. Per ogni anno i professionisti potranno acquisire un minimo di 25 crediti e un massimo di 75. E' prevista la possibilità di riportare fino ad un massimo di 45 crediti dal triennio 2008-2010 a condizione che il professionista abbia ottemperato al debito formativo previsto per il triennio precedente di 150 crediti formativi.

La Commissione ha stabilito, per i soli infermieri, il limite del 60% (90 su 150) dell'acquisizione dei crediti in modalità Formazione a distanza (FAD).

Quali modalità di formazione permettono di acquisire crediti ecm?

- Formazione residenziale
- Convegni, congressi, simposi, conferenze (oltre 200 partecipanti), Workshop, seminari, corsi.
- Formazione residenziale interattiva
- Gruppi di miglioramento
- Training individualizzato
- Attività di ricerca
- Audit clinico e/o assistenziale
- Autoapprendimento senza tutoraggio,
- Autoapprendimento con tutoraggio
- Docenza e tutoring.

Chi eroga la formazione e rilascia i crediti ECM?

Una delle principali innovazioni del nuovo sistema ECM è il passaggio

dall'accreditamento dei singoli eventi all'accreditamento dei Provider che li erogano. I Provider sono responsabili dei propri prodotti formativi, assegnano direttamente i relativi crediti ECM e si impegnano a garantirne la qualità, la trasparenza, la correttezza e l'efficacia. L'Accordo Stato-Regioni stabilisce che i Provider debbano richiedere l'accreditamento e dispongano di determinati requisiti come le caratteristiche del soggetto che si propone, la sua organizzazione, le risorse di cui dispone, la qualità dell'offerta formativa e la sua indipendenza da interessi commerciali.

I crediti vengono rilasciati dai Provider. Al termine dell'evento formativo ECM, il Provider deve comunicare all'Ente accreditante e al CoGeAPS (Consorzio per la gestione anagrafica delle professioni sanitarie) i crediti ottenuti da ogni partecipante. (www.cogeaps.it)

A chi spetta il computo dei crediti e quale ruolo riveste il collegio?

Il computo dei crediti spetta al professionista sanitario, mentre la verifica e la certificazione dei crediti formativi spetta al Collegio o Ordine competente che utilizzerà al termine del triennio 2011-2013 i dati archiviati dal CO.GE.A.P.S.

Il Co.Ge.APS è deputato a gestire l'anagrafe nazionale dei crediti ECM e in futuro renderà disponibili tali informazioni a Ordini e Collegi affinché possano certificare al termine del triennio formativo 2011-2013 i crediti acquisiti.

Quali novità per i liberi professionisti?

I liberi professionisti godranno di una maggiore flessibilità nell'acquisizione dei crediti annuali. Per rispondere alle loro esigenze formative si è data la possibilità ad Ordini e Collegi di organizzare corsi tecnico-professionali, che però non potranno avere sponsorizzazioni commerciali e dovranno essere gratuiti o a costo minimo.

Posso essere acquisiti crediti come docente?

I docenti / relatori hanno diritto, previa richiesta all'organizzazione, a 2 crediti formativi per ogni ora di effettiva docenza in eventi o progetti formativi aziendali, entro il limite del 50% dei crediti da acquisire nel corso dell'anno solare.

Anche i nuovi iscritti hanno l'obbligo di maturare crediti ECM?

Il debito formativo per il professionista iscritto per la prima volta all'Albo professionale decorre dall'anno successivo a quello di conseguimento del titolo e dell'iscrizione all'Albo stesso.

Chi è esonerato dall'obbligo dei crediti ECM?

E' esonerato dall'obbligo dell'ECM, per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza), il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propria della categoria di appartenenza:

- Corsi di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corsi di perfezionamento scientifico e laurea specialistica.

- Corso di formazione specifica in medicina generale.
- Formazione complementare.
- Corso di formazione e di aggiornamento professionale per un periodo di svolgimento minimo di 150 ore, anche all'estero.

Sono esonerati dall'obbligo ECM le donne in maternità, i professionisti che adempiono al Servizio militare. Si precisa che occorre conservare tutta la documentazione comprovante la fruizione dell'esonero che è valido per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui i soggetti interessati usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni. Occorre specificare che nel caso in cui il periodo di assenza dal lavoro ricadesse a cavallo di 2 anni, l'anno di validità per l'esenzione dai crediti, sarà quello in cui il periodo di assenza è maggiore.

Eventuali crediti percepiti nell'anno di esenzione non possono essere portati in detrazione per l'anno successivo, in quanto vengono assorbiti dal diritto di esonero vantato dall'operatore per le tipologie indicate precedentemente. Gli esoneri e le esenzioni saranno oggetto, nei prossimi mesi, di studio e valutazione da parte della Commissione Nazionale per la Formazione Continua per farne criteri omogenei su tutto il territorio nazionale e per tutti i professionisti interessati.

Quali sanzioni per chi non adempie all'obbligo ECM?

Si rammenta che il DL 138/2011 del 13 agosto 2011, convertito in legge n. 148 del 14 settembre 2011, prevede all'articolo 3, comma 5, lett. B) tra l'altro cita "la violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione". Al momento comunque non esistono, a questo riguardo, precise indicazioni. Nel prossimo futuro la Commissione per la Formazione continua, gli Ordini, i Collegi e le rispettive Federazioni dovranno elaborare disposizioni ad hoc regolamentare tale obbligo.

Fonti

- Federazione IPASVI (www.ipasvi.it)
- Documento Accordo sul sistema di formazione continua in medicina (19 aprile 2012)
- http://ape.agenas.it/documenti/ACCORDO_19_APRILE_2012.pdf

* Infermiera Libero professionista Consigliere Collegio IPASVI

** Vigilatrice d'Infanzia Vice Presidente Collegio IPASVI



Al primo piano del Palazzo San Michele di Tirano, all'interno dei centri diurni per disabili è allestita una galleria d'arte contemporanea che accoglie i lavori creativi realizzati dagli utenti che frequentano tali servizi. Adiacente all'esposizione si trova anche il laboratorio creativo, un tempo e uno spazio di libertà in cui scoprire, sperimentare, apprendere tecniche e costruire percorsi creativi, attraverso l'utilizzo di materiali artistici tradizionali e di recupero.

Il lavoro esposto è frutto di due progetti iniziati nel 2007 intitolati "Creiamo l'arte" e "Visite mostre artistiche" che coinvolgevano un gruppo di 8 utenti, 4 dei quali appartenenti al C.D.D. Beata Chiara Bosatta e 4 al C.D.D. San Michele.

Lo spunto per iniziare questo nuovo percorso ci è stato offerto dalla mostra di Picasso che si è svolta nel 2007 a Sondrio.

Inizialmente abbiamo eseguito delle ricerche in biblioteca con lo scopo di far conoscere agli utenti le principali correnti artistiche, le biografie di alcuni importanti pittori e le loro opere, utilizzando vari mezzi di comunicazione quali: internet, dvd di arte, riviste, libri semplici di storia dell'arte.

Abbiamo effettuato un semplice "viaggio nella storia" partendo dalla pittura degli uomini primitivi, studiando gli Egizi, i Greci e le varie epoche (il Medioevo, il Rinascimento), giungendo al periodo dell'Impressionismo fino ai giorni nostri.

La fase successiva alla preparazione teorica consisteva nella visita di mostre e offerte culturali presenti sia nel nostro territorio che extraprovinciali (Brescia, Como, Milano, Firenze); a volte in base alle offerte territoriali avveniva il procedimento inverso, ossia dalla visione della mostra si approfondiva la vita e lo stile dell'artista (es. Van Gogh a Brescia). Contemporaneamente a questo lavoro gli utenti venivano coinvolti nello sperimentare le varie tecniche artistiche/espressive, riproducendo copie di quadri visionati nelle varie mostre o su libri di arte che erano particolarmente piaciute o che avevano suscitato in loro ricordi o emozioni.

Il lavoro svolto in questi anni non pretende di avere un'attinenza con l'approccio psicanalitico cioè con l'interpretazione della produzione artistica come strumento liberatorio di vissuti più o meno inconsci che necessitano di un canale comunicativo per

poter essere portati in superficie, ma vuole essere un'attività intesa come uno strumento per raggiungere un ideale benessere psicofisico, un equilibrio emozionale e affettivo che sappia dare un senso al fare e un significato alle varie fasi di lavoro.

In questo contesto, riteniamo però più opportuno sostituire il termine arte-terapia con la locuzione arte-per-il-benessere, dove l'arte diviene strumento di "uno star bene" con se stessi e con gli altri, un momento per "star dentro" la relazione e la quotidianità, per essere protagonisti della propria storia, della propria vita.

Nel prodotto realizzato la persona si può riconoscere come soggetto attivo, capace di produrre oggetti materiali e soggetto attore di esperienze emotive. Il semplice fare, non è pertanto solo una linea o una pennellata, azioni e gesti fini a se stessi, ma si inseriscono in un quadro più ampio che restituiscono alla persona, a prescindere dalle limitazioni o dai deficit, una propria dignità. Per essere un artista, bisogna lavorare con le mani, la testa ed il cuore e pertanto queste opere realizzate, cariche di una valenza affettiva, vanno considerate come un vero e proprio prodotto artistico, poiché quelle mani che a volte si imbrattano di colore, indugiano sulla tela e maldestramente operano, sono comunque dettate dalla necessità di sentirsi persona portatrice di abilità e di competenze e aprono alla possibilità di sviluppare un ulteriore canale comunicativo.

Tra le varie attività che si svolgono al CDD, l'arte-per-il-benessere riveste un'indubbia posizione di privilegio in quanto sono molteplici i livelli riabilitativi coinvolti: di primo acchito la pratica manuale è utile allo sviluppo e successivamente, al mantenimento dell'abilità fino-motoria, ma anche l'utilizzo di metodi alternativi (pittura con il piede o con la testa tramite l'ausilio di un caschetto), oltre a conservare la fluidità delle parti del corpo coinvolte, permette a chi non è in grado di utilizzare gli arti superiori, di partecipare ad un'attività ricca di rimandi positivi. Al di là delle manualità necessarie, infatti, altre competenze concorrono all'attività. Innanzi tutto, poiché l'arte-per-il-benessere viene svolta in piccoli gruppi, il principio della cooperazione tra i membri che partecipano al laboratorio presiede per tutta la durata dell'attività stessa; concorrono, inoltre, la dimensione cognitiva, relativa alla conoscenza dei materiali e delle fasi della creazione dell'opera, delle correnti artistiche e delle varie tecniche espressive; infine, la parte che gioca un ruolo predominante è legata all'aspetto emotivo, la dimensione emozionale che dà vita a tutta all'esperienza.

Ulteriori obiettivi cardine di tale progetto, ovvero l'integrazione delle persone con disabilità e lo sviluppo di una comunicazione positiva, si basano sul concetto fondamentale che tali opere realizzate possano avere un'ulteriore visibilità, escano dai circuiti protetti per diffondersi sul territorio, creando così un processo di "inclusione" che diffonda una cultura civile, democratica e che riconosca ad ogni persona un proprio ruolo ed una propria identità.

*educatrici Stefania Sala Peup, Ivonne Bongiascia

La riforma sanitaria: vittoria del popolo americano

Obama. La riforma sanitaria è salva

di Gavino Maciocco

Il 6 novembre gli americani, riconfermando Barak Obama alla presidenza della nazione, hanno anche mantenuto in vita una riforma ancora in fase embrionaria, che il candidato repubblicano, Mitt Romney, aveva promesso di sopprimere. “Il meglio deve ancora venire”. Questa la frase pronunciata da Barak Obama al momento dell’annuncio della vittoria nel giorno delle elezioni presidenziali. “il meglio deve ancora venire” si applica benissimo alla riforma sanitaria approvata nella precedente legislatura, perché la parte più importante di essa entrerà in vigore nel 2014. Una riforma sanitaria faticosamente conquistata. Infatti, come ha recentemente riconosciuto Bill Clinton, Obama è riuscito dove altri presidenti (da Roosevelt allo stesso Clinton) avevano fallito. Di seguito il faticoso cammino della Riforma, gli ostacoli e le resistenze, i limiti e anche i primi risultati positivi.

Elezioni presidenziali, novembre 2008. La Riforma sanitaria promessa. Nel programma elettorale di Obama viene dato ampio risalto alla riforma del sistema sanitario, con queste parole: “Se hai già un’assicurazione sanitaria, l’unica cosa che cambierà sarà il prezzo del premio assicurativo. Sarà più basso. Se invece sei uno dei 45 milioni di americani privi di assicurazione, sarai coperto una volta che il mio programma diventerà legge”.

Post-elezioni. Luglio 2009. Le prime resistenze. Dopo la vittoria elettorale, la proposta di riforma sanitaria inizia il suo iter parlamentare, che si capisce subito essere pieno d’insidie. Le varie lobbies – del settore assicurativo, dell’industria biomedicale – cominciano a muoversi “contro”, facendo breccia anche in campo democratico. Obama, il 22 luglio 2009, tiene alla Casa Bianca una conferenza stampa in cui riconferma l’impegno a realizzare la riforma: “E questo non perché circa 47 milioni di americani sono completamente privi di assicurazione sanitaria. La riforma è necessaria per tutti gli americani che temono di perdere la copertura assicurativa perché diventano troppo malati, perché perdono o cambiano il loro lavoro. La riforma è necessaria per tutte quelle piccole imprese che sono state costrette a licenziare i propri dipendenti o a tagliare la copertura assicurativa, perché questa è diventata troppo costosa. La riforma è necessaria perché l’astronomico costo di Medicare e Medicaid è una delle cause del nostro deficit federale. Voglio essere chiaro. Se noi non controlliamo questi costi, noi non saremo in grado di controllare il nostro deficit. Se noi non riformiamo l’assistenza sanitaria, le vostre polizze assicurative e i conti che voi pagate per le prestazioni mediche continueranno ad aumentare a dismisura. Se noi non agiamo, 14 mila americani continueranno a perdere la copertura assicurativa ogni



giorno che passa. Queste sono le conseguenze dell’inazione. Questa è la posta in gioco”.

Autunno 2009. L’attacco frontale. La perdita di un pezzo della Riforma.

L’esame della riforma entra nel vivo nelle commissioni del Congresso, ben 6 tra Camera e Senato. Una norma viene duramente attaccata dall’opposizione, e anche da parte di diversi membri della maggioranza democratica: è quella che prevede la creazione di un’assicurazione sanitaria pubblica che, praticando tariffe eque e condizioni non discriminatorie nei confronti degli assistiti, si ponga in concorrenza con le assicurazioni private. E’ uno dei pilastri della riforma, ma l’azione delle lobbies, le barricate dell’opposizione e le divisioni in campo democratico portano a una sua definitiva rimozione.

Gennaio 2010. Lo shock delle elezioni suppletive in Massachusetts. A gennaio, quando alle elezioni suppletive per assegnare il seggio senatoriale del Massachusetts rimasto vacante a causa della morte di Ted Kennedy (un seggio tradizionalmente considerato “sicuro” dai Democratici) vince uno sconosciuto candidato Repubblicano, la débacle elettorale viene inevitabilmente collegata alla riforma di Obama e alla reazione di rigetto dell’opinione pubblica. Si rievoca la vicenda del fallimento della proposta dei Clinton nel 1994: anch’essa partita col favore del pubblico, poi bersagliata dall’offensiva della coalizione dei nemici della riforma e infine affondata dai sondaggi sfavorevoli e dallo spettro di una sconfitta alle elezioni di medio termine. Alla fine di gennaio si prospettava uno scenario analogo: nei sondaggi il gradimento sia del Presidente che della riforma erano in discesa, le elezioni di medio termine quasi alle porte (novembre 2010) e molti parlamentari democratici erano paralizzati dalla paura che la riforma potesse impedire la rielezione.

21 marzo 2010. La Riforma è legge. Obama, nonostante i sondaggi sfavorevoli e le divisioni all’interno del campo democratico (che non garantivano la maggioranza parlamentare), decise di portare avanti la battaglia e di mettere in gioco la sua leadership. La legge venne messa in

La riforma voluta da Obama non introduce niente di simile a una sanità di tipo Italiana, ma si tratta di una decisione storica che porterà alla copertura sanitaria per 30 milioni di cittadini americani che attualmente non godono di alcuna forma di tutela assicurativa e che quindi hanno serie difficoltà a fronteggiare le problematiche sanitarie.

Da parte sua Obama in un discorso fatto alla nazione ha dichiarato “Questa è una vittoria per tutto il popolo americano continuare a implementare e migliorare le leggi in materia sanitaria. La riforma sanitaria deve essere ora attuata pienamente, non si torna indietro”.

Difficile per noi cittadini italiani considerare questa riforma una vittoria, ciascuno di noi conosce la fragilità e la preoccupazione del malato e di chi gli sta accanto è quindi dovere di tutti riconoscere il diritto alla salute e il criterio dell’uguaglianza. UN VALORE UN “PRINCIPIO fondamentale della nostra Costituzione. Ma sentiamo sempre più spesso dire che il sistema

sanitario italiano è a rischio e la sostenibilità futura potrebbe non essere garantita.

Il cambiamento è filo conduttore della evoluzione della professione sanitaria e, in misura più ampia, di tutta la sanità italiana. La riforma sanitaria avviata in Italia si colloca all’interno di un vasto movimento di revisione dei sistemi sanitari, che ha condotto alla ricerca di un nuovo equilibrio tra chi deve beneficiare di un servizio, i professionisti che lo erogano e chi finanzia e gestisce il sistema stesso. La capacità di leggere ed interpretare criticamente i processi di funzionamento e di cambiamento che caratterizzeranno il nostro sistema sanitario permette di individuare le direzioni che ogni professione dovrà e potrà seguire, sia per adattarsi al cambiamento, sia per anticiparlo. Il punto è che bisogna intervenire non per tagliare, ma per riorganizzare.

Su questa linea sta lavorando da alcuni mesi un tavolo tecnico Ministero Salute-Regioni allo scopo di delineare le nuove competenze di tutte le professioni sanitarie.

“L’infermiere gioca un ruolo positivo nella sanità attuale e ha le capacità di diventare uno dei principali protagonisti della buona sanità del futuro.”

N.d.r.

votazione alla Camera il 21 marzo 2010 e, dopo un’estenuante giornata di trattative, ottenne finalmente l’approvazione.

Paul Krugman dalle colonne del *New York Times* scrisse di “storica vittoria del Presidente Obama e di trionfo di Nancy Pelosi”: il giusto riconoscimento allo speaker della Camera per l’abilità e la tenacia con cui gestì le ultime convulse fasi della trattativa col gruppo dei democratici dissidenti, riuscendo a recuperare l’indispensabile sostegno dei deputati anti-abortionisti e conseguendo alla fine il risultato utile di 219 voti contro 212 (maggioranza richiesta: 216).

I contenuti della Riforma

La parte della riforma più impegnativa dal punto di vista finanziario sarà attuata a partire dal 2014, mentre da subito vengono introdotte importanti innovazioni, ritenute molto popolari e quindi in grado di contrastare sul piano del consenso le campagne degli oppositori della riforma.

Le immediate innovazioni riguardano due provvedimenti che puntano diretti al cuore degli interessi dell’industria assicurativa: a) il primo vieta alla assicurazione di negare l’iscrizione a coloro che hanno malattie preesistenti (es: diabete) o di rescindere il contratto per gravi patologie sopravvenute (es: tumori); b) il secondo vieta alle assicurazioni di stabilire un tetto massimo

ai rimborsi, tetto che danneggia i pazienti portatori di malattie particolarmente gravi e costose.

Altra norma da subito introdotta è la possibilità di includere nell’ambito dell’assicurazione familiare i giovani fino a 26 anni (prima il limite era 18 anni), per consentire la copertura delle persone che continuano a studiare, che sono disoccupati o in cerca di prima occupazione.

Decorrono invece dal 2014 le seguenti parti della riforma:

• **Espansione di Medicaid.** (il programma pubblico che attualmente assicura solo alcune categorie di poveri). Potranno essere arruolati in Medicaid tutti coloro che hanno un reddito inferiore a 29,327 \$ (per una famiglia di 4 persone). Ciò comporterà un incremento della copertura assicurativa di 16 milioni di persone.

• **Obbligo di assicurare (per le imprese) e di assicurarsi (per le persone).**

- **Imprese:** l’obbligo di assicurare i propri dipendenti vale per le imprese con 50 e più lavoratori. In caso di mancata osservanza è prevista l’irrogazione di una multa di 2,000 \$ a dipendente all’anno, con l’esenzione dei primi 30 dipendenti; un imprenditore inadempiente con 53 dipendenti pagherà una multa di 46,000 \$;

- **Persone:** le persone che non go-

dono della copertura assicurativa pagata dall’impresa (che è la forma più diffusa di copertura assicurativa) sono tenute ad assicurarsi con le proprie risorse. Chi non si attiene pagherà una multa di 95 \$ (o l’1% del reddito) nel 2014, di 325 \$ (o il 2% del reddito) nel 2015, di 695 \$ (o il 3,5% del reddito) nel 2016 (fino a un max. di 2,085 \$ l’anno). Saranno esentate le persone con un reddito inferiore ai 9,350 \$ (singoli) o 18,700 \$ (coppie). Sono esentati anche gli Indiani Americani.

• **Sussidi alle imprese e alle persone.**

- **Imprese.** Le imprese con 25 o meno dipendenti che assicurano i lavoratori godranno di crediti di imposta che saranno particolarmente elevati nel caso di imprese con 10 o meno dipendenti dove è previsto un rimborso fino pari al 50% del costo delle polizze;

- **Persone.** Per le famiglie (4 persone) con un reddito inferiore a 88,200 \$ sono previsti dei sussidi crescenti man mano che si scende nei livelli di reddito. Così il costo della polizza non dovrà superare il 9,5 del reddito (per i redditi più alti) o il 3% del reddito (per i redditi più bassi). Inoltre è stabilito che il contributo *out-of-pocket* (pagamento diretto) non potrà superare annualmente i 5,950 \$ per un singolo o i 11,900 \$ per una famiglia.

• **Insurance Exchange.** Con questo termine s’intende la possibilità che a livello di Stato si creino dei consorzi tra assicurati (incluse anche imprese con un massimo di 100 dipendenti) in grado di contrattare da una posizione di maggiore forza con le assicurazioni. Dal 2017 tale possibilità sarà offerta anche a imprese con più di 100 dipendenti. Questa componente della riforma avrebbe certamente avuto maggiore efficacia se fosse rimasta in gioco la “*public health insurance option*”, un’assicurazione pubblica in grado di competere con le assicurazioni private. Ma tale opzione fu cancellata nel passaggio al Senato e non è stata ripresentata alla Camera.

2011-2012. Gli attacchi alla Riforma

Dal momento in cui è stata approvata, la Riforma sanitaria di Obama è stata oggetto di continui attacchi e proteste, da parte del movimento *Tea Party*, delle lobbies assicurative e bio-medicali, da parte dei vescovi cattolici (a causa dei provvedimenti a favore della contraccezione), e dell’opposizione repubblicana che – attraverso i governatori di 26 Stati – ha cercato, senza riuscirci, di farla invalidare dalla Corte Suprema (per una supposta incostituzionalità dell’obbligo a assicurarsi).

Un primo successo: diminuiscono i non assicurati.

Nel 2011 il numero degli americani privi di assicurazione è diminuito, per la prima volta dal 2007. Il numero dei non assicurati è passato da 49,9 milioni (16,3% della popolazione) del 2010 a 48,6 milioni (15,7% della popolazione) del 2011. Tale diminuzione è in buona parte da attribuire alla norma, immediatamente esecutiva, che ha dato la possibilità di includere nell’ambito dell’assicurazione familiare giovani fino a 26 anni (prima il limite era 18 anni).

ANFFAS, questa sconosciuta!

dr. Guido Mazzoni*

L'Anffas di Sondrio, salvo che nel mondo degli addetti ai lavori, credo che sia abbastanza sconosciuta, e ciò per grave responsabilità nostra e mia in particolare (siamo dei cattivi comunicatori!).

Colgo pertanto ben volentieri l'opportunità offertami da "Parliamone", fiducioso che quanto saprò dirvi interessi buona parte dei lettori di questa rivista, più di quanto non abbiano interessato le mie lezioni di diritto nel brevissimo periodo in cui l'ho insegnato alla Scuola per Infermieri di Sondrio. Chiederci di scrivere di noi ci serve per riflettere su chi davvero siamo e facciamo, e per capire come siamo visti. Anche perché le nuove famiglie, neppure nel momento più grave della prova, la nascita di un figlio con disabilità, sentono il bisogno di contattarci per sfogarsi con chi è già passato per quella via dolorosa. E' proprio all'inizio che sarebbe importante esserci per comunicare le nostre esperienze e far capire che oggi fortunatamente tutto è cambiato, eccetto la possibilità della guarigione.

Vogliamo essere associazione della Speranza non dell'Illusione. Anche oggi, come allora, dirò di Anffas non per quello che può servirvi direttamente, ma soprattutto per quello che può servire nel vostro lavoro accanto a persone che hanno a che fare con la disabilità, ed in particolare con quella intellettiva e/o relazionale.

Infatti Anffas è un'Associazione di Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale: a livello nazionale è nata nel 1958, a livello provinciale nel 1966, grazie a 42 genitori di tutta la nostra provincia che si sono associati, consapevoli che da soli nessuno di loro avrebbe potuto affrontare e risolvere i grossi problemi che avevano di fronte.

Nel 1958, ma neppure nel 1966, le leggi sociali e i servizi riguardanti la disabilità in Italia non esistevano: sono stati loro e chi li ha seguiti nei successivi anni a tracciare il percorso che noi poi abbiamo trovato solo da perfezionare ed esigere. Perché oggi le leggi nazionali e internazionali, come le Convenzioni Onu sui diritti dei bambini e delle persone disabili, ci sono, ma non si rispettano o si applicano in misura e modalità grossolane.

I servizi nella nostra Provincia sono insufficienti e sono solo quelli essenziali, però sono buoni. Da noi è inutile che la Regione voglia erogare voucher perché possiamo scegliere il servizio che va meglio per il nostro congiunto (cosa che dovrebbe dire il progetto di vita individuale che non c'è ancora per nessuno a dieci anni dalla legge). E' purtroppo solo un modo per risparmiare e, mi auguro, che non sia per costringerli a rimanere a casa, come è già successo, perché la famiglia non è più in grado di pagare la retta o perché i servizi chiudono per impossibilità di sopravvivere. Come si può capire da quanto sto dicendo, Anffas onlus Sondrio è un "sindacato" autogestito da alcune famiglie associate a favore

di tutte le persone con disabilità e delle rispettive famiglie che le si rivolgono.

La diffusione territoriale dell'Anffas, come di qualsiasi altra associazione, ha proprio anzitutto la funzione di essere vicina alle famiglie che ne hanno bisogno, ma anche di essere testimone vivente di una cultura sociale egualitaria e delle reali pari opportunità, il che pertanto vale per tutte le fragilità sociali, anzi proprio per tutti.

Tuttavia non avremmo mai pensato di essere costretti a gestire dei



servizi, anche per non essere controllori e controllati. Ma nel 2007 le famiglie con bambini autistici ci hanno "costretto" a supplire alla grave carenza del servizio pubblico con l'apertura di un **Centro di Consulenza Psico-educativa**.

Abbiamo accettato, anche perché allora si vedeva solo la punta dell'iceberg (non più di una decina di utenti), oggi speriamo di averlo visto quasi tutto.

Il Centro ha ora sede nella ex Scuola Elementare di Mossini. Come dicevo è nato nel 2007 e in questi cinque anni siamo passati dai primi 5 bambini seguiti agli attuali 56. L'esperienza iniziale provata è stata quella di grande solitudine, perché anche se i nostri primi operatori avevano incominciato una formazione specialistica, non avevano proprio nessuno alle spalle sul posto finché "La Nostra Famiglia" di Bosisio Parini, con cui collaboravamo su alcuni casi, ha visto come il lavoro del Centro fosse molto professionale ed efficace, al punto che tutti i bambini della nostra provincia da loro diagnosticati sono stati indirizzati al nostro Centro. Parlando a dei Professionisti ritengo opportuno esplicitare sommariamente il percorso seguito al nostro Centro.

La prima presa in carico del bambino vede un percorso di osser-



provincia, si attuano anche incontri più specificatamente di carattere operativo con insegnanti di sostegno che ne facciano richiesta, per un confronto nelle scelte di modalità e contenuti e una condivisione di momenti particolarmente problematici, anche con consulenze a distanza.

Dall'anno scorso il Centro si è dotato di una stanza di osservazione per genitori, medici, insegnanti e operatori, perché guidati da altro operatore possano seguire gli interventi sui bambini con tutte le spiegazioni del caso. Da quest'anno si è aggiunto un impianto di video-registrazione per poter rivedere gli interventi e ragionarvi sopra.

Tra le **altre attività** che Anffas ha sempre svolto ordinariamente ci sono i soggiorni marini annuali con un buon gruppo di ragazzi con cui si trascorrono due settimane di spensierate vacanze. Quasi la metà non

vazione e valutazione. A questo momento segue una restituzione scritta del percorso di osservazione con indicazioni operative sia per la famiglia che per la scuola. Si attuano presso il Centro interventi educativi mirati all'acquisizione e al consolidamento di abilità nelle varie aree di sviluppo, nei comportamenti, nel riconoscimento e nella comprensione di regole e contesti sociali, nelle competenze educative. Il tutto con cadenza settimanale o bisettimanale.

Le operatrici del Centro (oggi una Pedagogista, una Psicologa, un'Insegnante specializzata e due educatrici professionali con la supervisione del dott. Capobianco per conto dell'ASL e la collaborazione della Neuropsichiatria Infantile) partecipano agli incontri programmati nel corso dell'anno scolastico per la definizione del Progetto Educativo Individuale e del Profilo Dinamico Funzionale, per una verifica e valutazione del percorso in atto e la verifica di fine anno. Oltre agli incontri definiti dal calendario scolastico delle varie scuole della

sono accompagnati dai familiari e questo consente loro di fare un'esperienza di autonomia e alla famiglia di riposarsi.

Partecipiamo inoltre alle Olimpiadi invernali per persone disabili a Livigno, oltre alla Camminata del Minikima in Valmasino.

Infine abbiamo momenti aggregativi associativi, che non riguardano solo l'Assemblea annuale, come il pranzo sociale di Natale e la pizzocherata a Chiuro in giugno.

Siamo un punto di incontro per accompagnare le famiglie verso l'Amministratore di Sostegno per le persone disabili maggiorenni. Questa attività si svolge entro il Servizio di Accoglienza e Informazione denominato SAI? ... e **tanto altro ancora**.....

Per concludere accenno solo al Nuovo Progetto finanziato dalla Banca della Valcamonica per un percorso di autonomia delle persone disabili di gravità medio-leggera per il Durante Noi in preparazione del Dopo di Noi.

Chi desiderasse sapere di più su di noi, faccia riferimento al nostro sito www.anffassondrio.it

* Referente Anffas Sondrio (Associazione Famiglie di Persone Disabili Intellettive e/o Relazionali)



In Arabia Saudita, per la prima volta, l'immagine di una donna su un libro di scuola: è un'infermiera

05/12/2012 - Dal 1926, il sistema scolastico saudita vietava la pubblicazione di tali immagini.

Per la prima volta in Arabia Saudita, nei volumi di inglese destinati alla scuola superiore pubblica, saranno a disposizione volumi con fotografie che ritraggono donne.

Dal 1926, il sistema scolastico saudita vietava la pubblicazione di tali immagini nei libri di testo in dotazione delle scuole.

Le foto di donne che appaiono nei libri di testo sono parzialmente velate, ma la loro pubblicazione "rappresenta comunque un passo in avanti rispetto al passato", riferisce il quotidiano 'al-Hayat'.

Nel dettaglio, si tratta di un volume per il terzo anno delle scuole superiori, che contiene la fotografia di **un'infermiera mentre prepara un'iniezione**. A seguire, viene pubblicata una fotografia di una ragazza al lavoro in un laboratorio.



La ricerca infermieristica: fondamento nell'essere infermiere

di Dr.ssa Arianna Fiorelli*



Finalmente il 17 novembre si è tenuto il corso tanto desiderato e “sudato” del nostro nuovo Consiglio Direttivo 2012-14 dal titolo “La ricerca infermieristica: fondamento nell'essere infermiere”. Titolo non scelto a caso ma derivante da una riflessione sull'importanza del ruolo che ricopriamo. Ci sentiamo infermieri e non lo facciamo con routine, ci viene richiesto una competenza di cui solo noi ne siamo gli unici detentori!! L'infermiere ogni giorno deve assumere decisioni che riguardano l'assistenza generale infermieristica

ca di cui è responsabile. Decisioni che devono essere scientificamente sostenibili, non derivanti da **auto-referenza**, ma dalla valorizzazione della centralità della persona assistita, dell'esperienza professionale e della conoscenza disciplinare derivante dalla ricerca. Proprio per questo si è voluto avvicinare tutti i partecipanti a questa consapevolezza: la ricerca infermieristica è fondamentale nell'agire professionale e la ritroviamo ovunque indipendentemente dal

ruolo gerarchico che ricopriamo; per esempio nella pratica clinica l'Evidence based nursing, le prove di efficacia, le linee guida ci spingono al miglioramento, all'aggiornamento a garantire un'assistenza infermieristica competente, valida, efficace, efficiente e di qualità. Infatti “La ricerca infermieristica, (...) è cruciale per un'assistenza sanitaria di qualità ed efficace in relazione ai costi. La ricerca infermieristica è necessaria per generare nuove conoscenze, per valutare la pratica e i servizi esistenti e per fornire prove di efficacia che orienteranno la formazione infermieristica, la pratica, la ricerca e il management. La ricerca infermieristica è un potente mezzo per rispondere alle domande sugli interventi di assistenza sanitaria e per trovare le metodologie migliori per promuovere la salute, prevenire la malattia, offrire interventi assistenziali alle persone di qualsiasi età e nei diversi contesti” (*International Council of Nurses. Closing The Gap: from Evidence to Action. International Nurses Day 2012*)

Durante questo evento si sono affrontate le tematiche della metodologia della ricerca, l'Evidence Based Practice e Evidence Based Nursing, la ricerca bibliografica e le principali banche dati, l'utilizzo della letteratura e Il sistema bibliotecario biomedico lombardo (SBBL). Questo evento è stato organizzato con il Collegio Ipasvi di Varese che essendo Provider ha permesso l'accreditamento ECM.

Hanno partecipato 81 infermieri (95% dei posti disponibili) e 9 studenti del Corso di Laurea in Infermieristica.

Tutti i partecipanti che hanno compilato la scheda di valutazione dell'evento formativo, hanno indicato con un punteggio in media pari a 4 (su una scala da 1 a 5) sia la rilevanza, che la qualità educativa e l'utilità dell'evento.

Nei questionari di valutazione si è notato inoltre l'apprezzamento dei partecipanti indicato da una media elevata dei punteggi riguardanti la valutazione complessiva di ogni singolo docente.

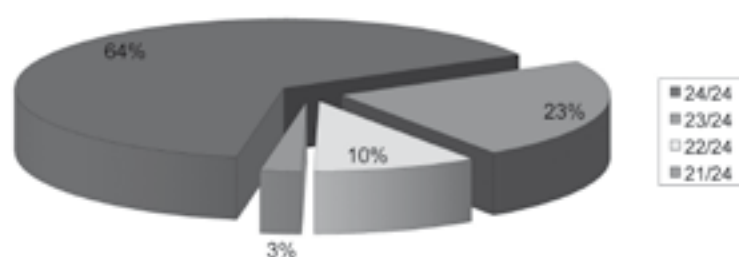
Tutti i partecipanti hanno conseguito gli 8 Crediti ECM dopo la corretta compilazione dei 24 quesiti del questionario come si può notare dal grafico 1.

Questo evento verrà riproposto nel 2013 in tre edizioni, sempre per un totale di 95 posti.

Per informazioni www.ipasviso.org

* Dottore Magistrale in Scienze infermieristiche e Ostetriche, membro del consiglio direttivo (Presidente commissione formazione-ECM) Collegio Ipasvi Sondrio

Grafico 1 : Risposte corrette al questionario di valutazione



Anno 2013: tanti eventi formativi!

di Dr.ssa Arianna Fiorelli,

La prima finalità del collegio IPASVI è la tutela del cittadino/utente che ha il diritto, sancito dalla Costituzione, di ricevere prestazioni sanitarie da personale qualificato, in possesso di uno specifico titolo abilitante, senza pendenze rilevanti con la giustizia ecc. La seconda finalità è rivolta agli infermieri iscritti all'Albo, che il Collegio è tenuto a tutelare nella loro professionalità, esercitando il potere di disciplina, contrastando l'abusivismo, vigilando sul rispetto del Codice deontologico, esercitando il potere tariffario, favorendo la crescita culturale degli iscritti, garantendo l'informazione, offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale. La formazione-aggiornamento professionale degli iscritti al Collegio occupa un ruolo cruciale e questo Consiglio Direttivo ha a cuore questo mandato: ma come si sa per costruire dei validi e interessanti progetti formativi servono le risorse (umane = persone, tempo, la motivazione = voglia di partecipare e impegnarsi per il proprio collegio nonché per tutta la comunità di infermieri di cui facciamo parte). Proprio per questo a tutti i colleghi interessati è rivolto l'invito a farsi coinvolgere e partecipare a queste attività. Chiunque degli oltre 1900 iscritti del collegio IPASVI di Sondrio volesse dare il proprio contributo grazie alle proprie capacità, interesse, motivazione, competenza, ecc..per costruire insieme tanti eventi, corsi e convegni, **è il benvenuto!!**

I membri del Consiglio Direttivo sono 15 ed ognuno di noi partecipa a una o più commissioni: Commissione Bilancio, Segreteria, Libera Professione, Redazione (Parliamone), Formazione-Ecm.

Grazie al sodalizio con il collegio IPASVI di Varese, che è Provider, tutte le nostre energie sono rivolte all'organizzazione di diversi eventi formativi per i propri iscritti e non, nell'anno 2013; Eccone i contenuti:

• **3 edizioni** del Corso “La ricerca infermieristica: fondamento nell'essere infermiere” svoltosi il 17 novembre 2012 (8 crediti ECM) nelle date del 9 marzo, 25 maggio e 5 ottobre 2013.

• **4 edizioni** del corso residenziale “La sicurezza dei pazienti e degli operatori” (15 crediti ECM) e **3 edizioni** del corso residenziale “Appropriatezza delle cure” (15 crediti ECM). Questi corsi attualmente possono essere svolti gratuitamente in modalità FAD (sul sito <http://www.fadinmed.it/>) ma il collegio IPASVI dà la possibilità a tutti i nostri iscritti che non hanno svolto questi eventi, di partecipare residenzialmente conservando così la possibilità di effettuare on-line altri corsi FAD. Il collegio IPASVI di Sondrio, come avvenuto per l'evento formativo sull'Audit clinico, per avvicinarsi a tutti i propri iscritti, proporrà questi eventi a Chiavenna, Sondrio e Alta Valtellina a partire dalla fine di gennaio 2013

• **2 - 3 edizioni** del corso residenziale che stiamo costruendo in collaborazione con la Casa Madonna del Lavoro Opera Don Guanella di Nuovo Olonio che tratterà i bisogni di assistenza infermieristica della persona in stato vegetativo che si svolgerà tra febbraio e marzo 2013. Inoltre la Commissione ECM sta pianificando altri due eventi importanti per il prossimo autunno riguardanti rispettivamente la contenzione e la complessità dell'assistenza infermieristica e/o l'intensità di cura. **Invitiamo quindi tutti i colleghi che fossero interessati a partecipare a questi eventi alla consultazione del sito del Collegio IPASVI di Sondrio: www.ipasviso.org per trovare tutte le informazioni utili.**

Aiutiamo Travis

Ciao, mi chiamo Travis ed il 20 dicembre compio 10 mesi di vita, sono un bambino felice e vivo in un paese bellissimo, le Filippine. Tanti di voi sicuramente mi conoscono anche se non personalmente ma per il fatto che sono nipote di un vostro collega. Lo scorso Aprile mi hanno ricoverato d'urgenza al Cebu Doctors University Hospital dove mi è stato diagnosticato un Encefalocele. Sono stato ricoverato lì per 15 giorni dove, dopo un periodo attaccato ad un ventilatore meccanico, mi è stata praticata una tracheostomia (tutt'oggi ne sono portatore) ho potuto rientrare a casa in attesa dell'intervento chirurgico che risolverà il mio problema. Tutto questo è stato supportato economicamente dall'Italia (collegli e amici dello zio) perché nel nostro Paese il Sistema Sanitario è del tipo privatistico come negli Stati Uniti ed il nostro reddito non ci permette di sostenere le spese anche se non sono sullo stesso tenore del sistema americano. Non era possibile in quel periodo effettuare l'intervento (craniotomia) per una non completa conformazione delle strutture ossee del cranio ma ora il momento è arrivato. Con i primi giorni dell'Anno Nuovo verrò ricoverato nuovamente per controlli preoperatori e si procederà all'intervento. Non voglio rubare ulteriore spazio al Vostro giornale e spero che questo mio appello possa essere ascoltato. Il vostro sostegno è per me essenziale per permettermi di vivere assieme alla mia famiglia una vita normale. Chi volesse saperne di più può iscriversi al Gruppo Facebook Aiutiamo Travis attraverso questo link :<https://www.facebook.com/groups/103198256482623/> oppure contattare direttamente mio zio Bonomi Roberto al : cell. N° 32869123 e nel caso in cui voleste aiutarmi economicamente (anche una piccola vostra rinuncia è per me vitale) potete fare un bonifico bancario all'IBAN **IT04W0306911010615242934063** - causale Aiutiamo Travis

Auguro a tutti Voi e le Vostre famiglie un Felice Natale. Grazie

Travis Gomes



Copertura RC patrimoniale a favore degli iscritti Ipasvi

Le polizze di responsabilità civile generale considerano risarcibili i danni materiali subiti da persone, cose o animali mentre le polizze di responsabilità patrimoniale si riferiscono esplicitamente ai danni patrimoniali, ovvero risarciscono proprio il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali o di danneggiamento a cose o animali. Le coperture assicurative stipulate dagli Enti perdono la loro efficacia quando viene giudizialmente accertato che i fatti, gli atti o le omissioni che hanno originato il sinistro sono stati commessi con colpa grave, oltre che ovviamente con dolo, dei dipendenti della Amministrazione contraente nei confronti dei quali la stessa ha l'obbligo di agire in rivalsa ai sensi della legge n. 20/1994.



La Legge Finanziaria 2008

(L. 24/12/2007, n. 244) riprendendo una precedente sentenza, ha poi definito "... nullo il contratto di assicurazione con il quale un ente pubblico assicuri i propri amministratori per i rischi derivanti dall'espletamento dei compiti istituzionali riguardanti la responsabilità per danni cagionati allo Stato o ad Enti pubblici e la responsabilità contabile".

Pronunce successive hanno poi confermato che il termine "amministratori" deve essere inteso in senso lato, riguardano sostanzialmente tutti coloro che operano nell'ambito della Pubblica Amministrazione.

Sta quindi al singolo dipendente pubblico, qualora lo desideri, procurarsi coperture assicurative idonee a tuttarlo da eventuali azioni di rivalsa attivate nei suoi confronti dell'Ente di appartenenza.

IPASVI, con la collaborazione del broker assicurativo Willis Italia SpA, ha recentemente attivato una convenzione avente per oggetto una Copertura assicurativa individuale della responsabilità amministrativa e contabile e per colpa grave

Sono comprese in garanzia:

- la responsabilità amministrativa e contabile per danni patrimoniali cagionati all'Ente di appartenenza, allo Stato, alla Pubblica Amministrazione in genere, in conseguenza di atti, fatti od omissioni di cui debba rispondere a norma di legge e per effetto di decisioni della Corte dei Conti, nell'esercizio delle sue mansioni, incarichi, funzioni e/o cariche istituzionali, nonché in conseguenza dell'attività di gestione di valori e beni appartenen-



ti alla Pubblica Amministrazione in qualità (giuridica o di fatto) di agenti contabili e/o consegnatari;

- le somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare per effetto di decisioni di qualunque organo di giustizia civile o amministrativa dello Stato, e quindi le perdite patrimoniali cagionate a terzi in relazione a atti, fatti o omissioni commessi con colpa grave;
- le perdite patrimoniali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina.

La garanzia assicurativa si riferisce alle responsabilità sia per i danni di cui l'Assicurato debba rispondere in modo esclusivo, sia per quelli di cui sia solidalmente responsabile, limitatamente, in tale ultimo caso, alla quota di sua diretta pertinenza.

La polizza è strutturata nella forma "claims made", il che significa che la garanzia vale per i sinistri verificatisi per la prima volta durante il periodo di assicurazione indicato in polizza, a condizione che essi siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre due anni prima della data di effetto della copertura assicurativa. Sono previsti un periodo di retroattività di 2 anni e una garanzia postuma gratuita di 24 mesi, il contratto non prevede il tacito rinnovo e quindi la copertura, scadente il 15/7/2012, deve essere rinegoziata con gli assicuratori ad ogni scadenza anniversaria.

La convenzione prevede:

- la possibilità di scegliere fra un massimale di 500.000 o di 1.000.000 di



Euro per sinistro, per anno e per assicurato, al costo annuo rispettivamente di 100 e 118 Euro:

- un massimale aggregato annuo per l'intera convenzione di € 5.000.000,00
- un massimale aggregato per i casi di corresponsabilità di € 2.500.000,00.

Fra le esclusioni è il caso di ricordare i danni:

- conseguenti a dolo dell'Assicurato,
- connessi o conseguenti a lesioni personali, morte e danneggiamento di cose,
- all'attività svolta dall'Assicurato quale componente di consigli di amministrazione o collegi sindacali di altri Enti della Pubblica Amministrazione e/o enti privati, salvo che per gli incarichi anche di carattere collegiale e/o commissariale svolti dai singoli Assicurati in rappresentanza della Amministrazione di appartenenza, in altri organi collegiali a calunnia (art. 368 C.P.), ingiuria (art. 594 C.P.) e diffamazione (art. 595 C.P.); anche se accertate in via incidentale dal giudice civile a norma degli art. 2059 C.C., 185 e 198 C.P.C.
- conseguenti a atti, fatti od omissioni, che possano comportare richieste di risarcimento, dei quali l'Assicurato abbia già avuto formale notizia, segnalazione o anticipazione precedentemente alla data di stipulazione della copertura assicurativa
- le sanzioni pecuniarie comminate direttamente all'assicurato.

Per aderire

Accedere al sito <http://www.ipasvi.it> selezionare il link dedicato alle coperture assicurative, selezionare la copertura di proprio interesse e seguire le istruzioni che verranno visualizzate.

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

Siamo lieti di informarVi che, per meglio corrispondere alle crescenti necessità assicurative degli Infermieri, è stata attivata in collaborazione con Willis Italia SpA, una copertura HIV – Epatite e Infortuni con particolare riferimento all'ambito professionale.

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 ADERIRE

Accedere al sito <http://www.ipasvi.it> selezionare il link dedicato alle coperture assicurative; selezionare la copertura di proprio interesse e seguire le istruzioni che verranno visualizzate.

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



Copertura RC professionale e tutela legale a favore degli iscritti Ipasvi

Gentili Colleghi, siamo lieti di informarVi che anche per l'anno 2012-2013 la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha rinnovato il programma assicurativo a favore degli iscritti.

La Convenzione prevede:

(1) una polizza "Responsabilità Civile Professionale" con le seguenti principali caratteristiche:

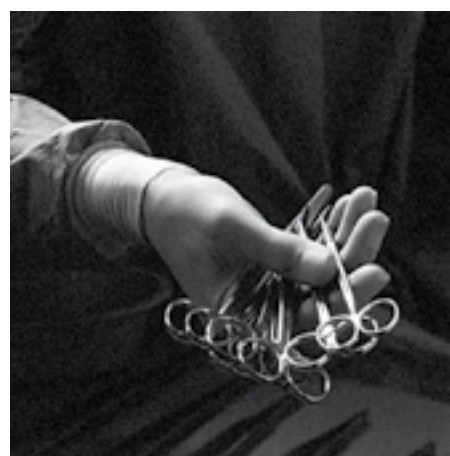
- **contraenza Pro.Me.Sa:** associazione per la Protezione delle Professioni Medica e Sanitarie;
- **garanzia** di Responsabilità Civile prestata nella forma Claims Made;
- **massimale Euro 2.000.000** per sinistro, per anno e per assicurato;
- **retroattività di 3 anni;**
- **garanzia postuma** automaticamente inclusa per **12 mesi**, trascorsi i quali è acquistabile un ulteriore periodo di garanzia di 48 mesi;
- **assicura tutte le attività** infermieristiche ovunque svolte comprese quelle libero professionali o di volontariato o occasionali svolte anche all'esterno dell'Ente di appartenenza
- **vale per il mondo intero** con l'esclusione di USA, Messico e Canada

(2) una polizza "Tutela Legale" anch'essa contratta da Pro.Me.Sa con Carige Assicurazioni e intermediata da Willis Italia S.p.A.. Tale garanzia è prestata, relativamente alla propria attività professionale:

- per le spese sostenute per la difesa in procedimenti penali contro reati colposi, -la difesa in procedimenti penali per reati dolosi conclusi con proscioglimento o assoluzione con decisione passata in giudicato; sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi causa.
- La Società rimborsa le spese di difesa sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato.
- retroattività di 3 anni;
- massimale Euro 5.000 per sinistro, per anno e per assicurato.

I recenti cambiamenti delle politiche assicurative del comparto sanitario nelle varie regioni hanno portato una giungla di offerte il più delle volte dai costi elevati e dal contenuto almeno opinabile. Per fornire agli infermieri italiani una risposta seria e concreta a tutela di se stessi e della propria responsabilità professionale, da alcuni anni la Federazione Nazionale dei collegi IPASVI ha attivato, con successo, una polizza assicurativa realizzata "su misura" a prezzi competitivi e a condizioni difficilmente reperibili sul mercato.

Una polizza fatta per gli infermieri dagli infermieri:



in caso di sinistro potrai contare sull'appoggio dell'intera Federazione per il tramite di un comitato tecnico-scientifico appositamente costituito. Già decine di migliaia di infermieri hanno aderito e continuano ad essere assicurati dalla stessa polizza, garantendosi così una importante retroattività della copertura, al contrario di quel che accade con le polizze negoziate annualmente dalle singole Aziende.

ALTRE IMPORTANTI ESTENSIONI DI GARANZIA:

Volendo costruire un prodotto che copra l'Infermiere in tutti i frangenti in cui questi può trovarsi ad operare, l'assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante:

- dall'uso di apparecchi ritenuti utili per l'attività dell'Assicurato;
- per i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature e strumenti medicali compreso l'impiego di apparecchi a raggi X esclusivamente per scopi diagnostici;
- da malattia collegata all'HIV (compreso AIDS), virus C e virus Delta, in questi casi il massimale di polizza si intende ridotto nella misura del 50%;
- dal fatto doloso di persone delle quali l'assicurato debba rispondere;
- dall'applicazione del Dlgs. 196/2003;
- da colpa grave;
- per i danni agli strumenti e/o apparecchiature di proprietà di terzi, il cui utilizzo viene richiesto dall'attività professionale svolta dall'assicurato.

Cosa è considerato sinistro:

Al contrario delle coperture di sola colpa grave, che, riferendosi alle sole azioni di rivalsa dell'Ente o della Corte dei Conti, lasciano gli assicurati completamente a se stessi per tutti gli altri casi, la nostra polizza copre:



- **qualsiasi richiesta di risarcimento** avanzata da terzi all'Assicurato o all'Ente di appartenenza;
- **qualsiasi diffida scritta** ricevuta dall'Assicurato o dall'Ente di appartenenza, in cui un terzo esprima l'intenzione di richiedere all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza di una negligenza professionale;
- **qualsiasi circostanza** (compresi avvisi di garanzia o comunicazioni inviate all'Ente di appartenenza) di cui l'Assicurato venga a conoscenza che si presuma possa ragionevolmente dare origine ad una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato.

Un massimale su misura per il miglior rapporto costo -prestazioni:

Esistono sul mercato coperture con massimali più elevati, talvolta non commisurati alle reali dimensioni del rischio infermieristico, spesso utilizzati unicamente per dare un maggior senso di protezione non sempre poi sostenuto dall'impianto contrattuale. Altre volte si tratta di pericolosi "massimali aggregati" che, prevedendo un limite di indennizzo annuo prefissato per l'intera platea degli assicurati, garantiscono al singolo una copertura del tutto incerta, oltre al quale la copertura non è più attiva anche se si è lontani dalla scadenza dell'annualità assicurativa.

Per aderire è necessario:

Scaricare il modello di adesione dal sito <http://www.ipasvi.it> Compilarlo e sottoscriverlo dopo aver letto attentamente tutte le sue parti, incluse le condizioni generali di polizza Versare l'importo di 48 Euro sul conto corrente postale 8587978 intestato a Pro.Me.Sa (si prega di inserire la causale "RC IPASVI Anno 2011 e Cognome e Nome dell'infermiere assicurato") Inviare a Willis Italia S.p.A. intermediario assicurativo del modulo di adesione, le sole pagine 3, 4 e 6 debitamente compilate e firmate (occorrono complessivamente quattro firme), e copia del bollettino di versamento.

A questo fine è possibile utilizzare

- la casella e-mail: IT_affinity@willis.com
- il numero di fax: 011 244.34.64
- la posta ordinaria: Willis Italia SpA -Affinity Group Via Tortona, 33 20124 Milano

NOTA BENE

Per qualsiasi tipo di informazione sulle convenzioni assicurative 548447461-03 560561501 è possibile contattare il numero verde 800 637 709 di Willis Italia S.p.A. e la casella e-mail: IT_affinity@willis.com

EMAIL, PEC, CEC-PAC?

di Tonino Trinca Colonel



Le nuove tecniche di divulgazione utilizzano moderni canali comunicativi, cambiando le prerogative ed i mezzi per lo scambio delle informazioni. La lettera cartacea è stata soppiantata da sms ed email. L'utilizzo della email, posta elettronica ordinaria, consente contatti e scambi di messaggi praticamente a costo zero.

Il decreto legge n. 185 del 2008 (conv. legge 2 gennaio 2009) impone l'obbligo ai professionisti di comunicare il proprio indirizzo di PEC (posta elettronica certificata) ai rispettivi Ordini e Collegi di appartenenza ed a capo degli Ordini e Collegi l'obbligo di permettere la consultazione telematica da parte di tutte le Pubbliche Amministrazioni delle PEC degli iscritti.

Il servizio informatico italiano consente, mediante l'uso della PEC di assegnare a un messaggio di posta elettronica lo stesso valore della raccomandata con avviso di ricevimento. Inoltrata una mail PEC, il gestore si occuperà di inviare al mittente una ricevuta che avrà valore legale, dell'avvenuta (o mancata) trasmissione del messaggio.

La PEC dà certezza sull'identità del mittente e del destinatario e sull'integrità del messaggio inviato. Gli stessi requisiti sono essenzialmente garantiti anche dalla CEC-PAC (Comunicazione Elettronica Certificata tra la Pubblica Amministrazione ed Cittadino).

La differenza sostanziale tra PEC e CEC-PAC sta nel fatto che la prima può comunicare (ricevendo ed inviando) sia con la Pubblica Amministrazione che con gli altri indirizzi PEC, la seconda può comunicare solamente con la Pubblica Amministrazione.

L'indirizzo di eventuale CEC-PAC comunicato dal professionista al proprio Collegio può essere accettato ma non può essere considerato sufficiente per ottemperare all'obbligo dello stesso di dotarsi di una casella PEC introdotta con la 2/2009. Il Collegio, altresì, dovrà inserire l'indirizzo fornito non nella casella dedicata alle PEC ma in quella delle semplice email (fonte lettera prot.1185/2012 8 novembre 2012 Federazione Nazionale IPASVI).

Ad oggi parecchi Collegi, con riscontri altalenanti, si sono prodigati per fornire la casella di PEC ai propri iscritti. Gli investimenti intrapresi spesso non hanno visto una adeguata fruizione del servizio offerto sino ad arrivare a vedere scadere le caselle di posta PEC proposte. Il nostro Collegio ad oggi non reputa strategico investire in proposte cumulative lasciando l'onere di dotarsi di PEC al singolo iscritto. Eventuali opportunità o possibili convenzioni economicamente vantaggiose che si presenteranno verranno sicuramente vagliate. Per ora io stesso non possiedo un indirizzo PEC ma di CEC-PAC.

Quattro dicembre, siamo entrati nel periodo natalizio, tempo di feste, anche noi al Corso di Laurea in Infermieristica Sezione di Faedo festeggiamo i nostri neolaureati.

Si, possiamo dire che questo momento per noi sia diventato tradizione perché siamo alla decima edizione, anche gli studenti lo aspettano; dal momento in cui hanno discusso il loro elaborato finale e si sentono liberi da impegni istituzionali entrano entusiasti nell'organizzazione di questa giornata.

L'invito di partecipazione è stato rivolto a tutti i colleghi e docenti che in questi tre anni di corso hanno seguito i ragazzi, ai parenti, alle autorità Universitarie e Provinciali. Nella sala polifunzionale del comune di Faedo, dedicata a "Massimo Bettini" la Dottoressa Carmela Ongaro, Coordinatrice Didattica della Sezione di Sondrio del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Milano-Bicocca, ha aperto la giornata con la presentazione di alcuni dati relativi al numero di studenti che dal 2003 ad oggi si sono laureati presso la nostra sede: in totale 227.

Per l'anno accademico 2012/2013 gli studenti iscritti sono 100: 43 matricole, 34 studenti del secondo anno e 23 studenti del terzo anno.

Al termine della sua presentazione, Ongaro ha passato la parola alle autorità presenti.

Sua Eccellenza il Prefetto di Sondrio, Dottor Carmelo Casabona, prendendo per primo la parola ha rassicurato i ragazzi sulla possibilità di un impiego nel breve periodo visto la richiesta a livello globale di professionisti infermieri, i quali se a conoscenza della lingua inglese possono tranquillamente spingersi oltre i confini nazionali per un lavoro sicuro, anche in questo periodo di crisi.

Il Sindaco di Faedo, Architetto Giordano Caprari, che in questi anni ha saputo coniugare l'impegno attivo per il suo paese con un'attenzione allo sviluppo di quella che è la sede locale dell'Università, si è congratulato con i neo dottori. Lo stesso ha accennato a quelli che sono i progetti per il futuro: l'intento di dar vita ad un vero e proprio campus scolastico rinnovando gli spazi sportivi (campo da calcio, basket e bocce) e valorizzando il terreno posto dietro l'Università con la costruzione di una piccola casa di riposo per anziani che, oltre a rappresentare un servizio ai cittadini potrebbe diventare un'ulteriore opportunità di stage professionale per gli studenti.

Il Dottor Luigi Gianola, attuale Direttore Generale dell'A.O.V.V. ha dimostrato nel corso del suo mandato di riconoscere l'importanza della presenza del polo formativo universitario e, in accordo al Direttore Generale dell'ASL, Dottor Claudio Garbelli, ha sottolineato l'importanza della figura dell'Infermiere all'interno degli ospedali e nelle strutture del territorio.

Il Direttore del reparto di Nefrologia e Dialisi, dell'ospedale San Gerardo di Monza, Professor Andrea Stella, Preside della Facoltà di Medicina e per anni Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Milano-Bicocca, risponde sempre al nostro invito, oltre che con la sua gradita presenza con interventi interessanti sulla figura del professionista infermiere nel contesto nazionale e internazionale. Anche quest'anno non ha fatto mancare la sua riflessione con la

Decima festa dei laureati: ormai una tradizione

di Nonini Monica*



quale ha incoraggiato gli studenti e non solo, a guardare con positività e ottimismo a questo momento di crisi internazionale sfruttandolo come momento sul quale riflettere al fine di recuperare sobrietà e forza per innalzare il livello della qualità dell'assistenza.

La Professoressa Stefania Di Mauro, Presidente del Consiglio di Coordinamento Didattico dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, con la sua presenza e le sue parole, ancora una volta ha fatto sentire l'interesse per la formazione degli studenti della Sezione di Faedo.

Il Dottor Tonino Trinca Colonel, Neo Presidente del Collegio I.P.A.S.V.I. della Provincia di Sondrio e Coordinatore Infermieristico del reparto di Anestesia-Rianimazione presidio Ospedaliero di Sondalo, ha concluso gli interventi delle autorità invitate. Trinca si è congratulato con tutti i neolaureati, che ha incontrato anche come docente durante il percorso formativo, e li ha spronati a lavorare per innalzare i livelli di qualità dell'assistenza infermieristica, per essere da stimolo nei confronti dei colleghi che da molti anni sono impegnati nella professione e lavorare con serietà per promuovere a livello sociale la figura infermieristica.

La Coordinatrice, Carmela Ongaro, ha voluto ricordare il collega, Giovanni Gandossini che per più di trent'anni ha seguito la formazione infermieristica in provincia.

Il Direttore Generale Dottor Luigi Gianola ha quindi preso la parola e ha evidenziato la carriera professionale e umana di Giovanni; abbiamo tutti apprezzato questo intervento significativo di quel senso di appartenenza che il D.G. ci ricorda sempre.

Giovanni inizia il suo percorso professionale entro l'Unità Operativa di Cardiologia dell'ospedale di Sondrio. Negli anni 70', agli albori dell'istituzione della Scuola Infermieri Professionali nella struttura ospedaliera di Sondrio, grazie alle sue caratteristiche didattiche, entra a far parte del gruppo docente/tutor della Scuola stessa e continua la sua dedizione didattica seguendo

l'evoluzione dell'ordinamento normativo della formazione Professionale fino al pensionamento.

Contribuisce significativamente alla formazione degli infermieri attraverso l'insegnamento dell'assistenza infermieristica di base e specialistica senza tralasciare gli aspetti etici e deontologici della professione.

Giovanni è stato ricordato, anche da due sue ex colleghe del corso per Infermieri Professionali Giudice Aurelia e Proh Dina, per la sua competenza, impegno e attenzione nella formazione degli studenti a lui affidati ai quali oltre che insegnamenti tecnici ha lasciato grandi insegnamenti deontologici. Durante le sue lezioni di infermieristica, attentamente preparate, non mancavano i richiami etici. Mai mancava la barzelletta che a momento opportuno e senza nessun preavviso iniziava a raccontare per richiamare l'attenzione che andava via via scemando o per smorzare le emozioni di forti vissuti che noi giovani studenti riportavamo dalle nostre esperienze di tirocinio; vissuti che prontamente Giovanni era disponibile a riprendere e rielaborare con lo studente in chiave umana e formativa.

I famigliari invitati alla cerimonia hanno declinato l'invito con un biglietto di ringraziamento e con alcune parole, nelle quali, chi ha conosciuto Giovanni non può che ritrovare lui: "...nel suo stile preferiamo rimanere in disparte".

Al collega Giovanni Gandossini è stata dedicata un'aula della Sede di Faedo del Corso di Laurea in Infermieristica.

Su richiesta della Dott.ssa Ongaro è intervenuto anche il collega Ercole Piani, Presidente Uscente del Collegio I.P.A.S.V.I. della Provincia di Sondrio, al quale come riconoscimento per tutto l'impegno dato per la professione infermieristica provinciale e nazionale, è stata dedicata

Rusconi, la pergamena con il Giuramento di Florence Nightingale e un omaggio floreale offerto dal comune di Faedo, consegnato personalmente dal Sindaco Caprari, il tutto mentre sullo sfondo scorrevano i titoli degli elaborati finali di ciascuno studente.

Passaggio che non poteva mancare, il momento delle fotografie.

La foto con le autorità: "sulla scalinata esterna", ha decretato il fotografo di una delle testate giornalistiche presenti, e allora tutti a mettersi i cappotti

Al rientro nella sala Bettini sono iniziati i festeggiamenti veri e propri con il rinfresco, all'organizzazione del quale hanno partecipato attivamente anche gli studenti con la preparazione di torte e pasticcini. Prendendomi la responsabilità di parlare anche a nome dei colleghi tutors, l'augurio per questi neo infermieri è di proseguire nel loro percorso con serietà, impegno, responsabilità e, mutuando le parole della Presidente Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti, Signora Valeria Magro, gradita presenza alla gior-



una delle altre aule della sede.

La neo Dottoressa Cacchero Annalisa, scelta per la lettura del giuramento di Florence Nightingale è stata poi portavoce dei compagni nell'intervista rilasciata per "Il Giornale". Annalisa laureatasi all'età di più di 42 anni con 110 e Lode si è detta pronta a lasciare la Valtellina per arricchire la sua esperienza formativa di base, con il desiderio di tornare in futuro in provincia. I laureati, dopo aver accolto da tutti i presenti gli applausi e l'augurio per una prossima entrata nel mondo del lavoro, hanno preso la parola; il clima è cambiato e da serio e silenzioso si è trasformato. La musica ha invaso la sala; con una presentazione in Power Point gli studenti hanno raccontato in modo molto simpatico i loro tre anni di permanenza a Faedo, le paure le speranze le vittorie. Non è mancato un sostanzioso ricordo della nostra cara Virginia Anderson con una carrellata sui suoi "quattordici bisogni di assistenza infermieristica" gioie e dolori dei nostri studenti.

Ad ogni nuovo collega è stata consegnata, dalla Dirigente S.I.T.R.A. dell'A.O.V.V. Dottoressa Daniela

nata di festa, rimanere nel cuore dei loro assistiti.

Concludo quindi con un caro saluto ai 27 neo Dottori in Infermieristica: Michela Andreola, Anna Balatti, Maria Barlascini, Chiara Bertolina, Barbara Besio, Andrea Bonelli, Giorgia Bonvicini, Francesco Bricalli, Annalisa Cacchero, Martina Comolatti, Raffaella Alberta Ada Cordelli, Francesca Dell'Atti, Marta Fondrini, Silvia Fronzoni, Camilla Ghilotti, Ivan Leidi, Rossella Leso, Annalisa Moretti, Mozzi Martina, Negri Lucia, Negrini Federica, Valentina Perlini, Giulia Pistore, Valentina Rampa, Salice Roberta, Giulia Sceresini, Jessica Togni e ai 5 del gruppo che si laureeranno nella sessione primaverile: Elena, Fabio, Marco, Monica e Gioacchino.

Non voglio dimenticare le studenti dell'attuale 3° anno, che prima dell'inizio della festa si sono date da fare per abbellire con addobbi natalizi la nostra sede del Corso di Laurea in Infermieristica.

* Inf. Tutor Università degli studi di Milano Bicocca corso di Laurea in infermieristica sezione di Faedo

AVVISO AGLI ISCRITTI Pagamento quota associativa anno 2013

Dopo revisione del regolamento interno per la riscossione delle quote, si informano gli iscritti all'albo che a partire dall'anno 2013, i colleghi che non sono in regola con il pagamento della quota associativa rischiano, dopo delibera del Consiglio Direttivo, la cancellazione dall'albo per morosità o l'apertura di un provvedimento di ingiunzione di pagamento.

FAEDO: FESTA DI LAUREA

anno accademico 2011-2012



La donazione è vita...

Art. 40 codice deontologico 2009

"L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi quale atto di solidarietà e sostiene le persone coinvolte nel donare e ricevere".

"...Una bella giornata di sport, che ha unito corridori e ciclamatori all'insegna di un invito solidale a donare. L'evento 2012 era infatti "gemellato" alla manifestazione proposta dal collegio infermieri della provincia di Sondrio con l'Aido provinciale, manifestazione caratterizzata dallo slogan La donazione è vita...".
(www.usbormiese.com)

Grande soddisfazione per l'inizio di questa collaborazione che ha visto gli infermieri come Persone tre le Persone nell'organizzazione di questo importante evento.



IL VALORE DELLA DONAZIONE

Il Collegio IPASVI Sondrio ringrazia partecipanti, sostenitori ed organizzatori dell'evento.
Lo scorso 22 luglio abbiamo vissuto una splendida giornata di sport e non solo.



Per l'edizione 2013 vi aspettiamo ancor più numerosi per riuscire a promuovere il valore della donazione