

Universo infermieristico


I.P.A.S.V.I.
CATANIA

RIVISTA TRIMESTRALE A CURA DEL COLLEGIO I.P.A.S.V.I. DI CATANIA - ANNO XVI n°2 - Luglio / Settembre 2010

*Relazione
Programmatica
2010*

*Nursing research!
What is it?
Inserito staccabile*

*Educazione
continua in
medicina*

...e molto altro ancora

Spedizione in abbonamento postale - 45% - Art. 2 Comma 20/b legge 662/96 - Filiale di Catania € 0,10

Direttore Responsabile
Dott. Giuseppe Donzuso

Coordinatore di redazione
Michele Grasso

Comitato di redazione
Antonella Arriva
Fabio Cangemi
Alfio Grasso
Gabriele Messina
Carmelo Moschella
Rosa Schillirò
Michele Di Maria

Redazione
95123 - Catania Via Locatelli, 13/D
Tel. 095 360484 - Fax 095 363370

Edito da:
"Parole e immagini"
di Fiorella D'Agata
Tel. 095 7461073
Fax 1782740705-4
www.paroleimmagini.it

Progetto grafico e stampa:
Tipografia L'ina s.a.s. di Molino
Via ventimiglia, 13 - Catania
Tel. 095 322343 - Fax 095 311184

**RECAPITI TELEMATICI
DEL COLLEGIO PROVINCIALE
IPASVI DI CATANIA**

IPASVI	ipasvi@ipasvict.it
Vicepresidente	presidente@ipasvict.it
Vicepresidente	vicepresidente@ipasvict.it
Segretario	segretario@ipasvict.it
tesoriere	tesoriere@ipasvict.it

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente	Dott.	Donzuso Giuseppe
Vicepresidente	IPFD	Spica Carmelo
Segretario	IPFD	Moschella Carmelo
Tesoriere	IPFD	Grasso Alfio
Consigliere	IPFD	Antonucci Bruno
Consigliere	IP	Arriva Antonella
Consigliere	IPFD	Bonomo Antonino
Consigliere	IPFD	Calanna Maurizio
Consigliere	IPFD	Cangemi Antonino Fabio
Consigliere	IP	Caruso Salvatore
Consigliere	IPFD	Coco Grazia
Consigliere	IP Di	Maria Michele
Consigliere	IPFD	Messina Gabriele
Consigliere	IPFD	Pecorino Maria Luisa
Consigliere	Dott.ssa	Schillirò Rosa

COLLEGGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente	IP	Scalisi Alessandro
Revisore	IPFD	Cantarella Salvatore
Revisore	IPFD	Borzi Emilia



Sommario

Anno XVI n° 2 - Luglio/Settembre 2010

L'EDITORIALE

1 **Relazione Programmatica
anno 2010**
di Giuseppe Donzuso

ATTIVITA' DI SEGRETERIA

2 **Corsi ECM; PEC;
formazione universitaria;
servizi agli iscritti;**
di Carmelo Moschella

3 **Divise colorate per infermieri
in pediatria** *di Gabriele Messina*

4 **Il diabete mellito**
di Alfio Grasso

6 **PEC - Posta Elettronica Certificata**
di Giuseppe Donzuso

Front-office
di Antonella Arriva

7 **Quanto è difficile il nostro
riconoscimento professionale**
della D.A.I. Dott.ssa D.M. Rosa Schillirò

8 **Imparare mentre s'insegna**
della Prof.ssa Venera Mazzone

9 **Nursing research!
What is it?** *di Michele Grasso*

13 **Cartella Infermieristica: dagli
albori all'effettivo utilizzo di oggi**
di Fabio ed Andrea Cangemi

15 **L'assistenza infermieristica al
paziente chirurgico. Dalla tradizione
all'approccio interdisciplinare**
di Michele Di Maria

17 **"Nel passato, il perché del presente
e la strada per il futuro: l'Infermiere
ieri, oggi, domani"**
di Michaela Donzuso

19 **Corso di Aggiornamento:
"Il nursing e la culture care"**

20 **Scheda iscrizione corso ECM**



di Giuseppe Donzuso

Relazione Programmatica anno 2010

L'EDITORIALE

Cari colleghi, è già trascorso il primo anno di questo mandato, e come consuetudine noi tutti, ci ritroviamo ancora con il normale appuntamento, in occasione dell'assemblea ordinaria degli iscritti al Collegio IPASVI di Catania, anche per il 2010. Come mia abitudine in questa breve relazione, cercherò di fare un breve riassunto su quanto è stato fatto dal gruppo dirigente del Collegio nell'anno appena trascorso e di conseguenza, su quello che intendiamo prospettare, in questo 2010. Vorrei dare inizio a questa rapida sintesi, parlando di formazione, sia universitaria che continua. Si sta oramai consolidando negli anni presso l'Università di Catania, la formazione post-base, sia per quanto concerne il corso di Laurea Specialistica in Infermieristica, sia per il Master in Management per le funzioni di Coordinamento, che certamente sono stati una grande conquista per tutta la categoria, anche in considerazione del fatto che il nostro Ateneo era ritenuto uno fra i più "immobili" d'Italia in merito alla formazione post base infermieristica, pertanto questa realtà ha costituito un notevole progresso in quanto permette a tutti i colleghi che decidono di continuare dopo la formazione di base, di poterlo fare nella propria città senza doversi sobbarcare di ulteriori difficoltà come quelle del trasferimento fuori sede. Se certamente la formazione universitaria di base e post base, nella nostra città è diventata una certezza, non lo è meno la formazione continua, con particolare riferimento ai corsi ECM. Sulla scia di quanto fatto lo scorso anno così come negli anni precedenti, colgo l'occasione per informarvi che anche per questo 2010, il Collegio IPASVI di Catania, ha già provveduto a programmare un adeguato numero di corsi, in modo da garantire così a tutti gli iscritti che volessero parteciparvi, un aggiornamento periodico con corsi dalle tematiche sempre nuove ed attuali, e perché no, anche un adeguato numero di crediti ECM. Con il 1° calendario dei corsi di quest'anno, infatti vengono proposti ben 3 corsi, e precisamente: 23/24 aprile "Ricerca: L'Evidenza al Servizio della Salute" già accreditato con 11 crediti ECM, 21/22 maggio "Il Distress Respiratorio dal neonato all'adulto:

Problematiche Assistenziali" anch'esso accreditato con 11 crediti ECM, ed il terzo corso "Il Nursing e la Culture Care: la popolazione immigrata ed i servizi socio assistenziali" che è a tutt'oggi in fase di accreditamento, in primo tempo programmato a fine giugno, poi per problemi organizzativi posticipato al 29/30 ottobre. Volevo precisare inoltre a proposito dello svolgimento degli stessi corsi ECM, che si è reso necessario cambiare la sede di effettuazione, che non sarà più "La Perla Ionica" di Acireale, bensì "Le Ciminiere" di Viale Africa a Catania, luogo fra l'altro facilmente raggiungibile da tutti, in quanto attiguo alla stazione centrale e pertanto abbastanza servito da numerosi mezzi pubblici. Chiaramente, le modalità di iscrizione saranno indicate nella nostra rivista Universo Infermieristico al cui interno saranno integrati anche il Programma dettagliato e la Scheda di Iscrizione o potranno essere scaricati dal portale del Collegio IPASVI di Catania, www.ipasvict.it. Riproponiamo anche per il 2010 la consolidata tradizione della consulenza gratuita per la dichiarazione dei redditi. Basterà semplicemente recarsi presso la nostra sede nei giorni di apertura al pubblico, grazie al nostro C.A.F. convenzionato, effettuerete in modo totalmente gratuito la vostra dichiarazione dei redditi, ricevendo così direttamente in busta paga, l'eventuale rimborso. Voglio ricordarvi inoltre, che in merito al servizio di consulenza legale, che oltre ai due validi Avvocati civilisti che collaborano con il Collegio, è a vostra disposizione, un Avvocato, che si occupa di eventuali contese giudiziarie di natura penale.

Vorrei completare questa breve relazione, invitandovi a prestare la massima attenzione alla nostra rivista, "Universo Infermieristico" che ancora una volta e nello spirito di innovazione, ha cambiato look, è attraverso quest'importante strumento di informazione oltre che al nostro prezioso, aggiornatissimo sito web www.ipasvict.it, che possiamo raggiungervi tutti per fornirvi le informazioni (sul sito anche in tempo reale) inerenti alle nostre attività, o ritenute utili ai fini della professione.

A presto



di Carmelo Moschella

Attività di Segreteria

In questo numero parleremo di:

- **Corsi ECM**
- **PEC (Posta Elettronica Certificata)**
- **Formazione Universitaria**
- **Servizi agli iscritti**

Nel rispetto dell'impegno assunto dal Collegio IPASVI di Catania, per quanto riguarda la formazione ECM e la possibilità che viene concessa a tutti gli iscritti di poter raggiungere la relativa quota di crediti ECM, che per l'anno 2010 è di 50 crediti ECM, siamo arrivati all'ultimo anno del triennio 2008/2010, alla fine del quale dovremmo avere 150 crediti ECM, **di cui 60 possono essere riportati dagli anni precedenti al 2008, mentre 90 devono esseri nuovi e quindi acquisiti nel triennio 2008-2010, così come riportato nel sottostante specchio riepilogativo:**

TOTALE CREDITI DAL 2008 AL 2010

150 così ripartiti

2008: 50 CREDITI

(con un minimo di 25 ed un massimo di 75)

2009: 50 CREDITI

(con un minimo di 25 ed un massimo di 75)

2010: 50 CREDITI

(con un minimo di 25 ed un massimo di 75)

IL CORSO CHE SI DOVEVA SVOLGERE IL 25/26 GIUGNO 2010, PER MOTIVI ORGANIZZATIVI, È STATO RIMANDATO, AL 29 E 30 OTTOBRE 2010, anche questo corso, sarà articolato in due giornate, e le iscrizioni si potranno effettuare, a partire dalla seconda metà di giugno, sempre con le solite modalità d'iscrizione e cioè, tramite fax e versamento della quota d'iscrizione pari ad € 20,00 per gli iscritti al collegio ipasvi di Catania e di € 35,00 per gli iscritti ad altri collegi, sul c/c postale n. 16009953 intestato al collegio ipasvi di Catania. A tal proposito all'interno di questo numero della rivista troverete la scheda d'iscrizione ed il relativo programma.

E' importante mettere in evidenza che la sede di svolgimento del congresso è cambiato e non si tratta più della Perla Ionica, ma del Centro Congressi **LE CIMINIÈRE DI CATANIA** in Viale Africa.

Per rimanere aggiornati in tempo reale, potrete collegarvi al nostro sito internet, www.ipasvict.it. Altra novità è la PEC (Posta elettronica certificata) di cui si dice più approfonditamente in questo numero della rivista o sul nostro sito internet, www.ipasvict.it sempre in continuo aggiornamento.

Vorrei inoltre ribadire il continuo impegno del Collegio di Catania, per il raggiungimento dell'obiettivo della formazione universitaria, con il mantenimento della laurea specialistica di 2° livello in infermieristica, e del master di 1° livello in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento, presso l'Università di Catania, con la speranza che venga presto riattivata l'equipollenza del Diploma di Infermiere e del D.U. alla Laurea di 1° livello in Infermieristica.

Cambiamo adesso argomento e parliamo delle nuove adesioni alla polizza di responsabilità civile e professionale, a tal proposito, è possibile rivolgersi alla segreteria del Collegio Ipasvi di Catania per richiedere il nuovo modulo di adesione, ma potrete consultare il foglio Informativo e scaricare la modulistica inerente la polizza, dal sito www.ipasvi.it effettuando il seguente percorso: Professione – Polizza R.C. – Servizio di Consulenza Willis Italia – Responsabilità Civile Professionale.

Per quanto riguarda la quota annua 2010 del collegio IPASVI, che è già scaduta, coloro i quali non avessero ricevuto nessun avviso di pagamento, dovranno rimanere in attesa del ricevimento della cartella esattoriale da parte della Serit.

Altra iniziativa sempre attuale, offerta ai nostri iscritti, è la consulenza fiscale amministrativa, che oltre alla dichiarazione dei redditi, può dare qualunque chiarimento in riferimento a tasse, dichiarazione ICI ed altro, pertanto chiunque vorrà, potrà usufruire di questo servizio completamente gratuito, nella giornata di martedì dalle ore 16.00 alle ore 18.30 previo appuntamento telefonico allo 095/360484.

Ed ancora vi ricordo sempre che sono a disposizione di tutti gli iscritti tre avvocati per eventuali consulenze legali, sempre previo appuntamento telefonico da concordare con la segreteria

Comunque per ulteriori informazioni e chiarimenti in tempo reale, potrete collegarvi sul nostro sito www.ipasvict.it o telefonare allo 095/360484 negli orari di apertura al pubblico, che troverete indicati nella seconda di copertina di questo numero della rivista.

Arrivederci al prossimo numero.

Divise colorate per infermieri in pediatria



di Gabriele Messina

Il camice bianco ha sempre intimorito i bambini, che lo associano immediatamente a cure, iniezioni e dolore, divise colorate dunque, con le quali si vive e lavora meglio e che i bimbi certamente preferiscono. Questo è il risultato di un lavoro scientifico effettuato presso l'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze, dove è stato condotto uno studio su un campione di 112 bambini ricoverati prima e dopo che gli infermieri iniziassero ad indossare le nuove uniformi colorate al posto di quelle convenzionali, mettendo in evidenza che colorare oltre all'Ospedale anche le casacche degli operatori fa bene all'umore e alla salute dei bambini, consente ai piccoli degenti di sentirsi più a loro agio ed aumenta inoltre la fiducia dei genitori nei confronti della struttura e degli operatori. L'utilizzo delle divise colorate nasce dall'iniziativa "Ospedale Amico - Dash Missione Bontà" in cui cinque modelli di uniformi variopinte sono stati scelti tra oltre 4500 disegni fatti da bambini ricoverati negli ospedali pediatrici italiani, modelli che trasformati in uniformi infermieristiche e donate alla Fondazione Meyer per gli operatori dell'Ospedale Pediatrico sono state distribuite agli infermieri.

"Vestire a colori che percezione suscita nei piccoli pazienti e nei loro genitori?" Questa è la domanda cui i ricercatori hanno cercato di dare risposta, ascoltando gli oltre cento bambini con un'età media di dieci anni. I piccoli pazienti sono stati divisi in due gruppi di uguali dimensioni ed è stato anche intervistato un genitore per ciascuno di loro. I ricercatori hanno chiesto loro di dire una parola per descrivere gli infermieri. Dopo l'introduzione delle uniformi colorate, il 96% dei bambini ha usato parole con caratteristiche positive, contro l'82% di prima dell'introduzione. Il 76% dei bambini ha espresso preferenza per le nuove uniformi, il 13% per le uniformi tradizionali e il 4% vorrebbe vederli in abiti normali. Tale valutazione positiva, è inoltre confermata dai risultati di alcune scale visuali-analogiche a cinque punti sottoposte ai bambini riguardo alla loro

percezione della figura degli infermieri. Anche ai genitori sono state sottoposte analoghe scale, con risultati migliori dopo l'introduzione delle uniformi variopinte: su una scala da 1 a 5 la percezione di adeguatezza al ruolo è aumentata da 4.0 a 4.7; analoghi miglioramenti sono risultati nella percezione degli infermieri come "divertenti" (da 2.3 a 4.6) e "autorevoli" (da 4 a 4.5). Nonostante sia migliorata la percezione che i bambini hanno degli infermieri, la percezione dell'ospedale è invece migliorata solo leggermente. Lo studio ha dimostrato che sia i bambini, sia i genitori preferiscono che gli infermieri vestano uniformi variopinte e non convenzionali.

Dal nostro studio risulta che i bambini hanno percezioni più positive nei confronti degli infermieri che li assistono quando questi indossano uniformi "a misura di bambino" spiegano i ricercatori e, altro dato di particolare rilievo è il fatto che le nuove uniformi non sono state percepite dai genitori come meno professionali ma anzi hanno migliorato la percezione positiva nei loro confronti. Comunque, anche se le nuove uniformi non hanno migliorato significativamente il modo in cui i bambini vedono l'ospedale che li ospita (rimane sempre un luogo di cura e come tale viene percepito), i piccoli degenti si sono sentiti maggiormente a loro agio con gli infermieri "colorati" che li assistevano. Questo è un fattore molto importante in un ospedale pediatrico in quanto migliora sensibilmente la relazione tra i bambini e gli operatori dell'assistenza e di conseguenza aumenta di gran lunga la fiducia verso di essi. Il Meyer è l'unico Ospedale Pediatrico italiano dove da diversi anni gli operatori sono a colori spontaneamente ed hanno scelto di alternare la divisa classica con quella variopinta e visti i risultati positivi della sperimentazione, l'amministrazione ha provveduto ad acquistarne altre mille, garantendo quindi a tutto il personale infermieristico la possibilità di continuare ad indossarle volontariamente.



Medici e paramedici dell'Istituti Mayer di Firenze - Foto © La Repubblica.it - Edizione di Firenze

Il Diabete Me

DIABAINEN, il termine fu' coniato da Areteo di Cappadocia nel 100 D.C. in greco antico significa "attraversare" (Dia: attraverso; Baino: vado) alludendo al fluire dell'acqua come un sifone, poiché il sintomo più appariscente è l'eccessiva produzione di urina.

Il suffisso Mellito (dal latino Mel: Miele, Dolce) è stato aggiunto dall'inglese Thomas Willis, 1675, per il fatto che il sangue e le urine dei pazienti avevano un sapore dolce.

In Giappone fino al XVIII secolo la malattia era chiamata SHOUKACHI (malattia della sete) . Il primo accenno scritto su un qualcosa assimilabile al diabete si trova verso il 1500 a.c. su un papiro Egiziano di Ebers.

Nel 1685 lo Svizzero Brunner asporta il Pancreas ad un cane, l'animale sopravvive ma beve ed urina abbondantemente, mangia parecchio ma deperisce progressivamente.

Nel 1910 Sir Edward Sharpey suggerì che le persone affette da diabete m. fossero carenti di una particolare sostanza prodotta dal pancreas "insulina" prodotta dalle isole di Langerhans localizzate appunto nel Pancreas.

Nel 1921 grazie al lavoro di due medici Canadesi Frederich Banting e Charles Hebert Best, fu isolata l'insulina, portando alla deduzione che il diabete era una malattia endocrinologica dovuta alla deficienza d'insulina ; scoprirono che le condizioni del cane pancreasctomizzato, potevano essere risolte somministrando insulina estratta dalle isole di Langerhans di un cane sano. Il primo paziente fu trattato, da loro e dal loro staff, nel 1921. I due illustri medici ricevettero il Premio Nobel per la Medicina.

Il Diabete, comprende una serie di disturbi metabolici accomunati dal fatto di presentare una persistente instabilità del livello glicemico del sangue, passando da condizioni di iperglicemia, più frequente, a condizioni di

ipoglicemia.

La prima classificazione prevedeva una distinzione sulla base dell'età, distinguendosi in "Giovanile" e "dell'età Matura".

La classificazione attualmente distingue:

Diabete tipo 1

Il diabete di Tipo 1 è caratterizzato dalla distruzione delle cellule B pancreatiche, (linfociti CD4+ e CD8+) e infiltrazione di macrofagi nelle isole pancreatiche, comportando solitamente l'associazione alla insulino-deficienza.

Esistono due sottoforme: tipo 1 A (Immunomediato); Tipo 1 B (Idiopatico) eziologia non nota.

Diabete tipo 2

A patogenesi non immunitaria, è correlato alla presenza di geni in prossimità del sito HLA sul cromosoma 6. Ha basi genetiche più salde della prima forma, sebbene la modalità di trasmissione non sia nota .

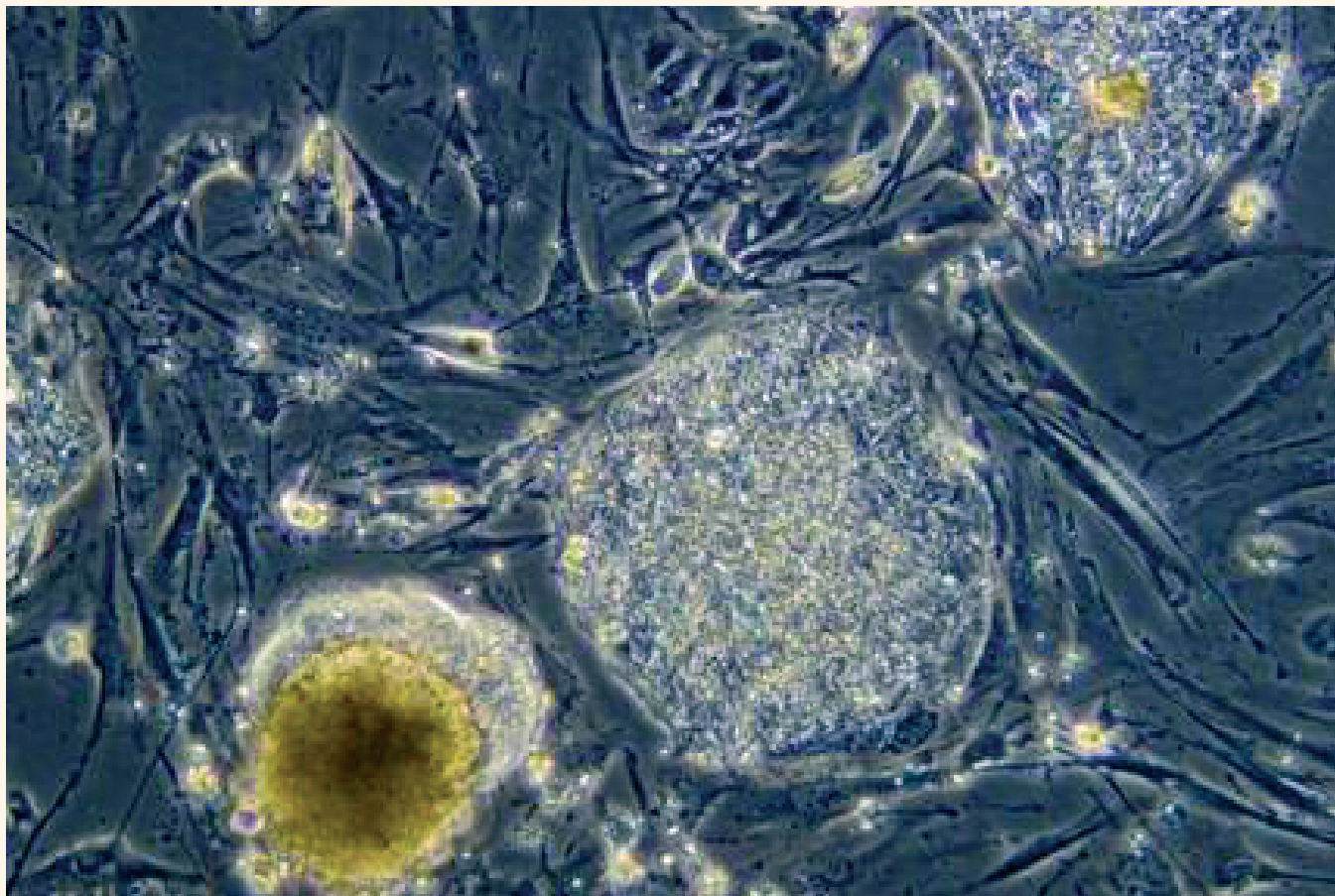
Comprende quasi la totalità dei casi, il 90-95% di tutte le forme.

Ha una eziologia multifattoriale sia genetica che ambientale, vi è il concorso di due meccanismi principali: l'alterazione della secrezione di insulina, e la ridotta sensibilità dei tessuti bersaglio (muscoli, fegato e tessuto adiposo) alla sua azione (insulino resistenza). Si pensa pertanto che il diabete tipo 2, sia preceduto da una fase prediabetica in cui la resistenza dei tessuti periferici all'azione dell'insulina sia compensata da un aumento della secrezione pancreatica di insulina (iperinsulinemia) soltanto quando si aggravano sia i difetti di secrezione insulinica, sia l'insulino resistenza (invecchiamento, obesità) si manifesta l'iperglicemia postprandiale ed a digiuno.





di Alfio Grasso



no. L'obesità viscerale o centrale riveste un ruolo di primo piano nello sviluppo della resistenza all'insulina.

Il tessuto adiposo è, infatti, in grado di produrre una serie di sostanze (LEPTINA, TNF- α , ACIDI GRASSI LIBERI, RESISTINA, ADIPONECTINA), che concorrono allo sviluppo della insulino resistenza. Inoltre nell'obesità, il tessuto adiposo è sede di uno stato d'infiammazione cronica a bassa intensità, che rappresenta una fonte di mediatori chimici, che aggravano la resistenza all'insulina. Di conseguenza, i marker di infiammazione come interleuchina 6 e proteina c reattiva, sono spesso elevati in questo tipo di diabete. L'esistenza di una predisposizione genetica è suggerita dal fatto che, nel caso di gemelli, il diabete tipo 2 è presente in entrambi in una elevatissima percentuale, molto superiore rispetto a quanto accade nel diabete di tipo 1. Probabilmente intervengono difetti a carico di più geni (malattia poligenica).

Il tipo di deficit varierebbe da un paziente all'altro, dal momento che fino ad oggi non è stato possibile identificare anomalie genetiche comuni a tutti i pazienti di tipo 2.

E' una condizione patologica con notevole Eterogeneità fenotipica e può derivare da difetti molecolari multipli a livello di una o più vie metaboliche.

Se il diabete tipo 2 fosse una condizione omogenea con un difetto molecolare sottostante comune, l'individuazione di varianti genetiche ad essa associate sarebbe relativamente facile.

Quindi, una caratterizzazione fenotipica approfondita è più che giustificata, se si vuole cercare di definire sot-

togruppi omogenei con rapporto specifico tra fenotipo/genotipo e fattori di rischio.

EPIDEMIOLOGIA

La percentuale di popolazione mondiale affetta viene stimata intorno al 5%. Circa il 90% della popolazione diabetica è affetta da DM tipo 2. Nel 2002 si sono contati negli USA più di 18 milioni di persone affette da tale patologia.

Nel 2030 si prevedono più di 360 milioni di persone affette da tale patologia

Quale rimedio? Il futuro è nelle cellule staminali?

Esistono terapie innovative basate sull'utilizzo di cellule staminali autologhe, cioè prelevate dal paziente stesso, estratte dalla cresta iliaca, per poi trapiantarle alcuni giorni più tardi; le cellule trapiantate sono in grado di trasformarsi in diversi tipi di cellule e rigenerare le cellule danneggiate, quali ad esempio le beta cellule del pancreas, poiché le cellule trapiantate sono autologhe non vi è alcun rischio di reazione immunologica.

La sostituzione delle cellule danneggiate non risolverà il problema a monte, solo le innovative scoperte in campo biologico potranno risolverlo, correggendo le alterazioni dei geni responsabili.



di Giuseppe Donzuso

PEC

Posta Elettronica Certificata

E' il nuovo sistema attraverso il quale è possibile inviare e mail con **valore legale equiparato a una raccomandata con ricevuta di ritorno** (con attestazione dell'orario esatto della spedizione) come stabilito dalla vigente normativa (DPR 11 febbraio 2005 n.68). Questo sistema presenta delle forti similitudini con il servizio di posta elettronica "tradizionale", cui però sono state aggiunte delle caratteristiche tali da fornire agli utenti la certezza, a valore legale, dell'invio e della consegna (o meno) dei messaggi e-mail al destinatario.

Con il sistema di Posta Certificata è garantita la certezza del contenuto: i protocolli di sicurezza utilizzati, rendono impossibili le modifiche al contenuto del messaggio e agli eventuali allegati.

Sulla Gazzetta Ufficiale del 28/01/2009 supplemento ordinario n°14 è stata pubblicata la legge 28 gennaio 2009 n° 2 sulla "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 novembre 2008, n°185, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anticrisi il quadro strategico nazionale". Di particolare rilevanza per i Collegi è quanto riportato dai commi 7 e 8 dell'art. 16 che così letteralmente dispongono:

I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Gli ordini e i collegi pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con relativo indirizzo di posta elettronica certificata.

In considerazione del fatto che attivare una casella di posta certificata ha un costo annuo che può variare dai sette euro (se attivate in blocco) fino ad arrivare a cinquanta euro (se attivata singolarmente), il Collegio IPASVI di Catania, ha pensato di dare un ulteriore servizio ai propri iscritti acquistando un pacchetto di PEC, per metterle a disposizione dei propri iscritti. Pertanto chiunque degli infermieri del Collegio di Catania, volesse richiedere in modo assolutamente gratuito, una casella di posta elettronica certificata, non dovrà far altro che consultare il nostro sito web www.ipasvict.it e registrarsi nell'apposito modulo con i propri dati, dopo un breve periodo, riceverà da parte nostra, un indirizzo di PEC da attivare con le relative istruzioni, che passo dopo passo, renderanno molto semplice l'attivazione della stessa, questo indirizzo rimarrà per sempre del professionista che potrà utilizzarlo per comunicare con il Collegio, ma anche in tutte le altre circostanze previste dalla normativa.

Maggiori chiarimenti sulla normativa, sono rinvenibili nel sito: <http://www.cnipa.gov.it>, nella sessione PEC del Centro Nazionale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione.

Il Collegio di Catania pur non avendone l'obbligo, si assume l'onere economico dell'attivazione del servizio a tutti gli iscritti che ne faranno richiesta.

Se si è infermieri liberi professionisti, anche l'ENPAPI (Cassa di Previdenza degli Infermieri) ha messo a disposizione dei propri iscritti una casella di posta elettronica certificata gratuita, basterà in questo caso consultare il sito web: www.enpapi.it

Front - office (cenni e commenti)



di Antonella Arriva

Designa la parte visibile dalla clientela, e a contatto con questa.

Ho ritenuto parlarne per entrare nel merito del lavoro dell'Infermiere che non opera solo in corsia a che deve spesso prendersi cura del l'utente in molteplici diverse situazioni logistiche, tanto più che qualora un servizio punti sulla qualità, la sua attività deve essere perfettamente organizzata, a partire dalle prenotazioni, passando per tutte le comunicazioni interne ed esterne, in un rapporto di contatto diretto con utenti e loro familiari.

La scelta di utilizzare personale infermieristico nella gestione del front-office, è dettata dalla specificità della professione nell'agire anche in situazioni informali, con l'attenzione volta a definire l'orientamento degli utenti - pazienti.

La nostra professione ci impone di prestare attenzione a tutti quegli aspetti della quotidianità che caratterizzano il nostro lavoro compresi i brevi scambi informali ma assai importanti, fra utenti e operatori, e gli scambi di opinioni riferiti agli aspetti organizzativi.

Il front-office costituisce di fatto un punto di osservazione privilegiato, all'interno del quale circolano comporta-

menti, linguaggi, informazioni, che vengono raccolti dagli utenti e che rappresentano l'immagine del servizio e la propria visibilità nel rapporto con altri servizi tenendo sempre presente l'esistenza di una legge che tutela la privacy dell'assistito e vincola l'operatore al segreto professionale.

La tendenza all'ottimizzazione delle scarse risorse disponibili e il contenimento della spesa sanitaria, soprattutto ospedaliera fanno sì che le strutture tendano a contrarre il più possibile la degenza in ospedale e di conseguenza la richiesta dell'assistenza ambulatoriale aumenta, ed è in questa fase che il cittadino trova enormi difficoltà, tenuto conto delle lunghissime liste d'attesa per molte prestazioni ambulatoriali.

E necessario, tenendo conto della sua utilità sociale, valorizzare la relazione utente - infermiere, e pertanto appare indispensabile un adeguato percorso formativo per il personale infermieristico, che punti sulla comunicazione interpersonale, sulla gestione delle situazioni critiche, sull'auto analisi dello stile comunicativo, sulla capacità di individuare errati comportamenti comunicativi, tenendo conto che, nostri interlocutori sono i malati, la parte più fragile della società



QUANTO E' DIFFICILE IL NOSTRO RICONOSCIMENTO PROFESSIONALE

D.A.I. Dott.ssa D.M. Rosa Schilirò

Dopo aver chiesto un mutuo triennale a Roma, con in cambio la promessa di ridurre la spesa sanitaria per i successivi tre anni, la Regione Siciliana ha presentato nel 2008 il piano di rientro che prevede tagli per un risparmio di circa 10,7 milioni di euro l'anno.

La minaccia del commissariamento della sanità siciliana ha condotto a un passo diverso i nostri legislatori, l'obiettivo è di stabilire una diversa dinamica che si dovrebbe tradurre in maggiore efficienza per garantire più servizi nelle aree più arretrate del paese al fine di raggiungere il nuovo modello sociale, che come dicono, è quello di "riunificare l'Italia e gli Italiani" azzerando le differenze dell'offerta dei servizi fra le varie parti del paese.

E' prematuro verificare se quest' obiettivo veramente si raggiungerà perché a distanza di 2 anni ancora siamo in piena fase di riorganizzazione, anche se l'Assessore Russo si è conquistato la fiducia dopo aver illustrato le linee programmatiche dell'attività dell'Assessorato alla Salute che ne ha assunto l'impegno.

Ma l'Assessore Russo sarà ricordato da tutti i professionisti delle professioni sanitarie, come colui che con la legge regionale 1 del 15 febbraio del 2010, impone a tutte le Aziende Sanitarie della Regione l'obbligo di istituire le Unità Operative delle Professioni Sanitarie, quindi mettere i professionisti Infermieri della Sicilia sulla stessa linea delle altre regioni:

art.1 comma 1: "Le Aziende del Servizio regionale, con l'Atto aziendale Istituiscono in seno alla direzione aziendale, quali strutture di staff le Unità Operative di seguito elencate:

a) Unità Operative delle Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche;

Art. 1 comma 3 dello stessa Legge Regionale recita: "Qualora le Aziende del Servizio sanitario, a fronte di una maggiore complessità, specifiche esigenze organizzative, una o più Unità Operative di cui al comma 1, possono essere trasformate, nel rispetto dei criteri stabiliti dall'atto aziendale, in altrettante strutture complesse"

All'art. 2 della stessa legge il Legislatore dice: "Le Unità Operative..... partecipano alla individuazione ed alla realizzazione degli obiettivi della azienda sanitaria di appartenenza, concorrendo ed assicurando, in particolare, la programmazione, direzione e gestione delle relative risorse umane nel rispetto dei criteri che sono previsti con apposito decreto dell'assessorato regionale per la salute"

Art. 4 comma 2: "E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come Legge della Regione".

Tutti gli infermieri siciliani esultano, finalmente grazie a questa normativa, la direzione delle attività assistenziali entra con pieno riconoscimento a far parte realmente del governo clinico dell'azienda con la possibilità di governare il processo di produzione delle prestazioni.

Questo rappresenterebbe un'opportunità per i professionisti, per i cittadini siciliani, ma anche per le istituzioni stesse.

Ma freniamo l'entusiasmo.

Come ben ricordate, nel precedente numero della nostra rivista, il collega Michele Grasso, aveva commentato l'articolo pubblicato da "La Repubblica" del 28 gennaio, dove si evince il totale disappunto manifestato dalla classe medica nei confronti di questa legge.

Tutti eravamo convinti che comunque, poiché la normativa esiste, nulla ne poteva impedire la sua piena applicazione.

In questi giorni tutte le Aziende Sanitarie della Regione, stanno elaborando l'Atto Aziendale da presentare entro il 15 maggio, dove sono stabilite le linee programmatiche della propria organizzazione, quell'atto Aziendale che dovrebbe contenere la totale applicazione della legge regionale n.1 del 2010; si sono costituiti dei tavoli tecnici formati dalla Direzione Strategica e rappresentanza sindacale quindi ci sono medici, ci sono amministrativi, ci sono pochi infermieri e, con grande amarezza, si costata che effettivamente, come si dice "fatta la legge, si trova l'inganno", sono previste le Unità Operative semplici delle professioni Sanitarie ma vengono spogliate dalla propria mission; le funzioni citate nell'atto aziendale, non sono altro che un **propone....., elabora....., contribuisce.....**, e via dicendo, mentre non si fa cenno della programmazione, direzione e gestione delle relative risorse umane, come non si fa accenno della valutazione del personale e non c'è traccia di **Unità Operative Complesse** che ricordiamoci se non sono previste nell'Atto Aziendale non potranno essere mai costituite.

E non ditemi che in un'Azienda Sanitaria, dove gli infermieri rappresentano il numero più elevato di professionisti sanitari, non esistono specifiche esigenze organizzative e complessità da giustificare l'istituzione di Unità Operative Complesse delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche; pare che l'indirizzo di tutte le aziende sanitarie siciliane sia univoco, ancora una volta possiamo costatare che i medici non vogliono togliere la mano sulla testa degli infermieri.

Con grande delusione si può evincere il sostanziale affossamento di qualsiasi tentativo di dare piena attuazione alla legge per valorizzare le competenze degli infermieri.

E' una cosa francamente inaccettabile che disonora il legislatore siciliano e mortifica tutti gli infermieri siciliani che hanno creduto a quella legge e nel definitivo riconoscimento della loro professionalità la cui mission principale è quella di essere accanto e al servizio della persona nelle fasi più delicate e complesse della propria vita come quella della malattia e non certo quella di voler sostituire ruoli vari e poteri vecchi.

*Chiunque gode prosperità, ma nel tempo di essa non ha timore anche dei flagelli,
a causa del benessere cade nell'arroganza.
Chi, invece, oppresso da flagelli, non cerca al tempo stesso di consolarsi
con la memoria dei doni ricevuti, è annientato dai sentimenti
di sconforto o anche di disperazione.*

Commento al Libro di Giobbe di San Gregorio Magno, Papa

IMPARARE MENTRE S'INSEGNA

Prof.ssa Venera Mazzone - Dipartimento "G.F. Ingrassia" Anatomia Umana - Università degli Studi di Catania

Per il terzo Anno Accademico consecutivo l'Ateneo di Catania ha attivato il Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (Classe SNT/SPE 1 secondo il D.M. 509/99) che prevede al primo semestre del primo anno, fra gli altri, anche lo svolgimento del Corso Integrato di Scienze Biomediche, comprendente le seguenti materie:

Fisiologia
Istologia
Anatomia Umana
Biologia applicata
Biochimica

L'Anno Accademico 2007-2008, per essere stato il primo anno di tale attivazione fu per me, chiamata in qualità di Docente della Disciplina Anatomia Umana (peraltro già insegnata al primo semestre del primo anno del Corso di Laurea in Infermieristica) un anno di progettazione e di "sperimentazione" nell'organizzazione del Corso di insegnamento, anzi, non voglio nascondere che mi posi molti problemi soprattutto in considerazione del fatto che l'uditorio era rappresentato da Studenti che in realtà non lo erano affatto: il loro bagaglio di conoscenze pratiche era poderoso e, mentre con gli Studenti del primo anno del Corso di Laurea in Infermieristica pianificavo gli argomenti da trattare a lezione imponendomi sempre l'obiettivo di far comprendere loro l'importanza dell'Anatomia nello svolgimento dell'attività pratica, con questi Discenti ero (e lo sono ancora oggi) io ad imparare ed a mettere a confronto le mie conoscenze anatomiche con l'esperienza sul campo della quale ho sempre discusso con loro: trovai così molti spunti per rivedere alcuni capitoli di Anatomia riguardanti organi e strutture svariate del corpo umano, rivalutandone anche gli aspetti funzionali e, nel frattempo, mi accorgevo che anche loro trovavano particolare interesse per il modo con cui illustravo determinati argomenti, perché serviva a chiarire alcuni aspetti applicativi, mai o raramente messi in evidenza.

Questo cammino si è andato sempre più perfezionando, tanto che nei due anni accademici successivi ho trattato il programma dando maggiore rilevanza a quegli argomenti che, di volta in volta, potevano essere più attrattivi per l'uditorio; grazie a questo tipo di percorso evolutivo anche la modalità di esame è mutata: dalla prova in itinere, scritta, completata da un esame orale, ho preferito il passaggio alla discussione di un elaborato (con relativo Power Point) il cui tema è a scelta del candidato: in tal modo, ho potuto osservare che (1) viene privilegia-

ta la libertà di scelta del Discente per un argomento per lo più attinente i suoi interessi e l'attività svolta presso un determinato Reparto, (2) lo stesso viene stimolato alla ricerca bibliografica online, attualmente molto sostenuta in campo universitario (addirittura alcune discipline prevedono corsi di esercitazioni al computer, aventi tale finalità); occorre precisare che anche questa modalità di valutazione è risultata positiva per lo svolgimento del Corso perché ha consentito di dar luogo a scambi di idee molto proficui, in merito a pubblicazioni reperite da me stessa sulle più accreditate riviste elettroniche e sottoposte alla loro attenzione.

Con queste strategie appena descritte, ritengo di aver messo a proprio agio gli utenti di questo Corso di Laurea Specialistica, ponendo in primo piano il loro ruolo di operatori professionalmente qualificati, che lavorano nei diversi Reparti non ripetendo quotidianamente gesti stereotipati, stabiliti da regole codificate nel corso degli anni, ma con estrema consapevolezza e rendendosi ragione delle metodiche applicate; per quanto mi riguarda, ho appreso che, molto spesso, nell'ambito dell'organizzazione dell'assistenza infermieristica del Reparto loro affidato, valutano di volta in volta le strategie terapeutiche adattandole alle esigenze contingenti ed ai diversi malati rispettando, quindi, le necessità individuali; in altre parole, sia nella loro attività, che durante lo svolgimento dei Corsi, pongono sempre "affetto e partecipazione" comunicando questi sentimenti sia al Personale loro sottoposto che a noi Docenti.

La nostra generazione, nonostante sia entrata nel terzo millennio, ha continuamente bisogno di certezze, ne è prova la corsa che ognuno di noi incessantemente fa verso qualcuno o qualcosa che possa dare la felicità o indicare la via per raggiungerla; molto spesso, ci sentiamo appagati quando abbiamo la stabilità economica e la salute, anzi, si ritiene che i soldi servano anche a "comprare" quest'ultima: poi, se non veniamo adeguatamente accontentati, ne spendiamo molti di più per i "viaggi della speranza"; sarebbe bello, invece, riporre le nostre speranze nell'affetto e nella cultura dei nostri operatori sanitari, l'uno e l'altra indissolubilmente legati, perché è l'approfondimento culturale che porta alla conoscenza del reale vissuto del malato e delle sue necessità e che sgancia da qualsiasi tipo di dipendenza, consentendo di mettersi al servizio pienamente, perché se ne condivide anche la sofferenza: solo così si potrà sicuramente aumentare il grado di accettazione della malattia ed entrare in sintonia anche con i familiari.

NURSING RESEARCH! WHAT IS IT?



di Michele Grasso

La mancanza di ricerca da parte degli Infermieri e lo scarso utilizzo delle evidenze scientifiche, dimostrate attraverso la ricerca, e scarsamente applicate alla pratica infermieristica, sembrano aver vanificato tutti gli sforzi per ottenere la tanto agognata autonomia nata o "supposta tale" dall'abolizione del mansionario e dalla formulazione dei profili professionali.

Fu la stessa Virginia Henderson ad affermare che **"per poter parlare del nursing come scienza, bisogna dimostrare che esso si presta ad essere oggetto di ricerca scientifica[...] Se oggi, in tutte le professioni come nell'industria, l'indagine scientifica serve a risolvere dei problemi e fornisce la base alle attività di programmazione, perché dovrebbe fare eccezione proprio la professione infermieristica?"**

Se accostissimo al pensiero, appena citato, di Virginia Henderson, la celebre frase di Henry Ford, "C'è vero progresso solo quando i vantaggi di una nuova tecnologia diventano per tutti", potrebbe nascere spontanea la considerazione, che di ricerca nel campo infermieristico non se ne può più fare a meno e che tale necessità non scaturisce solo dalle esigenze della professione, ma dallo stesso fatto che esista l'Infermieristica.

Occuparsi di Ricerca Infermieristica nel nostro paese, con gli attuali assetti socio-politico-economici, non è semplice, ci sono ancora troppe Università che non ne vogliono sentire parlare, e la nostra Federazione Nazionale IPASVI che a giudizio di molti colleghi ha iniziato a occuparsene molto in ritardo rispetto ad altre nazioni.

La pratica quotidiana poi, permette spesso di osservare le numerose incongruenze tra quanto dovrebbe, essendo realmente efficace, essere applicato per la risoluzione dei problemi assistenziali, e quanto in realtà non solo non è utile o raccomandato ma talvolta dannoso per l'utente, e per l'intero sistema, sia in termini di efficacia, oltre che di immagine ed economici.

Per comprendere quanto sia importante la Ricerca Infermieristica, sarebbe quantomeno utile osservare quanto sia più semplice, nel rispetto del proprio ruolo, operare in autentica autonomia all'interno di un'equipe solo quando si sia in grado di dimostrare con autorevolezza le proprie scelte professionali, troppo spesso tediato da miscredenze, o peggio eccessi di autorità, che hanno origine sia nella stessa professione infermieristica che in altre ritenute, quasi sempre a torto, più autorevoli anche in ambiti, non proprio di pertinenza.

Ancora una larga parte delle scelte operate in ambito infermieristico, sono infatti dettate dalla consuetudine, dalla mi-sconoscenza, o dalla ancora radicata convinzione di dover dipendere nelle nostre scelte professionali dalla dirigenza medica, quasi a vanificare di fatto tutti gli sforzi per ottenere l'autonomia professionale.

Non si vuole, qui, iniziare una lotta di classe, ma piuttosto richiamare l'attenzione su quanti, Infermieri, Dirigenti Infermieristici, Medici e Direttori Sanitari, abbiano il compito all'interno del Servizio Sanitario, pubblico o privato, di determinare l'organizzazione del lavoro.

Troppo spesso, infatti, si sconoscono totalmente, o si preferisce ignorare, quali siano i reali limiti dell'esercizio professionale, quali gli ambiti, quale il livello di autonomia, e

questa serie di disattenzioni crea non di rado un clima di tensione che determina carichi emotivi difficilmente sostenibili dagli operatori e si ripercuote sulla qualità dell'assistenza, determinando effetti negativi per tutte le parti in gioco, con utenti che si vedono privati del diritto alla migliore assistenza possibile, operatori che non possono esprimere a pieno le proprie potenzialità, Aziende Sanitarie intorno alle quali si crea un'immagine scadente fino ad arrivare al Servizio Sanitario Pubblico al quale viene spesso e non sempre a ragione, preferito quello privato dove una maggiore attenzione per certi dettagli ha determinato una buona fama, anche se talvolta immeritata, rispetto alle reali performance assistenziali.

Eppure è universalmente riconosciuto che un sistema funziona meglio quando siano chiari i ruoli dei soggetti che ne fanno parte, e quindi dovrebbe essere evidente che ogni livello del Sistema Sanità funzionerebbe meglio se si comprendesse la necessità di ricercare quotidianamente e mantenere nel tempo, il rispetto del ruolo professionale, il riconoscimento dell'autonomia, la distinzione degli ambiti basata non sull'assegnazione di precisi compiti, a questo in ambito infermieristico ci aveva già pensato il "fallimentare" mansionario, ma sul riconoscimento della professionalità di ogni membro dell'equipe.

Supporre che tale riconoscimento debba avvenire esclusivamente in conseguenza di nuove normative giurisdizionali, di profili professionali o di accordi tra le parti, sarebbe tuttavia un gravissimo errore che condurrebbe in breve tempo a un quadro nel contesto del quale, al legislativamente sancito riconoscimento di un ruolo e di una autonomia professionale, si contrapporrebbe la palese mancanza di capacità professionale, non intesa come l'assenza di conoscenze tecniche, presenti o meno a prescindere dall'assetto normativo, quanto piuttosto come l'assenza di consapevolezza professionale, requisito essenziale per la concreta autonomia di ogni professionista.

Ritenere di essere Professionisti della Sanità, solo sulla base dell'assetto normativo, senza porsi l'obiettivo di operare scelte consapevoli e possedere gli strumenti necessari a sostenere, con dimostrate evidenze scientifiche, la validità delle proprie scelte condurrebbe la professione ancora una volta in una posizione di sudditanza, non sostenuta come in passato dalla normativa, ma assai più pericolosa, psicologica.

La formazione scolastica, tantomeno quella professionale, in particolar modo per chi non possiede quella universitaria, non ha certo contribuito positivamente a determinare negli infermieri il desiderio e la capacità di fare ricerca e a parte pochi, fortunati o caparbi, che per congiunture particolarmente favorevoli e/o per necessità professionali hanno avuto la possibilità di fare ricerca infermieristica, il panorama professionale italiano non fa registrare molti infermieri che fanno ricerca.

Inoltre quei pochi, che si occupano di tale attività, devono quotidianamente scontrarsi, quando siano riusciti a superare la mancanza di tecnica o metodologia della ricerca, dovuta alla già citata deficitaria formazione, con l'esiguità delle risorse assegnate, fattore questo che determina spesso il fallimentare destino di un progetto di ricerca; sono ostacoli questi ultimi, determinati dalla mancanza di fiducia nella Ri-

NURSING RESEARCH

cerca Infermieristica, indice della scarsa considerazione, fin qui avuta dalle istituzioni, per la nostra Professione.

LA PECULIARITA' DELLA RICERCA INFERMIERISTICA

Uno dei peculiari aspetti della professione Infermieristica è di dovere quotidianamente affrontare situazioni, talvolta complesse, e di dovere per la natura stessa dei problemi trattati, fornire sempre ed anche rapidamente, risposte concrete, non avendo molto spesso, la possibilità, a differenza di altre professioni, di affrontare il problema in un secondo tempo.

E' proprio tale peculiarità, insieme alla sempre crescente domanda di salute, che viene tra l'altro da persone sempre più consapevoli ed esigenti, che impone agli Infermieri la continua crescita culturale e professionale, soprattutto attraverso la Ricerca Infermieristica.

Il dovere quotidianamente affrontare problematiche di natura assistenziale, ma anche di gestione e comunicazione, esige tuttavia un tipo di Ricerca, che sia pertinente rispetto alla pratica ed ai reali problemi da affrontare.

Insomma la Ricerca Infermieristica, non può essere, come per altre discipline, condotta solo su base teorica, ma deve necessariamente costituire l'anello di congiunzione tra la teoria e la pratica.

L'utilità di una ricerca è direttamente proporzionale alla rilevanza e alla validità delle evidenze trovate, e inversamente proporzionale al tempo ed alle energie impiegate per trovarle, ma oltre a questo sistema di valutazione non si dovrebbe trascurare il fatto che una ricerca sia davvero utile se è in grado di "produrre conoscenze condivise", e ciò può avvenire, solo se la ricerca possiede alcune imprescindibili caratteristiche:

- Deve possedere merito scientifico;
- Deve essere verificabile;
- Deve essere riproducibile;
- Deve essere pertinente rispetto alla pratica e al problema;
- Deve ovviamente essere neutrale.

LE FASI DELLA RICERCA SCIENTIFICA

IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA DI RICERCA

Partendo dal problema concreto, è necessario individuare su quale aspetto s'intende indagare, individuando quali possano essere le variabili in grado di influenzarlo, modificando ad esempio i dati (età, campione, tempo ecc.)

REVISIONE DELLA LETTERATURA

E' necessario svolgere un'approfondita, mirata, ricerca bibliografica per tenere in considerazione tutte le informazioni che interessano il quesito di ricerca, ma anche per valutare se vi sia veramente bisogno della nostra ricerca, insomma se altri abbiano già condotto studi simili, con quale metodo si sia proceduto, con quali risultati.

INDIVIDUAZIONE DELLE IPOTESI

E' proprio attraverso la revisione della letteratura, che siamo stati in grado di comprendere se e quali altri studi pertinenti con il nostro, siano già stati fatti in precedenza, e quali tesi siano state dimostrate, tocca a noi spiegare cosa s'intende dimostrare, su quali fattori abbiamo deciso di indagare, se esistano a nostro parere relazioni con altri fenomeni.

PROGETTAZIONE DELLA RICERCA

Prima di iniziare un progetto di ricerca, bisognerà scegliere il metodo più indicato, (studio controllato randomizzato, caso controllo, studio di coorte, case report, e via dicendo), spiegando perché si sia scelto proprio quello, e bisognerà anche descrivere la struttura del disegno di ricerca, e i tempi dello studio.

INDIVIDUAZIONE DEL CAMPIONE

E' una fase molto importante, scegliere il campione giusto, vuol dire condurre una ricerca che abbia un elevato grado di attendibilità, al contrario invece, la scelta di un campione non consono alla ricerca ci farebbe impiegare inutilmente delle preziose risorse, una volta scelto il campione in base al tipo di ricerca che vogliamo condurre, dovremo indicare il target, e quale sia stato il criterio di selezione e di esclusione adottato.

INDIVIDUAZIONE DEGLI STRUMENTI DI MISURA

Gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati, questionari, modelli d'interviste, ecc. dovranno essere progettati in base alle ipotesi di ricerca e alle variabili individuate.

Anche chi rileverà i dati, andrà adeguatamente formato, in modo da evitare o quantomeno limitare il più possibile, il rischio di personalizzazioni, nella fase di spiegazione del questionario, dei singoli quesiti o del significato delle risposte.

ESECUZIONE DELLA RICERCA

Il disegno della ricerca e i tempi dello studio vanno rispettati con esattezza, eventuali proroghe, devono essere attuate solo se insistono valide motivazioni, ma in questo caso, bisognerà sempre tenere conto, dei rischi che potrebbero derivare dall'inserimento all'interno dello studio, di dati che possano essere meno attendibili degli altri, essendo per esempio intervenute congiunture che non potevano aver influenzato il campione precedente, perché non ancora presenti, se ritenuto necessario, i dati pervenuti dopo, possono non essere inseriti nello studio principale ma utilizzati in uno studio parallelo anche parziale, per valutare eventuali differenze nei risultati accrescendo così le informazioni fornite dallo studio.

RACCOLTA ED ANALISI DEI DATI

I dati raccolti per mezzo degli strumenti utilizzati, dovranno essere registrati e catalogati prestando la massima attenzione, che sia utilizzato un metodo univoco nelle interpretazioni di particolari situazioni, nel caso di un questionario ad esempio, potrebbero essere presenti sottocampi di una risposta non compilati, potrebbero essere state contrassegnate più risposte anche contrastanti tra di loro, potrebbero essere stati usati commenti scritti piuttosto che segni o numeri come chiaramente specificato nelle istruzioni di compilazione. L'utilizzo di un unico metodo interpretativo, che dovrebbe essere specificato nello studio, qualora si presentassero circostanze come quelle citate, garantisce la veridicità e la neutralità dello studio, e insieme al rispetto di altri standard anche la sua attendibilità.

PUBBLICAZIONE E DISTRIBUZIONE DEI DATI

Qualunque lavoro di ricerca perderebbe di utilità se i dati raccolti e i risultati ottenuti, per mezzo dell'elaborazione

RESEARCH! WHAT IS IT?

degli stessi, non fossero diffusi.

Chi fa ricerca, infatti, non lo fa solo per se stesso, ma a favore di una comunità che, in base all'argomento della ricerca e al target cui può interessare, può essere piccola, come un gruppo o un'azienda, oppure grande come uno stato o l'intero pianeta, per questo è importante stabilire attraverso quale sistema i risultati della ricerca potranno essere diffusi, passando dal semplice foglio notizie, alla pubblicazione su riviste del settore fino all'inserimento nel World Wide Web, a vantaggio di quanti vorranno consultarli.

EVIDENCE BASED MEDICINE

Nata come metodologia, per applicare i risultati della ricerca al singolo caso, è stata presto estesa alla pianificazione della politica sanitaria, e l'EBCH, Evidence-Based Health Care, prevede, infatti, la descrizione esplicita delle prove di efficacia, su cui programmare l'assistenza sanitaria.

Numerosi eventi legislativi, tra cui i Piani Sanitari Nazionali, 1998 - 2000, 2003 - 2005, 2006 - 2008, il Decreto Legge 229/99 e la normativa sui LEA, i Livelli Essenziali di Assistenza, hanno tra l'altro riconosciuto, quantomeno da un punto di vista formale, proprio all'Evidence-Based Health Care un ruolo di primo piano nella programmazione della politica sanitaria del nostro paese.

Tuttavia, basta osservare come ad esempio gli stessi LEA, la cui attuazione si sia concentrata, quasi esclusivamente, sulla riduzione dei ricoveri inappropriati, non siano in realtà mai stati concretamente attuati nella loro interezza, per comprendere come nel nostro paese si sia ancora piuttosto lontani dall'attuare sistemi come quello Inglese o quello Australiano, dove l'EBM, l'EBN, lo stesso Evidence-Based Practice, siano oramai divenuti addirittura termini vetusti, dove da anni si applichi la cultura dell'Evidence-Based Health Care, dove esiste il Clinical Governance, una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili, del continuo miglioramento della qualità dei servizi, del raggiungimento e del mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale.

In Italia, esistono tuttavia alcune regioni pilota (l'Emilia Romagna è tra queste), che già stanno adottando, il sistema del Clinical Governance, adeguatamente corretto per essere qui applicato, e i risultati sembrano a dire il vero promettenti.

Le strade però, anche le più tortuose, vanno comunque percorse, e se è palesemente vero che in una situazione, come quella della Sanità Regionale Siciliana, insistano ancora difficoltà alla concreta attuazione dell'Evidence Based Medicine, gli Infermieri non possono perdere l'occasione di dimostrare di saper fare ricerca.

Insomma, proprio il ritardo accumulato nel campo della medicina basata sull'Evidenza, può e deve essere uno stimolo a dare il nostro contributo di Professionisti della Salute.

In quest'ottica d'investimento sulla qualità, l'assistenza erogata dal Professionista Infermiere deve basarsi su interventi di dimostrata efficacia, per questo esistono strumenti come linee guida e protocolli, che hanno lo scopo di mettere i professionisti nelle condizioni di operare, scegliendo nel cantiere delle proposte, tutte ovviamente di dimostrata efficacia, quella che consenta di ottenere i migliori risultati ottenibili.

I VANTAGGI DELL'EBN PER LA PROFESSIONE

E' l'Assistenza Infermieristica basata sulle prove di efficacia, che consente all'Infermiere di:

Incentivare e semplificare l'aggiornamento professionale;

Usufruire degli strumenti che gli consentano di fare la miglior cosa possibile tra quelle che è stata dimostrata funzionare;

Gestire il proprio lavoro, con autonomia e responsabilità, per offrire il meglio che i mezzi a disposizione ci consentono di offrire;

Rideterminare la tipologia di relazioni professionali all'interno, dell'Equipe, per definire quali siano gli ambiti di propria competenza;

Essere in grado di operare sempre nel migliore dei modi, per evitare di arrecare un danno a chi si è rivolto a noi, ma avere anche i mezzi per tutelare legalmente il nostro operato.

E' innegabile tuttavia che l'EBN abbia incontrato non pochi ostacoli, e che molti ancora debba incontrarne, prima di tutto nelle relazioni con i nostri colleghi, poi nel percorso di affrancamento dalla dirigenza medica, che ancora troppo spesso tenta di "gestire" alcuni specifici aspetti della nostra professione.

Ci sono anche ostacoli di natura diversa, quali ad esempio la poca dimestichezza con gli strumenti della ricerca, la scarsa conoscenza della lingua inglese necessaria per fare una buona ricerca, la scarsa considerazione che troppe aziende sanitarie ancora hanno di noi Infermieri e delle nostre capacità professionali.

Anche nell'EBN, diretto discendente della Ricerca Infermieristica sono individuabili cinque fasi.

EVIDENCE BASED NURSING IN CINQUE PASSI

1) E' necessario convertire il bisogno d'informazioni relativo a una determinata pratica in una domanda precisa.

2) Una volta costruita la domanda inizia la ricerca in letteratura per trovare evidenze esterne rilevanti.

3) Deve essere fatta una lettura e una valutazione critica dell'evidenza tratta dalla letteratura.

4) La migliore evidenza tra quelle trovate, sarà utilizzata, tenendo conto delle attese dell'utente, attraverso l'esperienza clinica, dell'operatore.

5) Per mezzo di un'auto-riflessione, un'audit, o una revisione fra pari, i risultati ottenuti sono valutati.

LA STORIA DELL'EBM

- Cartesio (1596-1650) definì l'evidenza in senso puro quale canone fondamentale della vera conoscenza.

- Giambattista Vico (1668-1744) affermò come fossero i nostri pensieri a presentarsi, con maggiore certezza, di quanto non potesse avvenire per qualsiasi fattore esterno all'uomo.

- 1830- Pierre Charles Alexandre Louis a differenza dei suoi predecessori fu il primo a ragionare in termini

NURSING RESEARCH! WHAT IS IT?

di evidenza in riferimento ad un piano terapeutico. E per questo fu considerato come il promotore di un Movimento Culturale, antesignano dell'EBM definito appunto "Médecine d'Observation", che sosteneva come i medici dovessero affidarsi nella scelta della terapia all'attenta osservazione sperimentale dei reali benefici di un trattamento, piuttosto che affidarsi esclusivamente all'esperienza individuale.

- 1972- l'epidemiologo Archibald Cochrane, sostenne che i risultati della ricerca avevano in realtà uno scarso impatto sulla pratica clinica, rimproverando alla professione medica la sua incapacità di rendere disponibili e aggiornate le informazioni, relative agli effetti dell'assistenza sanitaria.

- 1981- sono trascorsi circa 10 anni e viene pubblicata ad opera dei ricercatori della McMaster Medical School del Canada, una delle più note raccolte di articoli "How to read the clinical Journals", nella quale venivano descritte le strategie per un approccio critico alla letteratura bio medica.

- 1986- David L. Sackett, considerato il padre dell'EBM, sposta la sua attenzione dalla lettura critica della letteratura bio medica all'utilizzo pratico della stessa per la risoluzione dei casi clinici.

- 1991- compare per la prima volta, nel fascicolo di marzo – aprile di ACP Journal Club, il termine Evidence Based Medicine.

- 1992- l'Evidence Based Nursing viene presentato in un articolo del JAMA, il Journal of American Medical Association, e definito addirittura "paradigma emergente per la pratica clinica".

- 1993- nasce la Fondazione della Cochrane Collaboration, a Oxford, ma diverrà presto un network internazionale con lo scopo di preparare, aggiornare, e divulgare le revisioni sistematiche degli studi clinici controllati, un ventennio prima Archibald Cochrane sostenne proprio la necessità della condivisione d'informazione aggiornate, e utilizzabili su larga scala; Nello stesso anno il JAMA da inizio alla serie di pubblicazioni Users' guide the medical literature.

- 1996- David L. Sackett, in un magnifico editoriale, sente la necessità di chiarire il concetto di Evidence Based Medicine, nello stesso anno anche a seguito dell'articolo, la metodologia dell'Evidence Based, inizia ad estendersi alle altre professioni sanitarie.

- 1997- Muir Gray, visto il sempre maggiore interesse dei sistemi sanitari alla pianificazione degli interventi di salute attraverso l'applicazione dell'EBM scrive Evidence-based Healthcare.

- 1998- Nasce in Inghilterra la Clinical Governance che integra Evidence Based Medicine con la Evidence Based Health Care, divenendo di fatto la "strategia" della politica sanitaria inglese.

- 2000- Appare chiaramente condiviso che tutti i professionisti sanitari debbano basarsi, nell'esercizio della "pratica" professionale, sulle migliori evidenze scientifiche, "Evidence Based Practice" (EBP).

- 2005- ha luogo proprio in Sicilia, a Palermo, il "Sicily Statement on Evidence Based Practice" nel corso del quale un nutrito gruppo di ricerca internazionale, definisce i requisiti minimi di competenze e attitudini necessarie alla prava dell'Evidence Based Practice.

BIBLIOGRAFIA

- Calamandrei C. – Orlandi C. La Dirigenza Infermieristica 3^a ed. McGraw-Hill, Milano, 2009.

- Antonella Santullo "L'Infermiere e le innovazioni in Sanità, nuove tendenze e strumenti gestionali" 2^a ed. Mc Graw-Hill Libri Milano 2004.

- Calamandrei C., "Leadership e Management e Infermieristico" McGraw-Hill, Milano, 2003.

- "Le Scienze Infermieristiche avanzate: Didattica e ricerca per l'innovazione delle competenze dell'infermiere dirigente" Milano Giugno 2003

- Hamer S., Collison G., Evidence-Based Practice, Mc Graw Hill, Milano 2002

- Maura Lusignani, La Ricerca Infermieristica nelle strutture Sanitarie Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche Università di Milano Milano 2002

- Università degli Studi di Milano, Atti del Corso di Formazione - Convegno

- Lo Biondo – Wood G. Haber J. Metodologia della ricerca infermieristica 1^a ed McGraw Hill, 1997

- Sackett DL Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. BMJ 1996.

Cartella Infermieristica: dagli albori all'effettivo utilizzo di oggi



di Andrea e Fabio Cangemi

La cartella infermieristica identificata quale supporto cartaceo e/o informatico, contiene l'insieme dei dati e documenti di pertinenza infermieristica inerenti le attività assistenziali della persona.

Viene utilizzata per la redazione di anamnesi, per la definizione degli obiettivi assistenziali nonché per la valutazione dei risultati, il tutto identificato attraverso un piano di assistenza infermieristica personalizzato.

Formalmente riconosciuta dall'art. 69 del D.P.R. 384/90, viene considerata giuridicamente come atto pubblico in quanto compilata da un incaricato di pubblico servizio e va archiviata come parte integrante della cartella clinica.

Dopo diversi anni in cui si è assistito a un'assistenza improntata sulle cosiddette "consegne infermieristiche", gli anni 90 hanno visto una proliferazione esponenziale di "cartelle infermieristiche" delle più disparate tipologie.

Inizialmente le varie tipologie di cartelle infermieristiche, ponevano la loro attenzione alla raccolta di dati, utilizzando parecchie scale di valutazioni, ma tutte trascuravano e di conseguenza vanificavano il loro scopo principale ovvero il piano assistenziale.

Oggi invece i vari modelli adottati nelle diverse realtà ospedaliere, rappresentano un valido strumento che risponde ai criteri di efficienza ed efficacia richieste dalle aziende.

Chiaramente l'istituzione di una cartella infermieristica aziendale è di difficile realizzazione, basti pensare che un reparto di chirurgia ha delle esigenze documentali diverse da quelle in area medica.

Sulla scorta di queste difficoltà, ogni azienda dovrebbe eleggere un comitato di verifica con il compito di analizzare la modulistica in uso, valutandone le eventuali non conformità e/o carenze.

Scegliere un modello teorico di riferimento non è facile per le difficoltà sopra enunciate, ma è un percorso irrinunciabile per la formulazione corretta dei contenuti indispensabile alla definizione di un valido piano di assistenza.

Cari colleghi va ricordato a tal proposito che l'istituzione di un modello aziendale di cartella infermieristica non deve essere imposto, ma va condiviso ancor prima di essere accettato.

La documentazione infermieristica necessaria per comprendere al meglio i bisogni assistenziali della persona può includere schede cartacee o computerizzate.

Affinché si percepisca meglio il decorso legislativo della cartella infermieristica mi sembra ottimale rifarmi al Box 2 del notiziario professionale l'Infermiere n° 1/2009 il quale enunciava:

DPR 225/74 : "registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio....."

DPR 384/90 : "attuazione di un modello di assistenza infermieristica attraverso l'adozione di una cartella di assistenza infermieristica....."

Dm 739/94 : "l'infermiere partecipa alla identificazione e pianificazione dei bisogni della persona attra-

verso l'intervento assistenziale....."

DPR 37/97 : "predisposizione di linee guide che indicano il processo assistenziale per la gestione delle evenienze cliniche più frequenti....."

DM 24-07-1996: "Standard formativo pratico e di tirocinio dove lo studente di terzo anno deve essere in grado di pianificare, fornire e valutare l'assistenza infermieristica rivolta a persona sane e malate....."

Codice Deontologico 1999 : "L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi....."

Legge 42/99 : "definizione dei campi propri di attività e responsabilità delle professioni sanitarie....."

Legge 251/2000 : "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area di scienze infermieristiche svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza....."

Codice Deontologico 2009 : "L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita...".

Analizzata l'evoluzione legislativa sarebbe ottimale considerare, ancor prima della cartella infermieristica, la comunicazione organizzativa.

La comunicazione organizzativa si pone come un sistema di processi, creazione, scambio e condivisione di messaggi e si pone come uno strumento fondamentale per incidere sull'aspetto operativo e identificativo dell'organizzazione.

La comunicazione è un processo attraverso il quale si crea un sistema di reti di collegamento per lo scambio di messaggi-informazioni di qualsiasi natura.

Le organizzazioni del terzo millennio devono necessariamente interagire in un contesto sociale ed economico in continua trasformazione che comporta inevitabilmente l'esigenza che la comunicazione contribuisca in tempo reale alla condivisione delle conoscenze, alla individuazione e soluzione dei problemi,

L'obiettivo primario è quello di stimolare nuovi modelli, facilitando il processo di problem solving e favorendo la creazione di gruppi di lavoro che traggano profitto dalla eterogeneità dei loro componenti.

Sembrerà strano ma nelle aziende dove lavoriamo, ancor oggi, spesso si assiste ad un utilizzo della cartella infermieristica legata alla buona volontà del singolo operatore professionale.

Da un confronto nato tra gli autori di quest'articolo, si rileva che all'azienda Garibaldi, precisamente nel P.O. Garibaldi di Nesima, si è attivato un gruppo di lavoro già l'anno scorso con l'obiettivo di formulare un modello unico di cartella infermieristica da adottare in tutta l'azienda.

Le difficoltà iniziali non sono state irrilevanti, basti pensare che solo per la scelta di un modello teorico di riferimento si impiegarono parecchie settimane.

Prima ancora di attivarsi come gruppo di lavoro, è stata analizzata la modulistica già in uso, valutandone le eventuali non conformità e/o carenze strutturali, con lo



scopo di avere non solo l'idea della situazione documentale, ma anche una sintesi delle aspettative e dei suggerimenti forniti dai colleghi.

Da quest'analisi è scaturito un quadro eterogeneo di utilizzo di documentazione infermieristica, che va dal non utilizzo in molte UU.OO. alla formulazione di una cartella infermieristica computerizzata (U.T.I.N).

Nella progettazione di una cartella infermieristica unica aziendale sia essa cartacea o informatica è prevista la suddivisione in due macro-aree; la prima è una base/nucleo comune contenente:

- Dati anagrafici
- Anamnesi infermieristica
- Piano di Assistenza
- Diario infermieristico

La seconda comprende :

- Schede di registrazione delle prescrizioni mediche
- Schede di registrazione della terapia in corso
- Schede di registrazione dei parametri vitali

Altre possibili schede allegate dovranno essere progettate sulla base dello specifico contesto operativo.

Il modello unico di cartella infermieristica che sarà presto adottato nell'Azienda Garibaldi (inizialmente in fase sperimentale nel P.O. di Nesima) è stato formulato tenendo in considerazione il contesto lavorativo dove sarà integrato.

A tal fine si è formulato un modello che contenesse nella prima macroarea quante più informazioni indispensabili alla pianificazione assistenziale, che fosse di facile compilazione e quanto più possibile schematico; il tutto propedeutico dopo una fase di attuazione e valutazione, alla istituzione e utilizzazione di un modello informatico.

Molti pensano che sia un progetto ambizioso, ma

grazie alla sinergia dei diversi componenti e al valido contributo di ognuno di noi è possibile tale realizzazione.

Al fine di promuovere tale iniziativa si sono organizzati, in collaborazione con la Direzione Sanitaria e l'Ufficio Formazione, una serie di giornate finalizzate alla formazione di tutto il personale infermieristico dell'azienda.

Nella formulazione di un modello unico di cartella infermieristica nell'azienda precitata, specie della seconda macroarea, si è deciso di utilizzare le schede infermieristiche basate su un sistema denominato Hinz Doku 2000 di origine austriaca (già in uso nel reparto di intramoenia e prodotte dalla coordinatrice Carmen Inturri), composte di quattro fogli, di cui due ripiegati su se stessi e riuniti insieme da una cartella di plastica che ne permette il trasporto, il tutto riunito in un particolare raccoglitore che permette la visualizzazione in tempo reale di tutti i dati relativi ai pazienti ricoverati presso UU.OO.

Per lo stesso motivo, facile visualizzazione, all'azienda Cannizzaro, in molte unità operative si utilizza una cartella infermieristica ritagliata a mo di rubrica e per dovere di cronaca, va detto che ogni cartella è personalizzata in base al reparto in cui viene utilizzata, forse per miscredenza nella cartella infermieristica unica.

L'esperienza insegna ed in virtù della stessa vale il principio che "ogni cambiamento crea turbamento", ma, considerate le norme sopracitate, costatato che un progetto se condiviso e armonicamente sviluppato, superate le difficoltà iniziali, diventa uno strumento di lavoro indispensabile nell'erogazione assistenziale, l'invito da trasmettere ai colleghi: abbandoniamo definitivamente l'arretratezza del quaderno delle consegne ed adottiamo un modello di cartella infermieristica, non importa se unico o personalizzato, purché sia condiviso, quale obiettivo che persegue la finalità di dare risposte appropriate e pertinenti alle esigenze di cura e ai bisogni assistenziali.

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE CHIRURGICO DALLA TRADIZIONE ALL'APPROCCIO INTERDISCIPLINARE

di Michele Di Maria



L'assistenza peri-operatoria prestata al paziente chirurgico è un elemento di grandissima importanza per il successo dell'atto terapeutico, sia che lo si misuri in termini di sopravvivenza, di incidenza di complicanze, di qualità di vita o in termini economico-sociali (rapidità del recupero del ruolo sociale, minore costo della malattia, minore invalidità permanente postoperatoria).

Non basta che sia eseguito un intervento chirurgico tecnicamente perfetto, anche se questo è un requisito indispensabile e costituisce il momento centrale della terapia; è sempre più evidente che il trattamento pre e post operatorio hanno grande influenza sui risultati complessivi della terapia, tanto a breve come a lunga scadenza. Il paziente spesso percepisce con maggiore evidenza il risultato dell'intero iter piuttosto che il risultato dell'atto operatorio: non è raro che il paziente non valuti a pieno l'entità dello sforzo terapeutico e la bontà del risultato ottenuto qualora la sua percezione della qualità di vita nel peri-operatorio sia stata negativa per complicanze, difficoltà di relazione, limitazioni funzionali o deficit psicofisici; l'impatto di tutti questi fattori potrebbe essere modificato da un'assistenza più attenta e per certi versi più moderna.

Prendere in esame criticamente l'assistenza peri-operatoria significa dunque osservare nel suo complesso la situazione del paziente bisognoso di un trattamento chirurgico, ovvero descrivere l'iter di cura, che percorrerà mentre si cercherà di fare diagnosi e di curare fino alla risoluzione completa (o non completa) il suo disturbo.

Questo approccio consente di trovare sempre nuovi spunti di riflessione e di chiedersi soprattutto il "perché" di ciò che si sta facendo, inteso come motivazione scientifica e come corretto orientamento al fine per cui si agisce.

L'approccio "evidence-based" alle scienze della salute è in questo momento, piuttosto popolare e gravido di frutti interessanti sul piano teorico ed applicativo; la "chirurgia" è d'altro canto un campo particolare della "medicina", in cui la tradizione e un certo modo di agire nella clinica sono derivate dal concetto di "attività artigianale" frutto del fatto che gli atti clinici sono appunto "chirurgici", ovvero "fatti con le mani".

L'esperienza ha sempre avuto molta importanza nella prassi chirurgica e tuttora la condiziona anche fronteggiando le "evidenze" scientifiche con un'autorità che è difficile a volte scuotere.



Applicando un approccio "globale" alla situazione del paziente chirurgico vengono chiamate in causa molte figure professionali e anche elementi estranei apparentemente, di cui invece si evidenzia l'influenza sul decorso del paziente.

È chiaro che le due figure in primo piano, accanto al paziente, che è il "protagonista" assoluto, sono l'infermiere e il chirurgo.

In un piano appena più defilato si pongono altri professionisti, come il dietista e il fisioterapista; con un ruolo sulle prime meno evidente ma di fatto importante, collochiamo un pool di persone come assistenti sociali, medici di famiglia, operatori di assistenza domiciliare, ecc;

Più vicini al paziente, in quanto parte dell'ambiente ospedaliero, ma con un compito da non sottovalutare, tutti coloro che si occupano dell'aspetto alberghiero della degenza: da essi dipende non solo il comfort ma anche l'igiene ambientale.

A complicare la situazione interviene il problema della scarsa conoscenza o dell'enorme complessità di alcuni processi fisiopatologici molto importanti in ambito chirurgico: non è sempre così evidente o così spiegabile il comparire di una complicanza o l'evolversi di uno stato patologico, ed ecco che l'esperienza personale acquista peso, con una serie di diagnosi empiriche o di terapie (efficaci ma altrettanto empiriche) che se consentono di risolvere il problema clinico, suscitano la curiosità di scoprire i meccanismi ad esse sottesi.

Infine la crescente complessità assistenziale e le continue innovazioni tecnologiche rendono necessaria non solo una gestione criticamente impostata, ma un approccio multidisciplinare al malato ed un efficace lavoro in equipe di tutto il personale deputato alla sua cura: occorre che si selezionino gli atti da compiere in base al criterio dell'efficacia e del corretto uso delle risorse disponibili. Ad esempio, le

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE CHIRURGICO DALLA TRADIZIONE ALL'APPROCCIO INTERDISCIPLINARE

tecniche utilizzate negli atti medici ed infermieristici compiuti sul paziente ed intorno al paziente devono essere non solo standardizzate ma ancor prima validate da un punto di vista scientifico, verificando la fondatezza delle motivazioni che inducono ad agire adottando una certa metodologia.

Questa mentalità nella pratica medico-infermieristica non è ancora completamente acquisita ed esistono ancora molte procedure e attività che pur essendo saldamente ancorate alla pratica ed alla routine non sono mai state esaminate con criteri scientifici moderni.

L'attività infermieristica sul paziente è nel periodo peri-operatorio, notevole per numero e varietà di prestazioni e per il tempo che ad esse viene dedicato; per certi versi ha un peso maggiore rispetto agli atti compiuti da altri operatori (chirurghi, dietiste ed altre figure professionali).

Dunque, anche solo per la sua preponderanza, l'assistenza infermieristica deve necessariamente essere presa in considerazione quando si studiano fenomeni che si presentano nel periodo pre e post operatorio.

Due linee di riflessione possono essere intraprese: da un lato, si può riflettere su ciò che abitualmente si fa e/o si prescrive nel peri-operatorio di un intervento chirurgico, chiedendosi con quale fondamento e con quale fine si propone ed attua ogni manovra; d'altra parte si possono prendere in esame le complicanze più frequenti e chiedersi se è possibile modificarle, prevenirle, pronosticarle, mediante interventi semplici, compresi in quelli che routinariamente si eseguono.

E' sempre più evidente che occorre ridefinire il ruolo di alcune procedure "tradizionalmente" applicate, da sempre ritenute utili ma il cui fondamento scientifico appare quantomeno poco determinato. Sono ormai numerosi i report di esperienze cliniche in cui da un lato sono stati eliminati presidi di cui non era possibile "provare" scientificamente l'utilità e sono state modificate procedure di solida tradizione (sonde nasogastriche, digiuno pre-operatorio, drenaggi, tricotomia ecc.), mentre d'altro canto sono stati standardizzati gli interventi assistenziali sia medici che infermieristici, almeno quelli più frequentemente realizzati. In particolare, le complicanze post-operatorie continuano ad essere un problema di grande impatto sociale ed economico poiché determinano un aumento dei giorni di degenza, dei costi, del carico assistenziale e cosa tutt'altro che priva di importanza provocano gravi disagi al paziente.

Lo studio delle possibili relazioni tra l'assistenza infermieristica e le complicanze post-chirurgiche è perciò un argomento interessante.

La revisione della letteratura recente consente di identificare quali sono le complicanze post-operatorie più frequenti e i fattori di rischio per la loro insorgenza; parallelamente sono stati individuati alcuni interventi assistenziali la cui attuazione potrebbe teoricamente avere un determinato impatto sull'insorgenza di determinate complicanze post-operatorie.

Si è cercato di verificare se le procedure prescelte siano supportate da motivazioni scientifiche sufficienti, se la loro efficacia sia provata e se l'impatto sulle complicanze post-operatorie sia reale, positivo o negativo, misurabile o no; da qui si è cercato di stabilire se esista o meno un'indicazione alla loro esecuzione e la tecnica specifica di attuazione.

L'obiettivo primario di questi studi è per lo più la riduzione dei tempi di degenza e di convalescenza post-operatoria; contemporaneamente però si sta ottenendo l'effetto

di riesaminare in modo critico il comportamento assistenziale routinario.

Nel corso dei prossimi anni probabilmente l'assistenza peri-operatoria si modificherà ancora e alcune procedure infermieristiche entreranno nella pratica assistenziale come elementi indispensabili mentre verranno definitivamente eliminati alcuni procedimenti di grande tradizione ma di scarsa o nessuna efficacia, insieme a procedure che secondo i più recenti studi sono addirittura dannose per la salute del paziente.

E' chiaro che le università sono per vocazione le sedi in cui questa "rivoluzione" dell'assistenza peri-operatoria dovrà avvenire, sotto l'egida della ricerca clinica nel campo del Nursing e della Fisiopatologia chirurgica, che sono i due settori principalmente chiamati in causa.

Molto più difficile ipotizzare i tempi di diffusione di queste impostazioni innovative: come sempre il processo sarà lento e troverà ostacolo soprattutto nella naturale inerzia con cui si mantengono abitudini di vecchia data, rassicuranti perché ampiamente collaudate.

Penso, che non possano solo essere economici o manageriali i motivi che spingeranno ad una radicale revisione dell'atteggiamento peri-operatorio, come sottolineato da Kehlet, che di queste innovazioni è senza dubbio l'antesignano, sarà innanzitutto il paziente il beneficiario di questa condotta: recentemente egli stesso ha proposto di modificare la definizione che era in uso "short day" in "accelerated postoperative recovery", termine che riporta l'attenzione sul paziente e sui vantaggi che innanzitutto per lui derivano.

Un aspetto importante, antico ma tornato di attualità, potrebbe essere riassunto dalla frase "primum non nocere": alcune delle abitudini inveterate nell'ambiente chirurgico si vanno dimostrando pericolose per la salute del paziente o quantomeno foriere di rischi.

Provare scientificamente che l'utilizzo di alcuni strumenti deve essere selettivo, quindi più limitato o in certe situazioni più esteso, e che alcune procedure non devono essere eseguite, consente già da oggi di sfronare l'attività infermieristica di una serie di atti che quantomeno consumano tempo a fronte di una utilità bassa o nulla.

L'analisi dell'assistenza a partire da principi "evidence based" mette in luce che ci sono atti assistenziali di cui generalmente si sottovaluta l'importanza o che vengono attuati e correttamente interpretati solo in ambienti o in situazioni particolari, quali l'area critica.

Si tratta perciò di ripensare l'assistenza peri-operatoria in toto, tenendo presente che per alcune procedure eliminate, altre saranno valorizzate o introdotte ex novo, polarizzando l'attenzione su aspetti diversi: probabilmente la gestione "tecnica" di cateteri e sonde si ridurrà sempre più, grazie a procedure standardizzate che tra l'altro garantiranno la qualità a favore degli aspetti fisiopatologici rilevabili mediante il controllo di segni, sintomi e parametri fisici, che devono trovare maggiore attenzione non tanto come "segni", ma bensì come "dati da interpretare", compito insostituibile dell'infermiere professionista. Ciò costituisce la salvaguardia di quella impostazione umanistica, che ispira il rapporto umano nella situazione di cura.

La prima risorsa preziosa e insostituibile, è infatti il rapporto umano tra personale deputato alla cura ed all'assistenza (infermieri, medici ed altre figure professionali) ed il paziente, studi dimostrano l'aumento della compliance del paziente alle cure in relazione all'instaurarsi di un rapporto terapeutico efficace.

“Nel passato, il perché del presente e la strada per il futuro: l’Infermiere ieri, oggi, domani”

di Michaela Donzuso

Con questo scritto vorrei ripercorrere il cammino attraverso il quale il nursing italiano si è affermato come professione, conscia che il processo di professionalizzazione dell’infermiere è un traguardo dalle radici non molto lontane, risultato di un lungo e tenace lavoro per l’affermazione da parte di chi ha sempre sostenuto i presupposti ideologici e le motivazioni etiche.

Rivisitare tale trascorso vuol dire porre le basi culturali del futuro attraverso al valorizzazione del vissuto. L’intento è quello di riproporre un trascorso dall’impronta chiaramente storica, rompendone la monotonia attraverso una narrazione vista come unità comunicativa, luogo di rappresentazione, artefatti e distorsioni, volti ad evidenziare come per anni, luoghi comuni e pregiudizi, abbiano fornito la percezione di un’immagine dell’infermiere del tutto infondata, ai limiti dell’inverosimile. Parte di questo elaborato, lascerà trasparire che tali pregiudizi trovano una loro ragion d’essere non nell’eccezionalità dell’agire professionale per come esso oggi è concepito, quanto nel marcato ostruzionismo con cui l’intero corpus infermieristico ha dovuto scontrarsi per riuscire a conquistare l’autonomia e la propria identità professionale.

Essere infermiere oggi vuol dire essere individuo libero da ogni forma di dominanza ideologica, culturale e sociale, vuol dire essere un professionista preparato e dotato di competenze specifiche, in grado di effettuare consapevolmente scelte per il bene dell’assistito, vuol dire avere coscienza di chi egli sia e da dove provenga, vuol dire render giustizia a degli ideali in cui si è creduto e ancora adesso si crede ribadendo l’orgoglio dell’essere infermieri.

Esaminando il quadro italiano di fine ottocento, si ha davanti quello di una nazione povera e culturalmente arretrata, in cui da subito si rende palese l’esistenza di una questione sanitaria cui dover far fronte. Gli ospedali conservano ancora la vecchia e fatiscente struttura settecentesca, sono indecorosi dal punto di vista strutturale e fisiognomicamente arretrati sotto il profilo organizzativo. L’assistenza infermieristica, affidata a personale femminile e subalterno, o a personale consacrato, è scadente, e già dalla prima dell’ottocento si assiste ad un approfondimento nella dicotomia tra l’assistenza erogata dal

personale laico, e quella fornita dal personale religioso. Nel settecento, il crollo di vocazione di quest’ultimo nei conventi, aveva determinato l’ingresso di personale laico di bassissima estrazione sociale che impropriamente si definiva infermieristico. Assieme alla mutata concezione della malattia, vista come invasione del corpo da parte di entità estranee (microrganismi), soggetta al puzzo, allo sporco, al contagio, inizia a consolidarsi l’idea che solo coloro i quali la società colloca ai propri margini possano occuparsene (suore, mondane, infermiere). Solo agli inizi del novecento, concordemente alle mutate esigenze assistenziali, si avverte la necessità della presenza di nuove personalità laiche adeguatamente preparate dal punto di vista professionale, un esempio per tutti Doroty Snell, un’infermiera inglese che, coadiuvata da una decina di



infermiere britanniche formatesi sulla base dei modelli tramandati da Florence Nightingale, dirige nel 1908 la scuola-convitto “Regina Elena” presso il Policlinico Umberto I di Roma. L’obiettivo della Snell è quello di creare un luogo dove si possa riprodurre il modello inglese di assistenza e formazione, aperta a signorine del ceto medio ed elevato, con l’istituzione di una figura di infermiera dirigente dai poteri ampi quanto quelli della matròn inglese. Tale soluzione però, si

scontra con un ordinamento ben consolidato, all’interno del quale non è prevista alcuna ingerenza da parte di personale diverso da quello medico.

Assieme alla scuola “Regina Elena”, altre strutture conformi sorgono a Trieste e a Milano. Ciascuna si riserva il diritto di formulare le proprie richieste in merito ai requisiti previsti per le candidate, senza che si presti attenzione all’omogeneità nell’ambito di ogni istituto per quel che concerne la cultura preliminarmente necessaria per intraprendere il percorso di infermiera. Ciò determinerà negli anni un’evidente disparità nella preparazione ottenuta da candidate provenienti da scuole differenti. Gli anni in cui in Italia vige il regime fascista sono quelli in cui, a seguito di un’ampia campagna restrittiva nei confronti della donna, si apportano modifiche anche nel campo dell’istruzione. Il 15 agosto 1925, viene emanato R.D. n°1832, con cui si dispone l’apertura di scuole-convitto professio-

“Nel passato, il perché del presente e la strada per il futuro: l’Infermiere ieri, oggi, domani”

nali per infermiere. Esso si configura quale espressione dei suggerimenti emanati dalla commissione Bertolini in tema di preparazione universitaria per gli aspiranti infermieri, giudicata non idonea per l’acquisizione di pratiche semplici ma necessarie che invece una scuola professionale garantirebbe. Il R.D. si propone di mutare, insieme con lo spirito, l’efficienza morale e tecnica dell’assistenza infermieristica, in base ai principi che la stessa assistenza, è compito proprio della donna e deve essere sostanzialmente professionale. La figura della donna italiana e fascista tanto decantata, cela in realtà quella un pò meno fascinosa di moglie fedele e madre premurosa sottomessa all’uomo, da cui scaturì il consolidamento dell’idea che la professione d’infermiera avesse una connotazione esclusivamente femminile, contrassegnata da un rapporto di totale dipendenza rispetto al medico, di cui decenni di storia documentano. Nel 1952 Anna Platter, presidente della Cnaipasv intervenendo al III Congresso indetto dalla consociazione, rende delle dichiarazioni che appaiono quasi un’anticipazione di ciò che due anni dopo si sarebbe verificato. Il 29 ottobre 1954, con la legge n°1049 vengono istituiti i Collegi, con il relativo albo professionale, e nel 1956, viene eletto il primo comitato centrale IPASVI. Nel 1965, la ricerca di emancipazione culturale e di percorsi di carriera più avanzati si traduce nell’istituzione a Roma della prima scuola universitaria per dirigenti dell’assistenza infermieristica, anche se si dovrà attendere fino agli anni 90 per acquisire la consapevolezza dell’esistenza di una propria identità professionale. Questa sarà formalmente definita grazie all’emanazione del decreto ministeriale sul profilo professionale dell’infermiere, alla stesura del Codice Deontologico, ed alla trasformazione dell’infermieristica in professione sanitaria con l’abolizione di un mansionario che per anni aveva imprigionato tutti in un limbo invalicabile.

Fra le novità intervenute durante questo nuovo millennio, vorrei puntare l’attenzione all’istituzione della laurea triennale, perché con essa si è aperta la possibilità dell’iscrizione a successivi corsi di perfezionamento universitario, ai master alla laurea specialistica, al dottorato di ricerca, ad un cammino di gratificazioni e riconoscimenti sulla cui legittimità non vi è alcun dubbio, poiché essi incarnano gli sforzi di chi in passato si è battuto per conseguirli.

La stesura di questa tesi ha comportato per me il confronto con un vissuto che in quanto tale, è parte di una storia. Questa non narra imprese valorose, ma la quotidianità di chi, lottando per ribadire l’autonomia decisionale, l’assistenza l’ha praticata sul campo, mettendo in atto i principi della professione come la relazione d’aiuto e lo star vicino. E dato che questi rappresentano due degli elementi costantemente presenti in secoli di storia dell’assistenza, mi piacerebbe concludere questo viaggio a ritroso con una riflessione a carattere personale, volta a sottolineare lo sforzo dei tanti che in passato, hanno permesso a chi come me vive il presente, la possibilità di credere in una realtà professionale nuova, di cui occorre preservare il prestigio operando con criterio e competenza.

Per far questo è necessario l’impegno dell’intero corpus infermieristico, perché come sottolineano i nostri rappresentanti “nella nostra professione non ci sono giganti che reggono sulle spalle le nuove generazioni per rendere più ampio il loro orizzonte, ma persone che, nel naturale avvicendamento temporale e professionale, si tengono per mano senza mai interrompere la catena”.



Nello scenario sanitario è ormai forte la presenza di utenza immigrata che impone una riflessione e un ripensamento circa le modalità di erogazione dell'assistenza. Indipendentemente dalle risposte umane all'impatto di eventi patologici, per una reale presa in carico dell'utente bisogna prestare attenzione alle problematiche direttamente correlate alla appartenenza ad una cultura diversa da quella alla base delle istituzioni o strutture ospitanti. Gli operatori dovrebbero quindi rendere “capaci” le persone immigrate di fornire adeguate risposte di mediazione-adattamento ai nuovi modelli di benessere-salute-malattia presenti nel nuovo contesto di migrazione. Il corso si propone di favorire e potenziare l'interazione delle persone immigrate con i servizi socio-sanitari e gli operatori e rimuovere gli ostacoli all'accesso dei servizi sanitari, tenendo in conto le differenze culturali di provenienza delle diverse persone. Oggi più che in passato la realtà delle molteplici appartenenze e della multiculturalità è diventata il problema centrale con cui dobbiamo confrontarci per trovare risposte adeguate. Partendo dal dato di fatto dell'importanza emergente dell'immigrazione, del significato e del valore che il fenomeno ha per il paese di accoglienza, occorre tendere a far nascere nell'immigrato un sentimento di appartenenza alla nuova società in cui si inserisce, senza che ciò significhi la rottura dei legami culturali con il paese di provenienza. Una delle necessità fondamentali

è parlare con lui, farlo entrare nel nuovo mondo, e soprattutto ascoltare lui, la sua storia, il suo vissuto.

Obiettivo del Corso: alla fine del corso i partecipanti saranno in grado di: sviluppare modelli di promozione dell'accesso ai servizi socio-sanitari delle popolazioni immigrate e di promuovere attività di informazione e orientamento fornendo un supporto per la creazione di servizi informativi socio-sanitari transculturali. Garantire il diritto alla salute fornendo un'accoglienza ed un'assistenza personalizzata secondo quanto previsto dallo specifico professionale dell'infermiere e dal codice deontologico, che fanno dell'infermiere un professionista. Garantire una relazione efficace, nonché erogare un'assistenza generale ma personalizzata, concentrandosi nella prima fase del rapporto operatore-utente straniero, ovvero quella dell'accoglienza nella struttura sanitaria, in cui si delineano i rispettivi ruoli

Destinatari: l'evento è rivolto agli infermieri e la durata del corso è di due giornate. L'apprendimento dei partecipanti sarà valutato attraverso un questionario a risposte multiple. La quota individuale di partecipazione è di Euro 20,00 per gli iscritti al Collegio di Catania e di Euro 35.00 per gli iscritti ad altri collegi.

programma

I GIORNATA

ORE 08.00 Registrazione dei partecipanti.
ORE 08.15 Apertura dei lavori. Saluto delle autorità.

Moderatori: **Giuseppe Donzuso** – Presidente Collegio IPASVI Catania
Gabriele Messina – Direttivo Collegio IPASVI Catania

I Sessione

LA SOCIETA' MULTICULTURALE

ORE 08.30 Il fenomeno dell'emigrazione in Italia: da popolo emigrante a territorio immigrato - **Dott. Carmelo Coco** - Coordinatore Comunità alloggio per minori **Acireale (CT)**
ORE 09.30 La diversità: pregiudizi, stereotipi e discriminazioni. Da emarginazione a valore - **Dott.ssa Cristina M. Loredana** Ass. Sociale U.O. Malattie Infettive ARNAS “Garibaldi” - **Catania**
ORE 10.30 *Coffee Break.*

II Sessione

PROBLEMATICHE CULTURALI SOCIALI E ASSISTENZIALI

ORE 10.45 Diversità culturali e problematiche sociali - **Dott. Sergio Fiscaro** Dir. Sociologo U.O. Formazione e Aggiornamento professionale APS - **Catania**
ORE 11.45 Comunicazione ed integrazione sociale: l'assistenza sanitaria e la mediazione transculturale - **Dott. Marcello Pezzino** Coordinatore Infermieristico U.O. Cardiologia Az. Ospedaliera “Policlinico - OVE” **Catania**
ORE 12.45 Confronto/dibattito: l'esperto risponde
ORE 13.45 *Pausa pranzo.*

III Sessione

DIRITTI UMANI E LEGALITA'

ORE 15.00 “Diritti Universali e Leggi Nazionali – Principi per una convivenza civile” - **Dott.ssa Maria Salvatrice Crisci** - Ass. Sociale U.O. Malattie Infettive ARNAS “Garibaldi” **Catania**
ORE 16.00 L'identità dei migranti tra clandestinità e regolarità - **Dott.ssa Angela Fabiano** Dirigente Psicologo U.O. Direzione Sanitaria Nesima ARNAS “Garibaldi” **Catania**

IV Sessione

ASSISTENZA INFERMIERISTICA E CODICE DEONTOLOGICO

ORE 17.00 Il nuovo codice deontologico e il paziente culturalmente diverso **Dott. Angelo Gambera** - Coordinatore Corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi di **Catania**
ORE 18.00 I servizi e l'informazione nel nostro territorio - **Dott. Maurizio D'Aleo** - Ass. Sociale Ufficio Immigrazione Azienda Ospedaliera “Policlinico - OVE” **Catania**
ORE 19.00 Confronto/Dibattito: l'esperto risponde.
ORE 20.00 Chiusura dei lavori 1° giornata.

II GIORNATA

ORE 08.15 Apertura dei lavori.
Moderatori: **Giuseppe Donzuso** - Presidente Collegio IPASVI Catania
Gabriele Messina - Direttivo Collegio IPASVI Catania

I Sessione

L'ETNO ASSISTENZA

ORE 08.30 Immigrazione e salute - **Dott.ssa Eleonora Caltabiano** Dirigente Medico U.O. Malattie Infettive - ARNAS “Garibaldi” - **Catania**
ORE 09.30 Equità di accesso alle cure - **Dott. Antonino Messina** Coll. Prof. San. Esperto U.O. Malattie Infettive Azienda Ospedaliera “Cannizzaro” - **Catania**
ORE 10.30 *Coffee Break*
ORE 11.00 Il prendersi cura: una relazione d'aiuto senza confini - **Dott.ssa Venera Cantarella** Coll. Prof. San. Esperto U.O. Malattie Infettive ARNAS “Garibaldi” - **Catania**
ORE 12.00 Confronto/Dibattito: l'esperto risponde.
ORE 13.00 *Pausa pranzo.*

II Sessione

TERRITORIO E OSPEDALE RUOLO INFERMIERISTICO

ORE 15.00 Madeleine Leininger: la teoria del sole nascente - **Dott.ssa Concetta Barbagallo** Coll. Prof. San. Esperto S.I.A. ASP **Catania**
ORE 16.00 Il ruolo dell'infermiere tra territorio e ospedale - **Dott. DM Alfio Merennino** Responsabile S.I.A. ASP - **Catania**
ORE 17.00 Confronto/Dibattito: l'esperto risponde.
ORE 18.00 Questionario finale e verifica di gradimento.
ORE 19.00 *Chiusura dei lavori.*



COLLEGIO PROVINCIALE IP.AS.VI. CATANIA

Via Locatelli 13/D – 95123 Catania – tel. 095/360484 – fax. 095/363370

Corso di aggiornamento sul tema: Il Nursing e la “Culture Care”: La popolazione immigrata e i servizi socio sanitari 29/30 Ottobre 2010 Sala Congressi “**Le Ciminiere**” Catania

N.B.: ai fini dell’assegnazione dei crediti ECM, la compilazione dei campi segnati con (*) E’ OBBLIGATORIA

SCHEMA DI ISCRIZIONE (compilare a stampatello)

Cognome*	_____
Nome*	_____
Nato a *	_____ il *
Cod. Fisc.*	_____
Indirizzo *	_____
CAP* _____ Città * _____	Prov.* _____
Tel.* _____	Cell. _____
Ente presso cui presta servizio	_____
Reparto	_____

Desidero partecipare al corso in qualità di Infermiere e allego alla presente copia del versamento

ISCRITTO AL COLLEGIO IPASVI DI _____ POSIZIONE N° _____

MODALITA’ E QUOTA DI ISCRIZIONE:

L’iscrizione si effettua tramite **fax allo 095 363370** inviando scheda compilata nei campi obbligatori e copia della ricevuta di versamento. La quota di iscrizione è di € 20,00 per gli iscritti al Collegio di Catania è di € 35,00 per gli iscritti ad altri Collegi, può essere effettuata tramite versamento sul conto **corrente postale n° 16009953 e/o bonifico bancario IBAN IT 54 N 01020 16946 000300666379** beneficiario Collegio IPASVI Catania, via Locatelli 13/d - 95123 Catania -, specificando nella causale partecipazione corso d’aggiornamento del

Eventuale annullamento e/o mancata presenza al corso non comporta il rimborso della quota precedentemente versata.

Le domande di iscrizione verranno accolte fino ad esaurimento dei posti disponibili e si intenderanno accettate solo dopo l’assegnazione da parte dell’organizzatore del numero di iscrizione al Convegno.

Attenzione : non saranno prese in considerazione schede di iscrizione prive della copia del versamento

Ai sensi della Legge 675/96, autorizzo gli organizzatori ad utilizzare i miei dati personali per gli scopi connessi al Convegno.

NORME PER IL CONSEGUIMENTO DEI CREDITI ECM

Ai candidati verrà consegnato, durante la verifica dell’apprendimento, un questionario con delle domande con una soglia di superamento del 70%, pertanto agli stessi che non raggiungeranno questo minimo richiesto non verranno assegnati crediti ECM, ma solo l’attestato di frequenza. Solo ai partecipanti ad almeno il 90% delle ore del corso verrà riconosciuto il credito ECM.

DATA

FIRMA





Infermieri nel mondo



Spagna: riconosciuta prescrizione infermieristica.

di Michele Grasso

In Spagna, il 31 dicembre 2009 è stato pubblicato sul Bollettino Ufficiale Statale la legge 28/2009 che modifica la legge di garanzia ed uso razionale dei medicinali e dei prodotti sanitari e riconosce legalmente la prescrizione infermieristica.

La legge stabilisce che gli infermieri potranno autonomamente indicare, usare ed autorizzare i medicinali non soggetti a prescrizione medica ed i prodotti sanitari.

Il governo emanerà un decreto che regolerà i medicinali soggetti a prescrizione medica.

Questa nuova competenza professionale, che sarà sviluppata ed estesa a tutto il territorio statale, è stata voluta e rivendicata fortemente dagli infermieri spagnoli e dal loro sindacato, il SATSE che si ritiene soddisfatto per il primo passo verso la facoltà prescrittiva infermieristica, nonostante che la normativa attuale non accontenti pienamente le aspettative degli infermieri e per questo continuerà la sua battaglia, lavorando per conseguire una prescrizione di pieno diritto, così come ha fatto dal 2001.

La prescrizione, afferma il ruolo autonomo della professione e garantisce migliori servizi e migliore qualità assistenziale ai cittadini, **si tratta di una scelta di management sanitario che favorisce lo snellimento dell'offerta dei servizi, soprattutto per i soggetti delle classi meno abbienti.**

Basti pensare a quale trafila si debba seguire qualora, nella nostra realtà, venisse dimesso un anziano che avesse bisogno di assistenza infermieristica per la prevenzione e la cura delle lesioni da decubito: l'infermiere, che valuta le lesioni e considera l'opportunità del materasso anti decubito, consiglia al familiare di chiedere al medico curante la prescrizione della visita geriatrica per l'assegnazione del presidio, poi il familiare deve prenotare la visita geriatrica istituzionale, "come se l'infermiere, o il medico di base lavorassero per conto di un altro Servizio Sanitario Nazionale" e così saranno trascorsi almeno 15 giorni perché il geriatra prenda visione della richiesta, altri giorni per evadere la visita a domicilio, altri per l'autorizzazione del presidio, altri ancora per l'arrivo del presidio e intanto la fase di prevenzione si è conclusa aspettando che la burocrazia faccia il suo lungo corso ...

Recensione di "Essential Grammar Structures – Terminology and Situations for Medical Purposes" del Prof. Salvatore Sciarretta Edizioni S.p.e. Catania 2010

Edizioni S.p.e. Catania Via G. Simili, 36 - Gravina di Catania
Tel. 095 4190062 / 345 767743

Salvatore Sciarretta

Il libro "Essential Grammar Structures" condensa in poco più di 280 pagine l'esperienza più che quarantennale maturata sul campo dal Prof. Salvatore Sciarretta, instancabile divulgatore della lingua oggi più parlata al mondo.

Il testo ben strutturato consta di tre sezioni distinte. Nella prima parte vengono presentate come suggerisce lo stesso titolo le principali strutture morfo-sintattiche della lingua inglese, al termine delle quali troviamo un utile eserciziaro, strumento indispensabile per la verifica "step by step", dei progressi compiuti.

La seconda parte, che costituisce certamente il cuore, "bulk", del libro è dedicata al lessico ed al frasario tipici del linguaggio medico.

La terza ed ultima sezione contiene un piccolo glossario con i termini inglesi più ricorrenti.

Il tutto, alla fine, è corredato da un indice alfabetico di facile consultazione.

Il libro viene corredato da un CD audio, rigorosamente registrato da insegnanti madrelingua .

Il testo è assolutamente indicato per tutti gli operatori in campo medico-sanitario, qualunque sia la loro specializzazione, che vogliano da un lato rinfrescare , "brush up", le basi della lingua inglese e dall'altro, muoversi con più disinvoltura tra i meandri, spesso tortuosi, del linguaggio tecnico di loro competenza.



ESSENTIAL
GRAMMAR STRUCTURES
TERMINOLOGY AND SITUATIONS
FOR MEDICAL PURPOSES



Recensione a cura del Prof. Giancarlo Falzone,
docente di Lingua e Letteratura Inglese

Le CONVENZIONI con l'IPASVI di Catania

MYTHOS CENTRO DANZA

Scuola di danza "dal 1998"

A.S.D. di Danza



CORSI DI:

danza classica e moderna, hip hop, balli di gruppo, liscio, balli da sala e da competizione, latino americani, danze caraibiche.

**SOLO MAESTRI
"QUALIFICATI E CERTIFICATI"**

**DIREZIONE TECNICA ARTISTICA:
AGATA SCARVAGLIERI**

Maestra

D.A.I. - F.I.D. - A.N.M.B. - F.I.F.

Giudice di gara di balli di gruppo F.I.D.S.

**L'A.S. ed i maestri sono affiliati
e certificati:**

D.A.I. - Dance Art International

F.I.D. - Federazione Italiana Danza

A.N.M.B. - Associazione Nazionale
Maestri di Ballo

F.I.D.S. - Federazione Italiana Danza
Sportiva

Corsi preparatori ed esami di fine anno
F.I.D. e A.N.M.B. in sede

**Stage, gare, concorsi nazionali
F.I.D. - F.I.D.S. con i migliori
ballerini di danza classica,
moderna, liscio, latino americani
del settore.**

FEDERAZIONE ITALIANA DANZA
AVVISO rivolto ai titolari di scuole di danza,
ai direttori artistici, agli allievi, alle allieve ed
alle loro famiglie: **soltanto i professionisti,
abilitati dalla Federazione Italiana Danza
e dall'Accademia Nazionale di Danza,
possono qualificarsi Insegnanti di danza.**
Tutti gli altri operatori, anche se licenziati
in scienze motorie SONO INCOMPETENTI
E POTENZIALMETE PERICOLOSI.

CONSIGLIAMO A TUTTI, PRIMA DI
ISCRIVERSI A QUALUNQUE CORSO DI
DANZA, DI VERIFICARE PERSONALMENTE I
TITOLI PROFESSIONALI DEGLI INSEGNANTI.

WWW.FEDERAZIONENAZIONALELANZA.IT

Via Tagliamento, 35 - 95031 Adrano (CT)
Tel. 328 8624958 - E-mail: mythosdanza@email.it



IMPRIMATUR

Soluzioni in digitale

Laboratorio di stampa digitale

COMPLEMENTI D'ARREDO

PERSONALIZZATI

OGGETTI DA REGALO PERSONALIZZATI

Sconto del 10% agli iscritti dietro
esibizione del tesserino del collegio
IPASVI di Catania

Via Piave, 27 - 95129 Catania

tel. 095 539115

www.imprimaturdigitale.it

e-mail: info@imprimaturdigitale.it

L'ANGOLO DEL CORREDO

di Palermo Maria

via Cristoforo Colombo, 206

Biancavilla (CT) - Tel. 095 983656

APPLICHIAMO UNO SCONTO DAL
15% AL 20% SU TUTTI GLI ARTICOLI
DA NOI TRATTATI

LO SCONTO VERRA' APPLICATO A TUTTI
GLI ISCRITTI DIETRO ESIBIZIONE DEL
TESSERINO IPASVI DEL COLLEGIO DI
CATANIA

Aurora

ASSICURAZIONI
DOVE SENTIRSI SERENI

Grazie alla convenzione in atto con il

Collegio Provinciale I.P.A.S.V.I. di Catania

iscritti e loro familiari possono usufruire di condizioni di
particolare favore su TUTTI i seguenti servizi assicurativi ...

- PERSONA
- FAMIGLIA
- PROFESSIONE
- RISPARMIO
- INTEGRAZIONE PENSIONISTICA

Prova a chiedere un preventivo ...

... anche per l'assicurazione della Vs. **AUTO** e/o **MOTO**

Per i "già" Clienti ricordiamo:

- agevolazioni per la classe d'ingresso bonus/malus R.c.a. di 2^a autotomo ...
- possibilità di "pagamento rateale" dei premi di polizza ...

Per avvalersi della Convenzione occorre:

- dimostrare di essere iscritti al Collegio Provinciale I.P.A.S.V.I. di Catania
- recarsi "esclusivamente" presso l'Agenzia Generale "CATANIA NORD" di Catania in C.so Italia, 36

Aurora

ASSICURAZIONI
DOVE SENTIRSI SERENI

Agenzia Generale - CATANIA NORD -

Corso Italia, 36 - CATANIA

Tel. 095/536541 (tre linee) - Fax 095/536537

e-mail: 10642@bac.e.auroraassicurazioni.it

PER QUESTO SPAZIO CONTATTA IPASVI CATANIA 095 - 360484

LIBRERIA CARMELO BONACCORSO s.r.l.

95131 Catania - Via Etnea, 20/22
Tel. 095 321737 - Fax 095 325928

Ci preghiamo di proporre agli iscritti l'acquisto
di libri presso la nostra libreria alle particolari
condizioni descritte:

Libri vari (romanzi, saggistica, dizionari, etc.)
Sconto del 10% - pagamento in contanti -
(sconto 8% pagamento con carte di credito)

Libri scolastici

Sconto del 5% - pagamento in contanti -
(no pagamento con carte di credito)

**LO SCONTO VERRA' APPLICATO ALLA
CASSA PRESENTANDO IL TESSERINO
COMPROVANTE L'ISCRIZIONE AL
COLLEGIO DI CATANIA.**

Zen

Salus Per Aquam

**Estetica - Benessere - Solarium -
Trattamenti Viso/Corpo - Estetica Applicata**

**Sugli altri servizi verrà applicato lo sconto
FINO AL 18% sul prezzo di listino, estensibile
ai familiari.**

Via. P Mascagni, 83/87 - CATANIA (Italy)
+ 39 095 7477795

www.zenspacatania.it

mondial tenda

di R. Caniglia s.n.c.
Via M. Ventimiglia, 251/253
95129 Catania
Tel./Fax 095 536960
www.mondialtenda.ct.it
E-mail: info@mondialtenda.ct.it

**A TUTTI GLI ISCRITTI AL COLLEGIO
VERRA' APPLICATO, DIETRO
PRESENTAZIONE DEL TESSERINO DI
ISCRIZIONE, UNO SCONTO DEL 15%
SU TUTTI SEGUENTI PRODOTTI:**

**PERGOLATE IN LEGNO - TENDE DA SOLE -
COPERTURE SPECIALI IN POLICARBONATO
O PLEX GLASS - TENDE ALLA VENEZIANA
DA 50/25/35/15 MM - TENDE A BANDE
VERTICALI E PLISSETTATE - TENDE A RULLO
- PELLICOLE SOLARI - AVVOLGIBILI IN PVC
/ LEGNO / ALLUMINIO - PORTE A SOFFIETTO
IN PVC/LEGNO - TENDAGGI DA INTERNI -
CUSCINI - TOVAGLIE DA TAVOLA - CENTRI
E LAVORI PERSONALIZZATI**