

progetto INFERMIERE

ANNO 2013 • N. 1

Tariffa stampe periodiche in regime libero - Poste Italiane S.p.A

Spedizione in abbonamento postale 70% - DBC Genova

In caso di mancato recapito restituire a: Collegio IPASVI - Via SS. Giacomo e Filippo 19/7 - 4° piano - 16122 GENOVA



focus su

Borse di studio 2013

***La qualità in sanità:
percepita.... (o reale?...)***

Piano Formativo I° semestre 2013



Collegio di Genova
www.genova.ipasvi.it

Direttore Responsabile
Carmelo Gagliano

Vice Direttore
Marisa De Paoli

In Redazione
Gagliano Carmelo, De Paoli Marisa,
Tibaldi Laura, Vivaldi Ezio,
Biasotti Antonella Marina,
Canepa Maurizio, Chiesa Stefano,
Crepaldi Bruna, Del Papa Marcello,
Federico Luigi, Fiorenza Antonio,
Profumo Paola, Porcu M. Assunta,
Ruggiero Salvatore, Serpico Stella

Impaginazione e stampa
Ennegi s.a.s. - Genova

Redazione e Ufficio stampa
Via SS. Giacomo e Filippo 19/7
4° piano
16122 Genova
Tel. 010.590611
Fax 010.8442516
www.genova.ipasvi.it
e-mail: ipasvige@genova.ipasvi.it

**La riproduzione e la stampa,
anche parziale di articoli
e immagini del giornale, sono
formalmente vietate
senza la debita autorizzazione
dell'editore.**

Registrazione Tribunale di Genova
n. 42/91 del 3/12/1991

Hanno collaborato a questo numero:

M. Grazia Tagliafico, Maria De Lucia,
Franca Fiorentino, Ornella Uccellini,
Stella Palmieri, Sabina Porto,
Renzo Cuneo, Cinzia D'Antonio,
Lorenza Stella, Marco Deiana,
Raul Quinzi, Antonio Fiorenza,
Salvatore Ruggiero, Carmelo Gagliano.



IPASVI
Collegio di Genova

sommario

3 L'editoriale

**4 Strategie e procedure per la
prevenzione ed il controllo
delle malattie trasmissibili**

12 Notizie in breve

**17 Costruiamo insieme
il nostro futuro**

**18 Cartella Educativa: progetto di
sperimentazione nell'Unità di
Trapianto di Cellule Staminali
Emopoietiche dell'Istituto Pediatrico
G. Gaslini**

20 Borse di studio 2013

**21 La qualità in sanità:
percepita... (o reale...?)**

26 La vacanza che cura

28 Piano formativo I° semestre 2013



Annalisa Silvestro
Presidente della Federazione
Italiana degli Infermieri

L'editoriale

di Carmelo Gagliano

Cari Colleghi,

di primo acchito mi viene da augurare a Voi e alle vostre famiglie un buon 2013 ma subito dopo scrivendo sul nostro notiziario devo premettere che siamo tutti consapevoli che anche l'anno in corso non ci risparmierà sacrifici e disagi.

Ma con coraggio e determinazione occorre che ognuno di noi si impegni a cogliere ogni genere di opportunità che si determina nei momenti di crisi e di difficoltà. Non deve essere solo un mero esercizio di ottimismo ma la consapevolezza che i cambiamenti, le difficoltà, le sofferenze comunque conducono a opportunità di crescita e miglioramenti a volte insperati. E l'augurio che ci dobbiamo fare nei termini professionali è che il bene salute venga sempre garantito e tenuto in debita considerazione da tutti coloro che hanno responsabilità politiche e organizzative per adempiere all'impegno costituzionale che la nostra normativa impone.

Un pensiero importante e doveroso lo dedico per presentare la candidatura della nostra Presidente nazionale Annalisa Silvestro (box di fianco) al Senato della Repubblica. Si tratta di un importante riconoscimento che viene fatto alla nostra professione perché attraverso la scelta di Annalisa si valorizza implicitamente anche l'impegno di noi Infermieri a favore e accanto ai cittadini. La scelta non avviene per militanza politica ma certamente per il valore che nella rappresentanza della nostra professione Annalisa ha saputo trasmettere in modo appassionato. E' una grande occasione per avere una presenza "politica" di noi Infermieri là dove si operano scelte, si presentano proposte e si avviano cambiamenti importanti per il diritto alla salute.

Entrando nel dettaglio del nostro impegno futuro, troverete in questo numero del notiziario il **piano formativo** per il primo semestre; è un appuntamento importante che continua al fine di garantire opportunità di aggiornamento e acquisizione dei crediti ECM a tutti. A partire dal 01 gennaio 2014, saranno gli Ordini e i Collegi che rilasceranno apposita certificazione dei crediti ECM conseguiti dai propri iscritti al fine di comporre il proprio portfolio formativo.

Un altro appuntamento importante che vi preannunciamo è il consueto congresso del **Progetto Rete** che si terrà a Ottobre e sarà l'occasione per celebrare, ricordare e omaggiare l'importanza della donna nella nostra professione: un'occasione da non perdere!

Tra i vari progetti che stiamo elaborando in seno al Consiglio Direttivo ne spiccano due che sono pronti al nastro di partenza: l'ampliamento dell'orario di apertura al pubblico e il decentramento.

Sarà a partire dal 01 marzo che i nostri uffici di segreteria osserveranno un **orario di apertura al pubblico ampliato dal lunedì al venerdì dalle ore 10,00 alle ore 16,00** così da favorire tutti i colleghi che

vogliono approfittare dei servizi garantiti durante l'orario della pausa pranzo.

Inoltre vogliamo cominciare a **incontrare i colleghi nei posti di lavoro** e per questo abbiamo preso contatti con le direzioni aziendali per definire le modalità di una nostra presenza all'interno delle strutture sanitarie della provincia.

E in tal senso, con la finalità di favorire un sempre maggiore coinvolgimento reciproco nella comunicazione istituzionale ricordiamo a Voi tutti l'importanza di adottare la Posta Elettronica Certificata uno strumento semplice, gratuito e sicuro per mettere in comunicazione i professionisti e le Pubbliche Amministrazioni. I residenti del comune di Genova possono avere una casella gratuita che è utilizzabile anche come posta ordinaria e permette di scrivere come raccomandata RR a organismi, società e quant'altro non inseriti nell'elenco della PA (ad esempio se vuoi scrivere a fastweb per una disdetta la puoi utilizzare). Chi non lo avesse ancora fatto lo invitiamo a provvedere e a darci comunicazione della propria casella di posta.

Continua con successo e interesse da parte dei colleghi la disponibilità dello **Sportello di Ascolto** che oramai traguarda il quarto anno di servizio e continuerà anche la possibilità di partecipare liberamente a **sedute di Yoga** che due nostri colleghi formati in tal senso offrono ai sempre più numerosi colleghi che si affacciano a questa disciplina.

C'è bisogno di prestare sempre più attenzione anche alla gestione dei livelli di responsabilità professionale e in tal senso stiamo lavorando di concerto con l'Università di Genova per giungere all'ipotesi di realizzare un **Master in Infermieristica Legale e Forense** quale momento di crescita e gestione del profilo deontologico normativo delle proprie competenze e attività professionali.

Un ulteriore progetto è quello di implementare **la ricerca delle evidenze scientifiche** nell'assistenza infermieristica; a tal fine abbiamo dotato la nostra biblioteca di due computer che sono di libero accesso a tutti i colleghi e studenti che hanno necessità di effettuare ricerche bibliografiche, normative e quant'altro al fine di completare percorsi di studi, di ricerca o anche solo per un aggiornamento personale.

Voglio ora salutare Voi tutti ricordando una grande donna e una grande persona di scienza che ci ha lasciati pochi giorni fa: Rita Levi Montalcini. Il suo esempio di vita, la sua passione per la ricerca, i contributi scientifici che ci ha donato sono un invito a non mollare mai nella ricerca del sapere e nell'abnegazione del servizio verso il prossimo e quindi dedichiamo a tutti noi una sua celebre frase **"..non serve dare più giorni alla vita ma diamo più vita ad ogni giorno.."**

Un caro saluto

Ambulatorio di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontoiatria dell'Ente Ospedali Galliera

Strategie e procedure per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili

a cura di:

Dott. ssa M. Grazia Tagliafico - Coordin. Infirm. Centrale di Sterilizzazione

Maria De Lucia - OSS Centrale di Sterilizzazione

Franca Fiorentino - OSS Centrale di Sterilizzazione

Ornella Uccellini - OSS Centrale di Sterilizzazione

Stella Palmieri - Infermiera S.C. Odontostomatologia

Sabina Porto - Infermiera S.C. Odontostomatologia

Renzo Cuneo - Infermiere S.C. Chirurgia maxillo-facciale

Cinzia D'Antonio - Infermiera S.C. Chirurgia maxillo-facciale

Lorenza Stella - Infermiera S.C. Chirurgia maxillo-facciale

INTRODUZIONE

L'ambulatorio di chirurgia Maxillo Facciale, così come l'ambulatorio di Odontoiatria, deve essere considerato un ambiente lavorativo a rischio biologico.

I dati epidemiologici forniti dalle banche dati nazionali ed internazionali relativi alla diffusione di alcune patologie infettive (HBV, HCV e HIV) devono non solo far riflettere, ma convincere gli operatori sanitari che il controllo delle infezioni attraverso pratiche sicure, riveste un ruolo importante nell'attività clinica quotidiana.

A tal fine risulta indispensabile considerare ogni paziente come un soggetto potenziale portatore di patologia infettiva trasmissibile, che richiede da parte dell'operatore sanitario un livello di attenzione costante, l'adozione di norme igieniche preventive quali la disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici (DM) utilizzati, e l'utilizzo di mezzi barriera protettivi personali (DPI).

Gli outcome degli ambulatori odontoiatrici e maxillo facciali sono il risultato di procedure ed organizzazione del lavoro riconducibili a:

- allestimento dei D.M. necessari alla procedura sul paziente in appositi vassoi, e protezione degli stessi con teli monouso, in modo da evitare la contaminazione dello strumentario utile per i pazienti successivi, dovuta alla apertura in corso d'opera di cassette e/o armadi;
- protezione con pellicola protettiva delle parti del riunito esposte a possibile contaminazione: braccio di lavoro, faretra, maniglie della lampada e tastiere comandi, che al termine della seduta e prima di ospitare il nuovo paziente, sono rimosse al fine di consentire le operazioni di detersione e disinfezione;
- operazioni di detersione e disinfezione delle superfici del riunito, che vengono eseguite partendo dalle zone meno contaminate (es. faretra e lampada) fino ad arrivare a quelle più contaminate (gruppo idrico e tubi di aspirazione) con detergenti e disinfettanti di comprovata efficacia, secondo le indicazioni riportate nel prontuario degli antisettici e disinfettanti disponibile nelle pagine intranet aziendali.
- utilizzo ove possibile di D.M. monouso; per lo strumentario chirurgico poliuso si **prediligono dispositivi sterilizzabili ad alte temperature** (in autoclave a vapore saturo frazionato);
- sostituzione puntuale dei filtri aria al fine di garantire l'erogazione di aria decontaminata nel cavo orale del paziente;
- predisposizione di contenitori per lo smaltimento dei rifiuti potenzialmente infetti, compreso il contenitore per lo smaltimento degli

acuminati, taglienti e monouso in prossimità del riunito;

- **applicazione delle procedure di decontaminazione, pre-trattamento in vasca ad ultrasuoni e lavaggio automatizzato** dei dispositivi medici pluriuso che vengono sterilizzati secondo i protocolli e le istruzioni operative disponibili nelle pagine intranet aziendali.

La sterilizzazione dei DM si rivela dunque un argomento complesso per la normativa in materia, l'eterogeneità dei prodotti, la tipologia delle apparecchiature impiegate e, non ultimo, il livello delle conoscenze degli operatori dedicati.

La qualità del processo di sterilizzazione rappresenta infatti una delle armi più efficaci nella prevenzione di agenti causa di malattie infettive in ambito assistenziale. Per questo motivo è necessario che le diverse fasi del trattamento di DM da ritrattare siano effettuate in modo corretto e preciso.

La "sterilizzazione" deve essere intesa di conseguenza come il risultato finale di una serie di processi fisici e/o chimici collegati a metodologie standardizzate e definite, in grado di distruggere tutte le forme di microrganismi presenti e/o patogeni sia in forma vegetativa che sporale.

OBIETTIVI

L'obiettivo di questo documento è esplicitare i principi generali applicati e supportati scientificamente relativi al processo di sterilizzazione dei Dispositivi Medici, che sono adottati presso gli ambulatori di Odontostomatologie e Maxillo Facciale dell'Ente Ospedali Galliera.

Seppur datato di qualche anno rimane valido il concetto, già espresso da Spaulding, che le procedure di sterilizzazione o disinfezione debbano riguardare la criticità relativa al rischio infettivo dei presidi sanitari utilizzati; a tal fine per una migliore comprensione si riporta la **Classificazione secondo Spaulding** (1977) che suddivide tutti i dispositivi medici e ogni strumento utilizzato in assistenza, a scopo diagnostico o terapeutico, in tre categorie: **CRITICI – SEMI CRITICI – NON CRITICI** in base all'entità del rischio di infezione che la loro utilizzazione comporta.

Nello specifico:

1. ARTICOLI CRITICI: strumenti introdotti nel sangue o in aree del corpo normalmente sterili, che vengono a contatto con cute e mucose non integre o che fanno parte di un campo sterile: requisito richiesto **STERILITÀ**.

2. ARTICOLI SEMICRITICI: strumenti che vengono a contatto con mucose integre. Nella gran parte dei casi, una disinfezione di alto livello garantisce, con un ragionevole grado di sicurezza, che l'articolo è privo di microrganismi

DEFINIZIONI E GLOSSARIO

Tab. 1

TERMINI e/o ACRONIMI	DEFINIZIONI
Dispositivo Medico (DM)	Qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza usato da solo o in combinazione, compreso l'eventuale software informatico impiegato, destinato dal fabbricante ad essere utilizzato sull'uomo allo scopo di: • diagnosi, prevenzione, controllo, terapia di una malattia (o di una ferita); • diagnosi, controllo, terapia, attenuazione, compensazione di un handicap; • studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico; • intervento sul concepimento. "Destinato dal fabbricante" è una precisazione importante: la destinazione d'uso serve a valutare la pericolosità del dispositivo (esistono dispositivi il cui grado di rischio varia a seconda di come sono usati)
Bioburden	Carica batterica presente su un dispositivo medico prima di essere sottoposto a sterilizzazione.
D.P.I.	Dispositivo di protezione individuale: dispositivi destinati ad essere indossati e tenuti dall'operatore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi che potrebbero minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro. Rispondono a specifiche normative nazionali.
Precauzioni standard (PS)	Rappresentano la prima strategia per il controllo delle infezioni, sono destinate all'assistenza di tutti i pazienti indipendentemente dalla diagnosi o dallo stato di presunta infezione; il loro obiettivo è di ridurre il rischio di trasmissione dei microrganismi attraverso: 1. Igiene delle mani ed utilizzo di dispositivi di protezione individuale; 2. Smaltimento dei rifiuti, trattamento dei dispositivi e delle attrezzature riutilizzabili; manovre rianimatorie e trasporto dei campioni biologici 3. Gestione della biancheria ed effetti personali, sanificazione e sanitizzazione ambientale, collocazione del paziente, informazione sanitaria al paziente ed ai visitatori.
Disinfettante	Sostanza chimica che previene o arresta l'azione o la crescita di microrganismi patogeni (ad esclusione delle spore), utilizzata per gli oggetti (es.: apparecchiature, superfici, ecc.).
Detergente	Sostanza che modifica le forze di tensione superficiale tra sporco e superficie, favorendo l'asportazione dello sporco stesso. La deterzione consente di abbassare notevolmente la carica batterica presente su un substrato. Tale operazione viene potenziata dall'utilizzo di acqua calda.
Termosaldatrice	Apparecchiatura che permette la sigillatura dell'estremità delle buste in carta e film plastico utilizzate per il confezionamento dei DM tramite l'utilizzo del calore.

patogeni: requisito richiesto **STERILITÀ DESIDERABILE**.

3. ARTICOLI NON CRITICI: strumenti e oggetti che solitamente non vengono a contatto con il paziente o entrano a contatto solo con la sola cute integra.

Requisito richiesto **PULIZIA**.

I Dispositivi Medici (DM) rientrano nel campo di applicazione della **Direttiva 93/42/CEE**, emessa nel 1993 e recepita in Italia con Decreto Legislativo 24.02.97, n° 46.

La Direttiva stabilisce una suddivisione dei dispositivi in 4 classi a seconda della pericolosità del dispositivo stesso. Compito del fabbricante è individuare la classe di appartenenza del proprio prodotto con le regole di classificazione indicate nella direttiva.

Per i dispositivi di classe I non è richiesto l'intervento di un organismo notificato.

I costruttori di dispositivi di classe superiore alla I devono invece seguire una procedura di certificazione da parte di un Organismo Notificato.

ATTIVITA'

La sterilizzazione dei DM risulta efficace solo se vengono rispettate alcune fasi preliminari all'attuazione del processo (preparazione del materiale) e alcune condizioni di base delle procedure operative (modalità di impiego dell'apparecchiatura, confezionamento, etc.).

La garanzia della sterilizzazione dei DM non può prescindere pertanto dall'applicazione sequenziale delle fasi operative, riassunte in modo schematico nella tabella 2.

Ogni operatore sanitario coinvolto nelle fasi di sterilizzazione ha precise responsabilità sulla qualità del prodotto finale e di conseguenza sulla sicurezza propria e dell'utente.

possiede: capacità adeguata, griglia estraibile e compatibile con il termodisinfectore, possibilità di decontaminazione con i disinfettanti in uso.

2: decontaminazione

La decontaminazione viene effettuata mediante l'immersione dei DM in una soluzione disinfettante ad azione efficace contro il virus dell'HIV in osservanza al DM 28 settembre 1990, art.2, comma 2.

La decontaminazione, da intendersi come disinfezione, è uno degli adempimenti previsti anche dal Titolo X del D. Lgs 81/2008 e s.m.i, in quanto è una misura di sicurezza di tipo collettivo che viene eseguita prima del lavaggio mediante immersione, consentendo di mantenere l'umidità sulla superficie dello strumento e facilitandone la pulizia. I disinfettanti utilizzati per la decontaminazione dei DM sono compatibili con il materiale degli strumenti trattati nel rispetto delle procedure ed in osservanza del prontuario aziendale dei disinfettanti in uso.

Al fine di rendere efficace la procedura di decontaminazione i DM vengono smontati, aperti e rimossi eventuali tappi prima di essere immersi, assicurando in questo modo la pervietà delle strutture cave ed il contatto del disinfettante con tutta la superficie del dispositivo.

3: pre-trattamento in vasca ad ultrasuoni

Lo scopo del pre-trattamento ad ultrasuoni è quello di favorire la corretta pulizia delle superfici dei DM che vengono trattati successivamente con il lavaggio manuale o automatizzato.

Il trattamento ad ultrasuoni si basa su un principio fisico chiamato "cavitazione ultrasonora" che consiste nella formazione di cavità o bolle di gas o vapore, create da onde ultrasoniche che implodono all'interno di un liquido con conseguente rilascio di energia d'urto. Tale energia colpisce la superficie del dispositivo medico in-

A - PREPARAZIONE DEL MATERIALE

1: raccolta

- smaltimento di taglienti monouso, quali aghi e lame da bisturi negli appositi contenitori;
- rimozione di eventuali batterie dagli strumenti da trattare;
- trasporto dei DM in sicurezza tenendo presente: la quantità e la tipologia del materiale trattato, i percorsi da effettuare (dal riunito al locale di lavaggio), i mezzi disponibili per il lavaggio.

Il contenitore utilizzato per la raccolta dei DM contaminati

Tab.2

FASE	ATTIVITA'
A Preparazione del materiale	1 raccolta, 2 decontaminazione, 3 pre-trattamento ad ultrasuoni (ove necessario), 4 lavaggio manuale o automatico in termodisinfectore, 5 asciugatura, 6 controllo e manutenzione, 7 selezione in base alla metodica di sterilizzazione.
B Confezionamento	8 materiali e sistemi d'imballaggio: container, carta medica, buste in carta, buste e rotoli in accoppiato film plastico trasparente e carta medica, TNT, tyvek.
C Sterilizzazione	9 vapore saturo frazionato
D Conservazione e riutilizzo dei DM sterili	10 movimentazione dei DM, stoccaggio e tempi di conservazione dei DM sterili, 11 utilizzo del materiale sterile.
E Protezione dell'operatore	12 Corretta igiene delle mani e utilizzo dei DPI.

teragendo sia fisicamente che chimicamente. I risultati sono un fenomeno fisico di micro spazzolatura e un effetto detergente prodotto dalle sostanze chimiche presenti nel bagno ad ultrasuoni ad altissima frequenza.

Questo sistema è particolarmente efficace per la rimozione del materiale biologico dai DM di piccole dimensioni particolarmente delicati, con fessure ed interstizi.

4: Lavaggio

Il lavaggio, o detersione, dei DM rappresenta un requisito essenziale per la sterilizzazione. Ha lo scopo di ridurre l'entità della contaminazione microbica e di rimuovere il materiale organico la cui persistenza può ostacolare l'azione dell'agente sterilizzante e vanificare l'intero processo.

La detersione dei dispositivi riutilizzabili è effettuata con metodo manuale oppure meccanico/chimico. In entrambi i metodi le condizioni di operatività mirano a ridurre o ad eliminare il più possibile il rischio biologico, mediante comportamenti corretti e condizioni igienico/ambientali tali da consentire la salvaguardia del personale addetto.

Lavaggio manuale:

Attualmente viene considerato un metodo superato in quanto la tecnologia moderna ha messo a disposizione apparecchiature automatiche capaci di garantire il risultato con un basso rischio di infortuni per gli operatori addetti. La procedura per la pulizia manuale prevede l'immersione dei DM in una soluzione detergente - disinfettante, pluri enzimatica; la soluzione detergente viene sostituita di frequente e/o tutte le volte che si presenta visibilmente sporca, E' importante rammentare che gli operatori addetti al ricondizionamento dei DM pluriuso hanno a disposizione ed indossano i necessari DPI.

Successivamente alla fase di immersione gli strumenti vengono spazzolati, utilizzando spazzole e scovoli dedicati, ponendo particolare attenzione a tutti quegli strumenti che presentano incastri, snodi e zigrinature.

Lavaggio automatico:

È la metodica più utilizzata presso gli ambulatori dell'Ente Galliera rispetto a quella manuale, in quanto oltre a garantire una adeguata detersione e disinfezione programmata, riduce statisticamente la possibilità di infortuni degli operatori e garantisce la riproducibilità del ciclo (ciclo convalidato). Il lavaggio dei DM è effettuato mediante l'utilizzo di apparecchiature termidisinfettatrici in accordo con la normativa UNI EN ISO 15883, dotate di stampante ai fini della tracciabilità del processo, sono indicate per il lavaggio e la disinfezione di una vasta gamma

Termodisinfettore	Macchina lavastrumenti, che raggiunge temperature di lavaggio superiori a 90°; offre il vantaggio di associare l'attività di detersione ad un processo di disinfezione termica
Vasca ultrasuoni	Apparecchiatura di lavaggio (pre-trattamento al lavaggio manuale o meccanico dei DM) che favorisce il distacco di residui organici dalla superficie dei DM compatibili con tale metodica attraverso il rilascio di energia d'urto, che è il risultato di un principio fisico denominato "cavitazione ultrasonora".
Autoclave a vapore saturo	Apparecchiatura collegata ad una sorgente di vapore centralizzata o in grado di auto produrlo. Vapore saturo: percentuale superiore al 97% di vapore saturo (senza aria o gas incondensabili) ad una determinata pressione e temperatura (134°C corrisponde a 2026 m bar; 121°C a 1036 m bar).
Sterilizzatrice a Gas Plasma	Apparecchiatura che utilizza come agente sterilizzante il Perossido di Idrogeno che attraverso la creazione di un campo elettromagnetico viene trasformato allo stato di gas plasma.
TNT	Tessuto non tessuto.
Marcatura CE	Riconoscimento documentato, da parte di un apposito Ente Notificato, del rispetto dei requisiti imposti dalla Direttiva 93/42 CEE, sia per l'impianto produttivo che per il dispositivo. Il marchio CE rappresenta una garanzia per paziente ed utilizzatore che il dispositivo risponde a requisiti in materia di sicurezza e funzionalità.
UNI EN	Le norme EN rappresentano il riferimento tecnico per i 18 Paesi che aderiscono al Comitato Europeo di Normazione (CEN). Il loro recepimento da parte dell'UNI (ente di normazione italiano) comporta: • l'inserimento nell'insieme delle regole tecniche nazionali; • la loro traduzione in lingua italiana; • il ritiro delle precedenti norme UNI in caso di aggiornamento degli stessi argomenti.
ISO	Organismo internazionale di standardizzazione
Lotto	Insieme di dati che permettono di individuare i DM sottoposti ad un preciso ciclo di sterilizzazione. È costituito da: n° dell'autoclave, n° progressivo del ciclo di sterilizzazione, codice del ciclo selezionato e dell'operatore, data di sterilizzazione e di scadenza.
Stoccaggio	Conservazione del materiale sterile.
Scheda tecnica	Documento in lingua italiana all'interno del quale sono riportate dettagliatamente tutte le informazioni tecniche e le indicazioni d'uso relative al dispositivo medico riutilizzabile: classe di appartenenza, modalità d'uso, lavaggio e sterilizzazione etc.

di materiali utilizzati compresi quelli che presentano cavità, utilizzando particolari carrelli accessori. La presente metodica di lavaggio assicura un'omogenea rimozione dello sporco, grazie all'utilizzo di una concentrazione di soluzione detergente costante, a condizione però che il caricamento venga effettuato senza "zone d'ombra" (sovrapposizione dei DM). All'azione meccanica di detersione è associato un processo di disinfezione termica (90°C per 10 minuti). Le apparecchiature di lavaggio automatico utilizzate consentono programmi standardizzati in funzione del materiale da trattare: ferri chirurgici, ferri chirurgici specialistici, container, zoccoli, strumenti cavi, ecc....

Uno strumento non pulito, anche se sottoposto a sterilizzazione, non garantisce il raggiungimento della sterilità

Il lavaggio si avvale dell'azione chimica o enzimatica e, contemporaneamente, non corrosiva di un detergente che deve essere impiegato rigorosamente alle concentrazioni e per i tempi di contatto raccomandati dal fornitore.

È necessario sottoporre ad accurato lavaggio lo strumentario chirurgico nuovo e/o dopo manutenzione, per rimuovere possibili residui di lavorazione.

5: Asciugatura

La fase di asciugatura riveste particolare importanza in quanto l'introduzione in autoclave di materiale non perfettamente asciutto può compromettere il successivo processo di sterilizzazione: Malgrado i DM vengano trattati prevalentemente in apparecchiature di lavaggio che contemplano anche la fase di asciugatura, tutti i dispositivi durante la verifica dell'efficacia di lavaggio, se necessario, sono sottoposti a ulteriore asciugatura con panni in cotone, e per gli strumenti cavi, con aria compressa.

6: Controllo

Tutto il materiale da sottoporre al processo di sterilizzazione, prima di essere sottoposto a confezionamento viene controllato dagli operatori per verificarne la pulizia, l'integrità ed il funzionamento. La manutenzione consiste nell'applicazione di prodotti lubrificanti specifici indicati per la sterilizzazione a vapore, al fine di garantire il corretto funzionamento dei DM a motore (turbine) o con snodi.

7: Selezione

La selezione è attuata al fine di suddividere il materiale in base al processo di sterilizzazione da applicare (vapore o gas plasma) e di conseguenza alla tipologia di confezionamento da applicare: buste, carta crespata, tyvek, TNT e container.

B - CONFEZIONAMENTO

8: Materiali e sistemi d'imballaggio

Le procedure di confezionamento sono effettuate in un ambiente dedicato e diverso da quello in cui si eseguono le operazioni di lavaggio, e sono scelte in rapporto alla metodologia di sterilizzazione e alla tipologia del dispositivo da trattare sulla base delle indicazioni riportate nella scheda tecnica del dispositivo.

In sede di gara il materiale e i sistemi d'imballaggio sono selezionati in base alla:

- penetrazione ed il conseguente contatto dell'agente sterilizzante con il materiale da trattare;
- conservazione della sterilità nei tempi e modi stabiliti dal corretto stoccaggio;
- riduzione del rischio di contaminazione del contenuto al momento dell'apertura della confezione sterile;
- praticità, comodità ed economicità.

I principali materiali e sistemi di barriera sterile (SBS, secondo la definizione della norma UNI EN ISO 11607-1) utilizzati a tutt'oggi presso gli ambulatori di odontostomatologia e maxillo facciale per il confezionamento dei DM sono i seguenti:

Carta medica e fogli in TNT

Disponibile in vari colori e dimensioni, monouso. Il confezionamento se eseguito correttamente consente l'apertura della confezione senza compromettere la sterilità del DM contenuto. Nell'impossibilità di vederne il contenuto le confezioni vengono chiuse con nastri adesivi sui quali è presente un indicatore chimico di processo, e sopra ai quali l'operatore riporta con specifici pennarelli il contenuto della confezione.

Buste in carta

Buste in carta medica, monouso, provviste di indicatore chimico di processo la cui chiusura deve essere eseguita mediante l'utilizzo di apparecchiatura denominata termosaldatrice. Anche in questo caso non è possibile il riscontro oggettivo del contenuto, ma attraverso la tastiera della termosaldatrice è possibile trascrivere oltre ai dati relativi alla rintracciabilità il contenuto della confezione.

Buste e rotoli in accoppiato carta/film plastico

Disponibili in varie dimensioni, con o senza soffiato, dotate di indicatore chimico di processo, sono anch'esse monouso. Utilizzate per il confezionamento di singoli DM o per la costituzione di kit di piccole dimensioni. Consentono di visualizzare il contenuto e la sigillatura avviene mediante termosaldatrici.

C - STERILIZZAZIONE

E' la fase in cui i DM sono sottoposti all'azione di un agente sterilizzante con lo scopo di rendere inattivi i contaminanti microbiologici presenti, comprese le spore. Preso l'Ente Galliera tutte le apparecchiature di sterilizzazione (autoclavi e sterilizzatrice a Gas Plasma) rispondono ai requisiti delle vigenti leggi e normative e sono in grado di mantenere inalterate le caratteristiche iniziali dei DM processati, in oltre, sono nel rispetto delle normative vigenti convalidate annualmente (UNI EN 13060 e UNI EN ISO 17665-1). ***La scelta del metodo di sterilizzazione avviene solo tenendo conto delle indicazioni del fabbricante del dispositivo da processare e/o del fabbricante della sterilizzatrice; le indicazioni devono riguardare la scelta del metodo, la temperatura e la possibilità di riprocessazione.***

Pertanto è imperativo esigere e leggere la scheda tecnica di accompagnamento del DM prima di sottoporlo al processo di sterilizzazione (anche il lavaggio ad alta temperatura potrebbe rappresentare una criticità per la funzionalità del dispositivo stesso).

9: Sterilizzazione con vapore saturo

Presso gli ambulatori di Odontostomatologia e Maxillo Facciale dell'Ente Galliera la sterilizzazione con vapore saturo rappresenta il metodo di sterilizzazione più utilizzato in quanto consente la sterilizzazione della maggior parte del materiale riprocessabile, ed a tutt'oggi è ancora il metodo più sicuro, economico, rapido e non inquinante. L'agente sterilizzante è il calore umido sotto forma di vapore saturo sottoposto a pressione. I cicli solitamente utilizzati sono quelli a 121° o 134°C, in base alla tipologia di materiale da processare, ed il rilascio dei DM sterili si basa sul controllo parametrico dei dati fisici che prevedono:

- Rimozione dell'aria
- Stabilità dei parametri termodinamici
- Tempo di esposizione all'agente sterilizzante
- Asciugatura

Le apparecchiature a vapore saturo presenti negli ambulatori di Odontostomatologia e Maxillo Facciale sono conformi alla normativa UNI EN 13060, sono di tipo B: *Big small sterilizer* e consentono, al pari delle "grandi sterilizzatrici", la sterilizzazione di prodotti solidi, cavi e porosi, sfusi o confezionati.

Il carico delle autoclavi viene allestito dal personale infermieristico secondo una attenta valutazione, in modo da consentire una facile rimozione dell'aria dalla camera di sterilizzazione, senza sovraccaricare l'apparecchiatura, facilitando di conseguenza la circolazione del vapore, ponendo lo strumentario cavo con l'apertura ri-

volta verso il basso in modo da favorirne l'asciugatura.

Al termine del ciclo, l'infermiere controlla i dati parametrici riportati sulla stampa del ciclo (che sono conservati per 10 anni assieme ai test giornalieri di controllo eseguiti sulle autoclavi) e dopo aver atteso il graduale raffreddamento delle confezioni provvede allo stoccaggio dei DM sterilizzati.

D - CONSERVAZIONE E RIUTILIZZO DEI DM STERILI

10: Movimentazione dei DM , stoccaggio e tempi di conservazione dei DM sterili

La barriera antimicrobica costituita dall'imballaggio può essere compromessa da vari fattori ambientali tra cui la presenza di polvere, umidità, aria contaminata, o da fattori legati alla confezione stessa come la presenza di lesioni o l'apertura non corretta. Anche la movimentazione delle confezioni sterili risulta essere un momento delicato che può influire negativamente sul risultato finale del processo, pertanto, al fine di garantire le migliori condizioni di stoccaggio sono stati individuati armadi, carrelli e locali dedicati, non che adottate modalità procedurali che consentono una corretta gestione delle scadenze dei DM sterili.

In virtù di quanto sopra esplicitato è possibile dichiarare che presso i due ambulatori il controllo della durata della sterilità dei DM sterili viene garantito dai seguenti fattori:

- tipo di confezionamento;
- modalità di trasporto (modalità di conservazione qualora gli ambulatori fruiscono del Servizio di Sterilizzazione Centrale);
- modalità di conservazione;
- numero e modalità delle manipolazioni.

11: Utilizzo del materiale sterile

La sicurezza dei DM che sono utilizzati durante le procedure di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo Facciale è garantita dal rispetto delle seguenti condizioni:

igiene delle mani degli operatori;
asepsi del campo di lavoro;
formazione e conoscenza degli operatori circa il processo di sterilizzazione;
corrette manovre di apertura delle confezioni sterili.

E - PROTEZIONE DELL'OPERATORE

12: Corretta igiene delle mani e utilizzo dei DPI.

In base all'art.76 del Titolo III del D. Lgs 81/2008 e successive modifiche e integrazioni i **DPI** devono "essere adeguati ai rischi da prevenire". Nell'art. 77 è sancito che nella scelta del DPI il datore di lavoro a) "effettua l'analisi e la valuta-

zione dei rischi che non possono essere evitati con altri mezzi" e b) "individua le caratteristiche dei DPI necessarie affinché questi siano adeguati ai rischi di cui alla lettera a)...".

L'art.15, comma 1, lettera c) del D. Lgs 81/2008 e s.m.i. annovera tra le misure generali di tutela "l'eliminazione dei rischi e, ove ciò non sia possibile, la loro riduzione al minimo in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico".

Ogni dispositivo di protezione da agenti biologici viene quindi scelto, previa valutazione del rischio, in considerazione della specifica attività espletata e possiede la caratteristica fondamentale di tutelare l'operatore dall'interazione con l'agente e/o gli agenti biologici che determinano il rischio di esposizione. I DPI sono indossati dagli operatori per tutto il tempo in cui permane la possibile esposizione. Ogni specifico DPI è accompagnato da una nota informativa nella quale risultano il possesso dei requisiti di legge, le caratteristiche e specifiche tecniche; le modalità di gestione dopo l'uso sono riportate nelle procedure aziendali, specifiche per ogni step del processo di sterilizzazione.

Al riguardo di quanto sopra premesso, si elencano i DPI appropriati che gli operatori utilizzano negli ambulatori dell'Ospedale Galliera durante la preparazione dei DM che devono essere sterilizzati:

- Guanti;
- Indumenti di protezione (camici di protezione o grembiuli);
- Sistemi per la protezione del volto.

L'igiene delle mani è una delle misure principali di prevenzione delle infezioni, volutamente inserita dai vertici aziendali e dal CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) nei programmi aziendali di formazione e aggiornamento; il lavaggio delle mani è riconosciuto essere la prima e più importante metodica di prevenzione della trasmissione delle malattie infettive.

Distinguiamo, in base alla tipologia di intervento un lavaggio sociale, eseguito con acqua e detergente, una frizione antisettica, consistente nell'applicazione di un antisettico idroalcolico sull'intera superficie delle mani per ridurre il numero di microrganismi presenti, ed un lavaggio antisettico (eventualmente pre operatorio) consistente in un lavaggio con acqua e detergente contenente un agente antisettico (sapone antimicrobico).

Le raccomandazioni fornite a tutti gli operatori sanitari dell'Ente Ospedaliero Galliera indipendentemente dalla tipologia di intervento e di lavaggio possono essere riassunte nelle seguenti note:

- All'inizio del turno di lavoro, rimuovere orologi, braccialetti ed anelli.

- Mantenere le unghie corte, curate e prive di smalto.
- Non applicare unghie finte.
- Apporre la data di apertura sul flacone dell'antisettico e non utilizzare il prodotto per più di 14 giorni.
- Munire il contenitore dell'antisettico di apposito erogatore ed eliminarlo insieme al flacone (non riutilizzare l'erogatore su altri flaconi).
- Non rabboccare i flaconi di detergenti e/o disinfettanti.

CONCLUSIONI

Le attività di sterilizzazione degli strumenti chirurgici e dei DM in genere hanno sempre rappresentato uno dei punti più delicati della tutela della salute dei pazienti e degli operatori sanitari, anche se la piena consapevolezza di ciò, con tutte le implicazioni etiche e medico legali si sta raggiungendo solo negli ultimi anni.

Nonostante i dubbi progressi ottenuti, le infezioni correlate alle pratiche assistenziali restano ancora un problema rilevante, che deve essere affrontato con il massimo rigore, sia nell'adottare le più corrette pratiche cliniche e chirurgiche, sia nel garantire la sterilità dei materiali impiegati sul paziente.

La gestione del rischio biologico è dunque un dovere etico, prima che professionale; la possibilità da parte di ogni operatore sanitario durante lo svolgimento di una attività, di provocare un danno a se stesso, ad un altro operatore o paziente, deve essere abolita o comunque ridotta in relazione alle attuali conoscenze (che devono essere implementate) nonché alle tecnologie impiegabili.

Bibliografia

D. Lgs 81/2008 e s.m.i.: Linee guida sull'attività di sterilizzazione quale protezione collettiva da agenti biologici per l'operatore nelle strutture sanitarie - ISPELS - 2008

Decreto del Ministero della Sanità: Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private - Ministero della Sanità - 28/09/1990

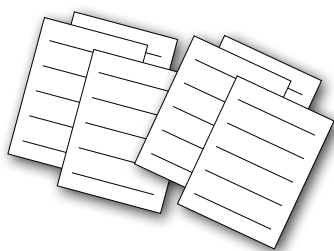
Prontuario degli antisettici e disinfettanti - Ente Ospedaliero Ospedali Galliera - 2006

Direttiva 93/42/CEE del Consiglio, del 14 giugno 1993, concernente i dispositivi medici - Gazzetta ufficiale n. L 169 del 12/07/1993

Atti World congress of sterilization - WFHSS combined meeting AIOS - San Donato Milanese Milano Italy 4-5-6-7 giugno 2008

Atti Governare il rischio infettivo: il punto di vista degli infermieri" VII congresso nazionale - ANIPIO Torino 4,5 e 6 ottobre 2007

Notizie in breve



Ludopatia da farmaco: procura indaga su anti-Parkinson

Sono cinque, per ora, i casi di pazienti con morbo di Parkinson che dopo una terapia specifica per la patologia, hanno sviluppato un comportamento compulsivo verso il gioco d'azzardo e su cui da circa un mese indaga il pm di Torino, **Raffaele Guarinello**. L'indagine della procura è focalizzata su due farmaci, pramipexolo e benserazide, appartenenti alla classe dei dopamino-agonisti normalmente prescritti a soggetti parkinsoniani e che come già segnalato dall'Aifa in una nota informativa del 2007, incrementano il rischio di sviluppare gioco d'azzardo patologico. Già allora l'Aifa, inviando la comunicazione ai medici, aveva espressamente indicato che «devono avvertire i pazienti e i loro familiari della possibilità del manifestarsi di comportamenti inusuali». In tutti e cinque i casi è stato utilizzato con certezza soltanto il primo farmaco, mentre l'uso dell'altro è emerso, nel corso delle indagini, sul caso che aveva originato l'apertura dell'inchiesta. Si tratta di un uomo di 70 anni che trattato per una diagnosi di Parkinson nel 1999, ha perduto 300 mila euro al gioco. La procura sta ora indagando sugli effetti collaterali delle due molecole e sulle indicazioni presenti all'interno dei foglietti illustrativi delle confezioni. Nel frattempo stanno arrivando altre segnalazioni e denunce, ma non è la prima volta che accade: nel 2008 un 56enne della provincia di Carrara ha vissuto un'esperienza simile. Ad accorgersi del legame tra il gioco compulsivo e la terapia è stato un parente, ma il paziente aveva già sperperato al gioco parecchie migliaia di euro.

Diabete di tipo 2: nuovo farmaco migliora il controllo glicemico

L'Ema (European medicine agency), ente regolatorio europeo, ha autorizzato un nuovo antidiabetico orale: dapagliflozin (Forxiga di AstraZeneca e Bristol-Myers Squibb). Il

medicinale è indicato per il trattamento del diabete di tipo 2, in associazione a dieta ed esercizio fisico, in monosomministrazione quotidiana per i soggetti intolleranti alla metformina o anche in combinazione con altri ipoglicemizzanti. Dapagliflozin è il capostipite di una nuova classe di farmaci, infatti, è un inibitore selettivo e reversibile del cotrasportatore di sodio-glucosio di tipo 2 (Sglt2). Inibendo selettivamente l'Sglt2 a livello renale, rimuove l'eccesso di glucosio nelle urine, riduce di conseguenza le calorie ad esso associate, e aiuta a ridurre i livelli di zucchero nel sangue. L'autorizzazione fa seguito ai risultati di 11 studi clinici, contenuti nel dossier registrativo, che hanno evidenziato su un totale di 5693 pazienti come il dapagliflozin incrementi il numero di malati che raggiunge l'obiettivo di HbA1c previsto rispetto al placebo; inoltre negli studi il nuovo farmaco ha dimostrato di ridurre anche il peso e la pressione sanguigna.

Adiconsum, allarme per decrescita dell'assistenza sanitaria

Trenta per cento in meno della Germania, 23% in meno della Francia e 16% in meno del Regno Unito: questa, secondo un'indagine Adiconsum, la differenza tra la spesa italiana e quella dei principali stati europei per l'assistenza ai cittadini. Come evidenziano i dati percentuali riportati, si assiste quindi a un decrescere dell'assistenza sanitaria da parte dello Stato (con un divario di circa 10 punti superiore rispetto a 10 anni fa) e a un conseguente aumento delle spese da parte dei cittadini. Una situazione preoccupante, destinata ad aggravarsi ancora, a causa della politica economica nazionale, e in particolare del piano di rientro dei Servizi Sanitari Regionali, che potrebbero provocare, secondo i rappresentanti Adiconsum, la diminuzione della qualità del servizio e del numero di prestazioni erogate. Se si aggiunge che dal "VIII Rapporto Sanità" del CEIS - Università di Roma Tor Vergata, emerge che, con i nuovi ticket, 42.000 famiglie passano "a rischio di povertà" per pagare le spese mediche e che il Censis ha parlato di "sanità negata" per 9 milioni di italiani, il quadro si fa ancora più chiaro. A tal proposito, **Pietro Giordano**, segretario generale dell'Adiconsum (Associazione difesa consumatori e ambiente), sottolinea come, in questo periodo, «il privato low cost avanzi, risultando più efficiente e competitivo in termini di costi», ma non sempre di qualità, mentre «una inesorabile transizione alla sanità privata tradizionale comporti costi elevati a svantaggio delle famiglie e delle categorie deboli». Sempre secondo Giordano, per realizzare un welfare sociale che integri il SSN, diventerebbe indispensabile quindi,

tra le altre soluzioni, «favorire la creazione e l'implementazione di forme integrative mutualistiche».

Fadoi Lazio: minori costi se pazienti complessi gestiti da internista

Più che parlare di co-morbilità, vale a dire di una patologia dominante a cui se ne associano altre secondarie, oggi occorre parlare di multi-morbilità, di un insieme di malattie che minano lo stato di salute complessivo dei pazienti. In un contesto in cui il 20% della popolazione italiana - dodici milioni di persone - fa i conti con almeno due malattie croniche, sembra assumere sempre più importanza la figura dell'internista, «un medico formato alla complessità in grado di restituire una visione a 360 gradi» dell'assistenza. È questo il messaggio lanciato dagli spalti del IX congresso della Federazione dei medici internisti (Fadoi) del Lazio, che si è chiuso sabato. Da quanto emerso, la presenza di più patologie croniche è un fenomeno sempre più presente e «diviene tanto più frequente all'avanzare dell'età» spiega **Carlo Nozzoli**, presidente nazionale della Fadoi. «La stragrande maggioranza dei pazienti con pluripatologie ha più di 55 anni e 7 anziani su 10, tra quelli con più di 75 anni, sono affetti da almeno due malattie. Ma la pluripatologia non risparmia nemmeno i più giovani: nella fascia di età tra i 45 e i 54 anni 1,4 milioni di italiani soffrono di almeno due malattie croniche». Questi sono «una categoria di pazienti complessi, per i quali occorre individuare i percorsi più idonei e le priorità di cura per arrivare a una medicina cucita su di loro» aggiunge **Ruggero Pastorelli**, presidente della Fadoi Lazio. E fondamentale in questo senso è il medico internista: «in grado di giungere a una diagnosi, anche la più complessa, grazie a competenze che spaziano in quasi tutte le discipline mediche e soprattutto tenere le fila delle diverse specialità coinvolte nell'assistenza al paziente, guardando all'assistito nella sua totalità». Durante il congresso, è stato presentato anche uno studio pubblicato sugli *Annals* e condotto nel Texas nel periodo 2001-2006 su

una coorte di pazienti Medicare ricoverati in ospedale, che ha messo in evidenza come quelli curati dall'hospitalist, una realtà assistenziale paragonabile al ruolo svolto in Italia dai reparti di medicina interna, «presentavano una durata della degenza di 0.64 giorni più breve e costi di degenza ospedaliera ridotti per un valore di 282 \$ per paziente trattato».

Amd: per diabete nell'anziano meglio terapia personalizzata

In Italia, cresce il numero degli anziani con diabete, la qualità dell'assistenza che ricevono è buona, ma resta ancora elevato il ricorso a farmaci a rischio ipoglicemia quando, invece, sono disponibili farmaci innovativi per personalizzare la terapia. È questo il quadro che emerge dal rapporto "Anziani con diabete" dell'Associazione medici diabetologi (Amd), presentato ieri a Milano, che analizza la qualità dell'assistenza e della cura nelle persone anziane con diabete. «Oggi ci troviamo di fronte a due tipologie di pazienti» ha spiegato **Carlo B. Giorda**, presidente Amd. «I diabetici che diventano anziani e hanno già ricevuto nel corso della loro malattia tutte le indicazioni sui corretti stili di vita e sulle cure da seguire, dunque più semplici da gestire. E gli anziani che diventano diabetici nella terza o quarta età, nei quali è più difficile intervenire anche perché non conta solo l'età anagrafica, ma anche l'aspettativa di vita». Tra i dati emersi, l'alta frequenza di politerapia, sopra i 65 anni oltre il 40% delle persone prende 5 o più farmaci per il diabete e comorbilità, e l'impiego molto diffuso di farmaci tradizionali a un rischio di ipoglicemia. «Le sulfaniluree, per esempio» ha spiegato **Maria Antonietta Pellegrini**, coordinatore del Gruppo Amd "Diabete nell'anziano" «risultano essere ancora tra i farmaci più utilizzati, mediamente nel 36% degli over 65, eppure sono poco raccomandati nell'anziano perché espongono al rischio di cadute e calo cognitivo». «Emerge, dunque, la necessità di attuare scelte terapeutiche estremamente personalizzate, come accade in altre patologie» ha concluso Giorda «per



intervenire su ciascun caso con un'associazione diversa di farmaci, in base alle caratteristiche del singolo individuo. E questo oggi è possibile visto che a differenza del passato abbiamo 10 classi terapeutiche, tra queste le recenti incretine spendibili nell'anziano per ottenere un buon compenso con meno complicità».

Con statine pre-intervento coronarico percutaneo calo mortalità

Nei pazienti affetti da angina stabile un pretrattamento con statine prima di un intervento coronarico percutaneo (Pci) si associa a una significativa riduzione della mortalità a 1 anno. Lo dimostrano i risultati di uno studio condotto da un'équipe del Deutsches Herzzentrum di Monaco di Baviera, guidata da **Gjil Ndrepepa**. I ricercatori hanno arruolato 8.041 pazienti con angina stabile dei quali, al momento del Pci, 5.939 (il 73,8%) erano stati trattati per più di un mese con statine prima della procedura, e 2.102 (il 26,2%) non erano in terapia con statine. Nel corso del follow-up si sono registrati 192 decessi: 73 tra i pazienti in trattamento con statine e 119 nell'altro gruppo, per una stima di mortalità del 2,06% e del 3,59%, rispettivamente, corrispondente a un hazard ratio (Hr) non corretta di 0,56. L'analisi landmark ha dimostrato che quasi tutto il beneficio si manifesta entro i primi 30 giorni dall'intervento: 10 morti tra i soggetti in trattamento con statine e 22 tra gli altri (stima di mortalità a 30 giorni: 0,17% e 1,06%, rispettivamente; Hr: 0,16). Si sono osservate differenze significative di mortalità in base al pretrattamento con statine nel periodo compreso tra il 30° giorno e il 12° mese dall'effettuazione dell'intervento (109 decessi tra i trattati con statine vs 51 tra i non trattati; stime di mortalità: 1,89% e 2,53%, nell'ordine; Hr: 0,75). Dopo correzione nel modello a rischi proporzionali di Cox il pretrattamento con statine è risultato associato a una riduzione del 35% di rischio corretto di mortalità a 1 anno (Hr: 0,65).

Eur J Intern Med, 2012 Nov 22. [Epub ahead of print]

Spagna, il Governo privatizza la sanità

«Quando l'utile entra nel sistema produce una diminuzione della qualità assistenziale» a parlare così, in perfetta sintonia con molti dei discorsi che si sono fatti in questi giorni in Italia, dopo le dichiarazioni della settimana scorsa del premier Monti, sono i medici spagnoli

denunciando il processo di privatizzazione della sanità in corso a Madrid, dopo che già era stato attuato a Valencia. Si chiama "Modello Alzira", come riporta un articolo della Stampa ed è uno dei leitmotiv dei popolari del premier Rajoy. In pratica si tratta di dare in conduzione esterna a un'impresa la gestione totale o parziale delle cure mediche in cambio di un canone annuo fisso per utente. La regione deve però garantire gli standard di qualità del servizio. Una modalità che il presidente regionale madrilen **Ignacio Gonzalez** spiega così: «La manovra dell'anno prossimo è la più dura della storia della nostra regione. Il taglio è del 7,7% sulla spesa 2012, per un totale di 1,4 miliardi di euro. Metteremo sul mercato il 10 % degli ambulatori delle Asl (che sono 266, ndr) e sei ospedali della regione. Il costo medio a persona dell'assistenza sanitaria ospedaliera pubblica è di 600 euro, quello della gestione privata di 411». Interventi che hanno scatenato forti reazioni in particolare tra i medici del servizio pubblico con scioperi e manifestazioni di protesta. Intanto la sanità privata gongola con utili previsti nel 2012 nell'ordine di 400 milioni di euro.

Madrid: medici mobilitati contro la privatizzazione della sanità

Da Plaza de Neptuno, accanto al Parlamento, fino alla Puerta del Sol, dove è stato osservato un minuto di silenzio per ricordare "la morte della sanità pubblica" e dove è stato letto un "Manifesto in difesa di una sanità universale, gratuita e di qualità". Questo l'itinerario seguito ieri a Madrid dalla "marea blanca", un corteo costituito da migliaia di medici e operatori del settore sanitario, affiancati da molti comuni cittadini. Obiettivo dello sciopero: protestare contro l'approvazione della legge di bilancio regionale in base alla quale 6 ospedali e 27 centri sanitari su 270 sarebbero stati privatizzati. In realtà la manifestazione, pur se di particolare intensità, corrispondeva all'inizio della quinta settimana



di sciopero dei medici. I sindacati di categoria, infatti, da tempo hanno annunciato ricorso contro la legge chiedendone la revoca, denunciando l'illiceità della consegna al settore privato di strutture e servizi sanitari finanziati dal settore pubblico e il rischio che vadano persi almeno 8mila posti di lavoro. In particolare, la riforma prevede una riduzione del 7,7% della spesa del 2012 e la privatizzazione totale del 10% degli ambulatori delle aziende sanitarie locali. Il Governo regionale, guidato da Ignacio González (Partido popular), controbatte che la manovra è indispensabile per tenere sotto controllo il bilancio, che l'occupazione non corre pericoli e che il diritto di sciopero dei medici andrebbe regolamentato contro i recenti eccessi. Le manifestazioni per le strade di Madrid stanno però rallentando le decisioni del governo regionale, mentre proseguono altre forme di protesta: le dimissioni in blocco effettuate dai medici di vari centri ospedalieri, e in alcuni casi lo sciopero della fame. E mentre si preannuncia una grande mobilitazione in febbraio, nuovi fermenti si sono aperti in Andalusia, nelle Asturie, in Catalogna e in Castiglia, dove si teme che il progetto di privatizzazione di Madrid sia solo un banco di prova da applicare più estesamente.

Medicina difensiva: una denuncia su 100 è condanna

Soltanto una denuncia ogni 100 contro i medici si traduce in reale condanna. È questo il dato che emerge, da una ricerca condotta dall'Istituto di medicina legale dell'Università Cattolica Sacro Cuore di Roma su dieci anni di attività della Procura, sulle denunce in ambito sanitario che Amami, associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente, presenterà al V Congresso nazionale dell'associazione, che aprirà a Roma il 14 dicembre. Un dato definito, in una nota dell'associazione, «shockante», dal momento che, si legge, si tratta di «un fenomeno che mette in crisi sempre di più i camici bianchi, perché ormai da troppo tempo si tende a cercare a tutti i costi un errore anche nei confronti medici che in realtà non hanno avuto nessuna mancanza, complicandone la situazione psicologica, mettendone in discussione la carriera e spingendo al ricorso alla medicina difensiva». Usando, per altro, vie legali inappropriatie: «Usare lo strumento penale come accade attualmente è scorretto» spiega **Maurizio Maggiorotti**, presidente Amami «non porta a nulla di fatto, come dimostrano i dati di questo studio, alimenta la medicina difensiva e la sfiducia nei medici da parte dei cittadini, con un allungamento dei tempi delle procedure penali che riguardano altri ambiti. Su questo fronte non siamo allineati

con paesi dell'Unione europea dove, invece, si seguono procedure civili di risarcimento danni. Noi da 10 anni chiediamo l'istituzione del Fondo vittime dell'alea terapeutica, su modello francese, per l'indennizzo di pazienti vittime di complicità incompressibili e imprevedibili insite nelle cure». Lo studio, aggiunge Maggiorotti è «il primo che dimostra in modo concreto quanto percepito dalla Procura di Roma, e dalla procura di Venezia. In Italia non ci sono osservatori e non è obbligatorio segnalare questi casi, quindi finora sono mancati dati reali sul fenomeno». Il congresso, conclude il presidente Amami, «sarà occasione per affrontare questioni come le conseguenze del Decreto Balduzzi, in particolare dell'articolo 3, la disdetta della polizza di assicurazione dopo un'informazione di garanzia sebbene senza seguito».

Risarcimenti: sei strutture su dieci senza assicurazione per colpa grave

Sei strutture su dieci, tra Asl e aziende ospedaliere, non sono assicurate per coprire la eventuale colpa grave dei propri dipendenti. È uno dei dati emersi dall'indagine sulle coperture assicurative condotta dalla commissione d'inchiesta sugli errori e i disavanzi sanitari, sulla base di 169 questionari compilati da altrettante strutture (il 55% del totale). Una "anomalia" che mette a rischio la possibilità del cittadino di essere risarcito, visti i costi spesso insostenibili per il singolo operatore. Secondo la fotografia scattata nella relazione della commissione guidata da **Antonio Palagiano**, in media il premio assicurativo corrisposto dalle aziende sanitarie a livello nazionale è aumentato, dal 2006 al 2011 del 35% attestandosi lo scorso anno in media sui 2,7 milioni di euro (contro i 2 milioni del 2006) passando dai 288 milioni di euro complessivamente versati nel 2006 a 354 milioni nel 2011. Ma, si sottolinea nella relazione, a fronte anche dell'aumento delle richieste di risarcimento, cresciute nello stesso lasso di tempo del 24% (quelle pervenute alle compagnie sono in media 13.702 l'anno), si sono però ridotti del 75% i risarcimenti effettivamente liquidati. Gli importi liquidati dalle assicurazioni sono passati «dai 191 milioni del 2006 ai 91 milioni del 2011». In particolare, si osserva, «nel Nord Ovest i pagamenti sono scesi da 68 milioni a 11 milioni, arrivando a un sesto del valore di 5 anni prima». Una chiave per ridurre i costi delle assicurazioni per Asl e ospedali sarebbe il Fondo regionale assicurativo, che però, emerge dalla relazione, è presente solo in 4 Regioni (20,7%): Toscana (16 aziende sanitarie, il 45,7%), Friuli Venezia Giulia (9 centri, il 25,7%) Liguria (9 aziende, il 25,7%) e Basilicata (1 azienda, il 2,9%). Sono invece 122

le Asl (il 72,2%) che si affidano alle compagnie assicurative con il settore sostanzialmente in mano a poche compagnie, dominato dalla Am Trust Europe, con cui si sono assicurate il 46% delle aziende sanitarie nel 2011-2012. Tra gli altri competitor XI Insurance, Qbe Insurance, City Insurance, Llyod's of London, Generali Assicurazioni, Cattolica Assicurazioni. «Diffondere l'utilizzo del Fondo regionale - ha sottolineato Palagiano - permetterebbe di ridurre la spesa pubblica per le assicurazioni» e anche il ricorso alla medicina difensiva che costa ogni anno «tra i dieci e i 14 miliardi di euro». L'indagine ha raccolto le risposte anche in merito a dipendenti e posti letto di 162 aziende sanitarie per rilevare che ogni 10 posti letto la Sicilia ha il doppio di dipendenti medici rispetto a Regioni del centro-Nord come le Marche o il Friuli Venezia Giulia. I posti letto effettivi sono 98.296, il 33,3% nel nord-ovest, il 21,6% nel nord-est, il 20,8% nel centro e il 24,3% nel sud e nelle isole. Mentre i camici bianchi dipendenti nelle stesse 162 aziende sono 82.363 e si trovano per il 27,1% nel nord-ovest, per il 19,2% nel nord-est, per il 22,7% nel centro, mentre la percentuale più alta si concentra nel sud e nelle isole, con il 31%. La concentrazione di medici ogni dieci posti letto effettivi, si nota nella relazione, è aumentata in maniera spropositata andando da Nord a Sud».

Depressione refrattaria, risultati con aggiunta di psicoterapia

Per la prima volta si dimostra che, nei pazienti affetti da disturbi del tono dell'umore non responsivi alla farmacoterapia, la terapia cognitivo-comportamentale, in aggiunta al trattamento usuale, rappresenta un "next-step" efficace ai fini della riduzione dei sintomi. Lo ha dimostrato un trial multicentrico a gruppi paralleli - realizzato nel Regno Unito sotto la guida di **Nicola Wiles** dell'università di Bristol - in cui sono stati arruolati 469 pazienti (età: 18-75 anni) con depressione refrattaria ai farmaci da più di 6 settimane, afferenti a 73 ambulatori di medicina generale. I partecipanti (dopo stratificazione per precedente uso di antidepressivi, durata dell'attuale episodio, punteggio basale Beck depression inventory, Bdi) sono stati randomizzati in 2 gruppi: cura usuale o terapia cognitivo-comportamentale additiva alla terapia usuale, per 12 mesi in entrambi i casi. L'outcome primario era costituito dalla riduzione di almeno il 50% dei sintomi depressivi (sulla base dello score Bdi) a 6 mesi rispetto alla baseline. Tra il 2008 e il 2010 sono stati assegnati 235 pazienti alla cura convenzionale e 234 alla terapia cognitivo-comportamentale aggiunta alla terapia usuale. Il 90% dei partecipanti

(n=422) sono stati seguiti fino a 6 mesi e l'84% (n=396) a 12 mesi (con termine dello studio nel 2011). Nel gruppo intervento, 95 soggetti hanno soddisfatto i criteri di risposta a 6 mesi rispetto a 46 nel gruppo di cura convenzionale.

Lancet, 2012 Dec 7. [Epub ahead of print]

L'indennità di trasferta d'urgenza dei dipendenti va riconosciuta

Il fatto

Alcuni dipendenti di una azienda sanitaria, con mansioni di addetti alle pulizie, a seguito della assegnazione in mobilità d'urgenza presso altra struttura ospedaliera, hanno proposto ricorso per ottenere il riconoscimento del diritto all'indennità di trasferta ed al risarcimento del danno biologico. Cessata l'urgenza, l'Azienda aveva tra l'altro prorogato l'assegnazione e successivamente appaltato a una ditta esterna i lavori di pulizia senza riattribuzione delle mansioni originarie presso la sede di provenienza.

Il diritto

La Suprema Corte, chiamata a decidere la controversia a seguito del ricorso proposto dai dipendenti contro la sentenza d'appello, ha osservato che nell'ambito dello specifico contesto fattuale, non poteva omettersi la considerazione che una indennità sicuramente doveva essere corrisposta per il periodo di permanenza delle esigenze transitorie che giustificavano l'assegnazione lavorativa presso azienda ospedaliera diversa da quella originaria, distante da quest'ultima più di dieci chilometri. Ai fini della configurazione della trasferta del lavoratore, cui consegue il diritto a percepire la relativa indennità, che si distingue dal trasferimento il quale comporta l'assegnazione definitiva del lavoratore ad altra sede diversa dalla precedente, è necessaria la sussistenza del permanente legame del prestatore con l'originario luogo di lavoro, mentre restano irrilevanti, a tal fine, la protrazione dello spostamento per un lungo periodo di tempo e la coincidenza del luogo della trasferta con quello di un successivo trasferimento, anche se disposto senza soluzione di continuità al termine della trasferta medesima.

Esito del giudizio

La Corte di Cassazione, ha cassato la pronuncia di secondo grado sfavorevole ai dipendenti, rinviando alla Corte d'appello di Roma in diversa composizione.

[Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

Costruiamo insieme il nostro futuro

di **Antonio Fiorenza**

La crescita professionale richiede l'acquisizione, giorno dopo giorno, di conoscenze sempre maggiori e di capacità nell'applicare i risultati della propria formazione. Per evitare la "dequalificazione professionale" gli orizzonti dell'infermiere non possono e non devono essere fossilizzati all'interno di schemi rigidi e metodologie antiquate bensì, sarà necessario dover implementare il proprio *modus operandi* al fine di vedere riconosciute le diverse competenze sviluppate negli anni che rappresentano un patrimonio (purtroppo silente) di cui Aziende pubbliche e private sono ampiamente dotate.

Sempre con maggior fermezza gli Infermieri manifestano l'esigenza di fondare l'assistenza e le procedure da attuare durante l'esercizio della professione su basi scientificamente solide e su studi che ne dimostrino sia l'efficacia che l'adeguatezza. Tuttavia, il ricorso alle evidenze scientifiche non esula dalla personalizzazione dell'assistenza, ma offre basi concrete sui cui fondare il proprio operato nel rispetto delle *best practice* infermieristiche attuali; infatti, è la conoscenza a fornire le basi per la pratica professionale e ciò è un aspetto imprescindibile della professionalità poiché consente di definire la natura dei problemi e di assumere decisioni nel pieno rispetto dell'autonomia professionale per la loro risoluzione, ed ovviamente, nel rispetto degli standard professionali e soprattutto volti all'eccellenza delle cure.

La consapevolezza dell'importanza di questi traguardi ha spinto il Collegio IPASVI ad intraprendere tra i nuovi obiettivi quello di fornire e garantire l'acces-

sibilità ad un archivio scientifico usufruibile dagli Iscritti. Si è pertanto provveduto alla sottoscrizione di diversi abbonamenti a riviste scientifiche di rilievo sia nazionale che internazionale (tra i quali: **Professioni Infermieristiche, Assistenza Infermieristica e ricerca, Scenario, Il Sole 24 ore Sanità, etc..**) ed all'allestimento di un'aula informatica, presso la sede del Collegio.

E' volontà del Collegio IPASVI di Genova mettere a disposizione degli Infermieri, che ne facciano esplicita richiesta, materiale finalizzato alla ricerca, ai riferimenti bibliografici, alla formazione ed all'evoluzione Infermieristica.

Saremo ben lieti di accogliere i vostri suggerimenti ed il vostro aiuto affinché insieme ed in maniera sinergica si possa dare origine ad un progetto di crescita che possa migliorare il nostro futuro professionale e quello dei cittadini da noi assistiti.



Cartella Educativa: progetto di sperimentazione nell'Unità di Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche dell'Istituto Pediatrico G. Gaslini

di **Marco Deiana** Infermiere Pediatrico

Introduzione

L'educazione terapeutica nasce negli anni '70 ad opera di Jean Philippe Assal, Nel 1998 L'OMS regione Europa precisa che "l'educazione terapeutica è un processo permanente, integrato alle cure e centrato sul paziente." L'accreditamento Joint Commission International (che l'Istituto Gaslini ha recentemente ottenuto per il secondo triennio) precisa che "L'educazione sanitaria include sia le conoscenze necessarie durante il processo di cura, sia le conoscenze necessarie una volta che il paziente viene dimesso". All'interno dell'istituto esiste molto materiale educativo rivolto al bambino / famiglia, ed è in itinere la costruzione della cartella informatizzata. Una precedente sperimentazione di una cartella educativa è stata sospesa nel Marzo 2001.

Obiettivi

1-Fornire a tutti i bambini ed alle loro famiglie tutti gli elementi per conoscere e condividere l'iter terapeutico del trapianto di midollo, gli effetti collaterali ed i fattori di rischio delle fasi successive, le competenze necessarie per la gestione a casa in sicurezza della maggior parte delle possibili situazioni.

2- Somministrazione della cartella educativa "cartacea" a tutti i bambini che entrano in reparto e vengono sottoposti a TCSE al-

logenco.

3-Integrazione alla cartella informatizzata.

Materiali e metodi

Materiale educativo già esistente in istituto. Coinvolgimento di: medici, infermieri e psicologi del reparto.

Responsabili del progetto informatizzazione cartella Clinica.

Rivisitazione del materiale esistente.

Individuazione problemi relativi alla precedente sperimentazione.

Ricerca in letteratura di modelli esistenti.

Costituzione di un team multidisciplinare per definire:

- Criteri, tempi, sistemi di valutazione,
- Prima bozza da implementare, sperimentazione
- Prima valutazione
- Eventuali modifiche
- Seconda bozza da implementare, sperimentazione
- Seconda valutazione
- Eventuali modifiche

Conclusioni

La diagnosi educativa, la comprensione di ciò che il bambino e la sua famiglia hanno bisogno di sapere, di saper fare o di interagire, nel nostro reparto viene effettuata più

con le domande dei bambini e della famiglia che con quelle che facciamo noi. Questo è un fatto abbastanza implicito nel rapporto con il bambino/famiglia ed è impossibile assisterli senza considerarlo. Anche la valutazione delle loro competenze e le riprese educative sono insite nel rapporto che in ogni momento abbiamo con loro.

Coinvolgere i colleghi in questo progetto è risultato difficile.

Le schede di rilevazione del processo educativo sono il risultato iniziale di questo coinvolgimento.

Gli accreditamenti Joint Commission International (facoltativo per essere riconosciuto centro d'eccellenza) e JACIE, Joint Accreditation Committee ISCT EBMT (obbligatorio per i centri di trapianto di cellule staminali emopoietiche), hanno costretto l'Istituto Gaslini ad elevare ulteriormente lo standard qualitativo dell'assistenza e dei servizi erogati.

Questo progetto vuole contribuire a migliorare ancora di più l'esistente per garantire al bambino ed alla sua famiglia la cura mi-

gliore ed il ritorno a casa in sicurezza con le competenze anche sociali per gestire la propria malattia.

Elaborare uno strumento semplice da compilare, ma allo stesso momento esaustivo della complessità che incontra una famiglia che intraprende l'iter terapeutico di un trapianto di cellule staminali emopoietiche non è semplice.

Le schede ipotizzate sono un punto di partenza su cui lavorare per la costruzione di strumenti flessibili ed efficaci per una educazione terapeutica condivisibile con il bambino e la sua famiglia.

Questo progetto dovrebbe portare ad un maggiore coinvolgimento di tutti i colleghi. Il cambio culturale potrebbe portare, durante la sperimentazione, a qualche cambio strutturale, adeguando l'organizzazione alla nuova ottica educativa.

Il prossimo, indispensabile passo sarà una formazione al personale sanitario che educi ad educare.



Borse di studio 2013

**Qualità dell'assistenza e ricerca infermieristica:
un premio agli Infermieri a riconoscimento dell'impegno
nello sviluppo e nel miglioramento
dell'assistenza ai cittadini**

Anche quest'anno il Collegio Ipasvi di Genova ha in programma l'assegnazione di 6 borse di studio da destinarsi a colleghi che presenteranno progetti finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale.

La ricerca rappresenta uno strumento fondamentale per lo sviluppo dell'assistenza infermieristica e delle competenze professionali che vengono espresse ed offerte a cittadini e pazienti.

Il nostro Collegio vuole pertanto premiare i colleghi che hanno pensato e messo in campo proposte, progetti e attività innovative da realizzare o che saranno realizzati entro l'anno 2013.

I progetti potranno essere candidati da infermieri, infermieri pediatrici e assistenti sanitari iscritti al nostro Collegio.

Sul nostro sito compariranno i format specifici che i candidati dovranno compilare per partecipare al bando di concorso.

Sono state identificate tre aree tematiche e in particolare:

Area di sviluppo dell'innovazione e ricerca.

A questa area saranno candidabili i progetti finalizzati a sperimentazione di modelli assistenziali e/o organizzativi, di definizione di standard assistenziali, di sviluppo delle competenze cliniche presentati come lavori di tirocinio e tesi dei corsi di master e di laurea magistrale.

Area di sviluppo professionale.

A questa area saranno candidabili i progetti finalizzati alla revisione di processi assistenziali, formativi, organizzativi finalizzati alla contestualizzazione in ambito aziendale ospedaliero ed extra ospedaliero.

Area di sviluppo della competenza clinica.

A questa area saranno candidabili i progetti presentati dai neo laureati ai Corsi di Laurea di Infermieristica, Infermieristica Pediatrica, Assistenti sanitari

Per ciascuna delle aree identificate sarà pubblicata e rintracciabile sul sito del Collegio Ipasvi la modulistica necessaria per partecipare al bando

Le domande di partecipazione al presente bando andranno presentate entro il **30 luglio 2013** presso gli uffici di segreteria del Collegio IPASVI

La qualità in sanità: percepita... (o reale...?)

a cura di **Salvatore Ruggiero**

Negli ultimi dieci anni abbiamo assistito a profonde mutazioni all'interno del panorama sanitario: abbiamo visto nascere aziende ospedaliere che, come qualsiasi azienda qualitativamente competitiva, si sono avvalse delle più recenti strategie di mercato; sono stati introdotti concetti nuovi come la qualità dei servizi resi nell'ambito del SSN, (Servizio-Sanitario-Nazionale) l'accreditamento e la valutazione, e la revisione della qualità (VRQ), che permette di misurare il livello di qualità raggiunto, poiché l'obiettivo principale dell'odierno SSN è di garantire assistenza a tutti cittadini (come da art. 32 della Costituzione)¹.

Tutto ciò è avvenuto di pari passo con l'evoluzione della professione infermieristica: infatti abbiamo assistito all'istituzione del Diploma Universitario, all'approvazione del nuovo profilo professionale, all'abolizione del Mansionario, fino ad arrivare all'istituzione della Laurea in Scienze Infermieristiche e Ostetriche di Master per la formazione complementare, a dimostrazione che anche la professione infermieristica è un processo evolutivo dinamico.

Questi cambiamenti portano l'Infermiere sempre più verso la complementarietà con la funzione medica, per il fine comune che è la cura della persona nella sua totalità.

E' opinione ormai diffusa che, fra gli obiettivi perseguiti dal servizio sanitario, debbano essere inclusi i processi di miglioramento della qualità: ad essi si affida la crescita positiva della dimensione

"oggettiva" delle prestazioni sanitarie, intesa come l'insieme delle caratteristiche scientifiche e tecniche delle attività professionali.

Per qualità di una prestazione tuttavia si intende un concetto più ampio, che include necessariamente elementi "soggettivi", per loro natura non facilmente misurabili a cominciare dalle percezioni positive sperimentate dal cliente che accede ai servizi sanitari: in altre parole, il suo grado di soddisfazione. Tale è l'assunto della qualità percepita, dipendente in così larga misura dalle concrete relazioni che si instaurano tra un cliente ed i professionisti.

Attualmente, il quadro culturale del mondo sanitario si svolge lungo un apparente paradosso: da un lato l'oggettività rigorosa delle conoscenze tecnico-scientifiche, dall'altro la crescente valorizzazione della soggettività assunta come unità di misura reale.

L'infermiere deve garantire prestazioni assistenziali efficaci, appropriate e qualitativamente valide che rispondono ai bisogni di assistenza infermieristica che la persona manifesta senza dimenticare l'importanza d'instaurare una sana e veritiera relazione terapeutica.

Legata all'inevitabile evolversi tecnologico, scientifico e culturale della nostra società, sul versante dei servizi rivolti alla persona, si è andata sviluppando una crescente "cultura della qualità", centrata sempre più sulla soddisfazione del cittadino considerata un indice importante della funzionalità dei servizi stessi.

Negli anni è vertiginosamente aumentato il numero di recriminazioni in sede civile e penale da parte degli utenti verso gli operatori sanitari. Questo atteggiamento è in parte causato da una sempre crescente "informazione" (spesso attraverso vie discutibili come stampa e Internet) millantata dall'utente che spesso si risolve con richiesta di risarcimento. E' esperienza comune la sempre maggiore importanza in ambito ospedaliero degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico (URP)². Tale aspetto rende indispensabile l'attuazione di processi lavorativi che siano sicuri per il paziente ma anche



1 La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo della collettività e garantisce cure gratuite agli individui, "La Costituzione Italiana Parte I - Diritti e doveri del cittadino".

2 L'introduzione degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico nell'ordinamento italiano si colloca nella più ampia cultura della trasparenza amministrativa e nella crescente attenzione verso la qualità dei servizi ed il rapporto istituzione-cittadini. "Decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, art. 12 modificato dal d.lgs 30 marzo 2001, n. 165 art.11. www.urp.it/Servizi.jsp

protettivi nei confronti dell'operatore.

Definizione di Qualità

Ho potuto constatare, leggendo i vari testi a mia disposizione, che tutti gli autori si sono posti il problema di dare una definizione del termine "qualità" nel campo sanitario concetto di cui tutti afferriamo intuitivamente il senso, ma a cui pochi saprebbero dare una definizione esauriente. E' necessario partire da una premessa fondamentale: esistono molti modi per definire un concetto ed è proprio con lo scopo di voler mettere in evidenza alcune diverse declinazioni del termine qualità che ci si appresta a ripercorrerne l'iter.

La prima definizione di Qualità in Sanità appare nella letteratura medica nel 1933 ad opera di Lee e Jones³, che definiscono la qualità dell'assistenza come *"l'applicazione di tutti i servizi della moderna medicina scientifica necessari ai bisogni della popolazione"*.



Nel 1980 Avedis Donabedian, considerato uno dei massimi teorici della gestione della qualità delle cure, ha definito la qualità dell'assistenza medica come *"La capacità attesa di raggiungere i più grandi benefici netti possibili in base alle valutazioni degli individui e della società"*.

Nel 1986 la norma International Standard Organization (ISO - 8402) definisce la qualità come: *"...la totalità delle caratteristiche di un'entità che si fondano sulle sue capacità di soddisfare dei bisogni predefiniti e impliciti"*; alcuni anni dopo Klazinga (Klazinga, 1996)⁴ studiando il lavoro di Harris-Wehling (Harris-Wehling, 1990) ha costruito, partendo da 100 definizioni descritte nella letteratura inglese, una definizione integrata di qualità dell'assistenza sanitaria che indica: *"...il grado in cui i servizi sanitari per gli individui e le popolazioni aumentano la probabilità di raggiungere i risultati desiderati in termini di salute e sono coerenti con le migliori conoscenze professionali"*.

Ancora, Ovreteit nel 1992 la definisce come *"Completo soddisfacimento dei bisogni di coloro*

*che hanno bisogno di più al minor costo per l'organizzazione all'interno dei limiti e delle indicazioni stabilite dalle istituzioni e dai richiedenti"*⁵. La qualità non è quindi una proprietà assoluta, intrinseca ai servizi sanitari e indipendente dalle nostre percezioni; al contrario essa è un fenomeno dinamico e multi - direzionale che dipende da molti fattori, più o meno tra loro correlati. Nella nostra società non è più sufficiente offrire cura, ma occorre che i soggetti interessati percepiscano quest'atto come necessario e rispondente a parametri tecnico/qualitativi avanzati (ciò che di meglio la tecnologia disponibile può offrire). L'individuazione di criteri valutativi semplici ed efficaci, percepibili anche dal malato/utente diventerà un punto cardine della Sanità italiana.

Situazione legislativa

Negli anni 90 il panorama legislativo che ha trasformato il Servizio Sanitario Nazionale in un Sistema Azienda, ha reso evidente la necessità di individuare criteri operativi di riferimento che possano essere applicabili alle diverse prestazioni e ai diversi ruoli⁶.

La qualità (delle cure, dei servizi, della salute e della vita) che era stata fino ad allora considerata come area di ricerca di interesse secondario nel contesto di una medicina fortemente orientata agli aspetti quantitativi e tecnologici, si è trovata in questo modo di colpo ad essere un criterio di riferimento istituzionale da perseguire obbligatoriamente ed in modo generalizzato nelle pratiche di routine per tutti gli attori della sanità. Nel 2000, dall'avvio del progetto ministeriale "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali", si è modificato il paradigma della qualità attesa/percepita e si è rafforzata l'impostazione della valutazione della qualità in termini di attenzione al vissuto e alla percezione dei cittadini e degli operatori⁷.

In Europa la spinta decisiva all'adozione di sistemi di qualità da parte delle aziende e delle imprese è stata sicuramente dovuta al mercato unico che, avendo abbattuto le barriere tra i diversi paesi, ha anche imposto l'assicurazione di standard di qualità oggettivi che garantissero l'appartenenza delle aziende al mercato stesso. Lo standard di qualità è oggettivo in quanto garantito e validato da attestazioni che vengono rilasciate da organismi di certificazione, attraverso un processo trasparente di rispondenza a norme condivise a livello internazionale.

La progressiva affermazione dell'esigenza di migliorare il livello qualitativo dell'assistenza sanitaria ha ricevuto in questi ultimi anni una legittimazione normativa attraverso il Decreto legislativo n° 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni. In tale decreto, infatti, negli atti-

3 TQM-RRVF (2002) Total Quality Management Rotary Recreational and Vocational Fellowship.

4 Klazinga N.S. (1996) "Quality management of medical specialist care in The Netherlands: an explorative study of its nature and development" Ed. Uitgeverij Belvidere.

5 Fontana F., (2005) "Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale" Franco Angeli Sanità

6 Decreti Legislativi 502/92 e 517/93 "Riordino della disciplina in materia sanitaria".

7 Dossier 127 (2006) "La qualità percepita in Emilia Romagna - Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi"

coli 10 e 14 si prevede "la verifica e la revisione della qualità delle prestazioni come metodo adottato in via ordinaria". Nel D.Lgs 229/99, che ribadisce la necessità di garantire la qualità dell'assistenza e propone il metodo di verifica e revisione, prevedendo accordi tra Regione ed Aziende Sanitarie, si definiscono meglio i campi d'azione.

Nel Decreto vengono definiti i concetti di:

- Efficacia: capacità di produrre gli effetti desiderati.
- Efficienza: rapporti tra gli effetti reali di una prestazione ed i suoi costi di produzione.
- Rendimento: rapporto tra i risultati di una prestazione ed i suoi costi di produzione.
- Adeguatezza: rapporto tra i servizi disponibili e le esigenze della popolazione.

Si ha così il passaggio da un sistema di strutture finanziariamente dipendenti ed organizzate su modelli funzionali ad un sistema di tipo imprenditoriale, in cui la struttura ospedaliera è valutata sia in termini quantitativi che qualitativi nella produzione dei propri servizi⁸. Nello specifico, gli ospedali sono passati da un'organizzazione per funzioni, basata sulla suddivisione dei compiti⁹, a strutture che lavorano per processi, in cui il lavoro è svolto da piccoli gruppi con professionalità multidisciplinari ma accumulati da una condivisione di valori, di obiettivi e di responsabilità. Questa semplice previsione assume una valenza significativa nel più ampio contesto della logica innovativa introdotta dal processo di riordino del Servizio Sanitario Nazionale.

La Certificazione e le norme

Attraverso il sistema di certificazione della qualità viene attestata la conformità del prodotto o del servizio ai requisiti previsti, anche attraverso una verifica dell'impianto organizzativo dell'azienda.

In letteratura si riscontra che a motivare un'azienda alla certificazione del suo prodotto contribuiscono fattori diversi:

- ✓ il miglioramento della qualità;
- ✓ il miglioramento del controllo interno;
- ✓ la clientela;
- ✓ l'espansione in nuovi mercati, nazionali e internazionali;
- ✓ stare al passo con la concorrenza;
- ✓ dimostrare la propria professionalità.

Dal punto di vista normativo il mondo della qualità ha dei riferimenti ben identificati e precisi riconosciuti a livello internazionale. L'ISO (International Standardization Organization) è un'associazione mondiale di organismi di normazione. Attraverso i suoi comitati tecnici, a cui partecipano rappresentanti dei diversi paesi membri, vengono elaborate le norme per le diverse aree produttive. L'ISO collabora poi con altre associazioni relativamente ai diversi argomenti di perti-

nenza che vengono di volta in volta affrontati e normati; ad esempio collabora con l'IEC (Internazionale Electrotechnical Commission) in tutti i campi di normazione che riguardano il settore elettrotecnico. I progetti di norme internazionali, dopo essere stati elaborati dai vari comitati tecnici, sono distribuiti agli organismi nazionali di normazione al fine di ottenere un consenso tramite votazione. È necessario conseguire almeno il 75% dei voti favorevoli da parte degli organismi nazionali di normazione affinché possa avvenire la pubblicazione come "norma internazionale". In Italia questo ruolo è svolto dall'UNI (Ente di Unificazione Italiano).

In buona sostanza l'ISO si occupa della normazione di tutti i campi (escluso quello elettrotecnico) con lo scopo di favorire la normalizzazione di tutte le nazioni del mondo, elaborando e pubblicando le norme tecniche internazionali utili a favorire gli scambi di beni e servizi. La Comunità Europea ha un suo organismo di normazione, il CEN (Commissione Europea di Normalizzazione), che recepisce le norme ISO e le emana a livello comunitario.

Il processo di certificazione segue di norma un percorso comune a tutte le realtà internazionali: ad una fase iniziale di raggiungimento della certificazione segue la fase di mantenimento della stessa. Per la fase di raggiungimento della certificazione l'azienda deve redigere un Sistema Qualità Aziendale¹⁰ secondo le norme ISO e secondo le modalità operative di prodotto. Dal momento in cui il Sistema Qualità opera con successo nella realtà aziendale, questa viene sottoposta a certificazione da parte di un ente Certificatore, che analizza tutto il materiale prodotto a supporto della qualità e ne verifica sul campo la rispondenza. Per quanto riguarda poi il mantenimento di questa certificazione, esso deve essere perseguito mediante continui aggiornamenti



10 Il Sistema Qualità Aziendale è definito come *la struttura organizzativa, la responsabilità, le procedure, i procedimenti e le risorse messe in atto per la conduzione aziendale per la qualità*. Parte integrante di questo documento sono il Manuale Qualità, le Procedure Organizzative e le Istruzioni Operative, che ne rappresentano la parte operativa. Nel Manuale Qualità a ciascuno dei requisiti della norma ISO 9000 vengono fatte corrispondere specifiche politiche e obiettivi aziendali e normative di riferimento. Vengono poi dettagliati organigramma e mansionari, regole e indirizzi gestionali, responsabilità della direzione e criteri di verifica interni, di revisione del sistema qualità e di formazione e gestione del personale.

8 Il documento di riferimento per tali linee guida è il seguente: (2002) "NHS - Trust based patient surveys: inpatients acute hospitals", estende version, last update 11 february.

9 "La progettazione dell'organizzazione aziendale" Edizione. Il Mulino, Bologna. Mintzberg H. (1996)

e miglioramenti del Sistema Qualità, suggeriti dallo stesso ente Certificatore, allorché si riscontrino delle non conformità durante le visite ispettive periodiche. La certificazione è quindi il riconoscimento, da parte di un ente terzo, della rispondenza del proprio Sistema Qualità a precisi standard di metodologia di gestione e non entra tanto nel merito dell'abilità nella produzione di un certo bene o servizio¹¹. Il team di verifica dell'organismo formato da esperti di Sistemi Qualità e di processo esegue una verifica ispettiva nella struttura che ha chiesto di essere certificata. Durante tale verifica vengono esplorati tutti gli aspetti del Sistema Qualità e se non vengono riscontrate difformità l'organismo certificatore, sotto la sua responsabilità e basandosi su prove oggettive documentate rilascia la certificazione, che ha validità tre anni. Alla scadenza di questo periodo l'azienda deve essere sottoposta a verifica totale della rispondenza ai requisiti dichiarati, che viene comunque inframmezzata da visite annuali o semestrali su singoli aspetti del Sistema Qualità.

La qualità perfetta, come risulta da uno studio del SINCERT (Sistema Nazionale per l'Accreditamento degli Organismi di Certificazione), si raggiunge solo quando vengono rispettate e raggiunte tutte le esigenze, siano esse economiche, sociali, materiali o morali.

La Qualità dell'assistenza

Nei paesi anglosassoni si inizia a parlare di qualità del processo assistenziale attorno agli anni '70; in Italia circa dieci anni dopo.

Questo concetto di sviluppo coinvolge tutte le componenti dei servizi sanitari: l'utenza, gli operatori professionali e le istituzioni. L'utente non desidera più soltanto la semplice erogazione di una prestazione, ma esige un trattamento sicuro, consono alle più recenti conoscenze, e rispetto della propria dignità di persona¹². Gli operatori vogliono poter lavorare in modo responsabile, ricercando sempre più consenso dell'utente e la propria realizzazione professionale. Le istituzioni, infine cercano di ottenere il miglior rapporto costo/beneficio dalle risorse investite a fronte dei sempre più costosi bisogni di assistenza.

La Qualità percepita

Da circa un decennio il sistema sanitario ha condotto uno sforzo notevole per rendere la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati l'elemento informatore dello sviluppo organizzativo-gestionale.

La stima della qualità percepita non è sempre

stata interpretata come un'opportunità, occasione di ascolto ed indicazione al miglioramento: infatti, il problema della rilevazione della qualità percepita all'interno delle Aziende sanitarie ha spesso presentato incoerenze nella definizione degli obiettivi e nell'utilizzo e interpretazione dei risultati¹³. E' certo che anche la dimensione della qualità percepita sia degli utenti che degli operatori è divenuta parte essenziale dei criteri valutativi in un'ottica d'insieme di razionalizzazione e miglioramento del sistema di offerta di servizi sanitari.

La qualità percepita dagli utenti

Sebbene le attese professionali siano ampiamente riconosciute come importanti ed utili, altri aspetti della qualità sono stati richiamati negli anni più recenti e, fra questi, il riconoscimento delle preferenze e delle attese del paziente: un aspetto in passato spesso sottovalutato nella convinzione che il paziente, per una conoscenza talora molto limitata della qualità tecnica, avesse una scarsa capacità di giudizio. Negli ultimi anni, a partire dalla seconda riforma del sistema sanitario nazionale (D.Lgs 502/92)¹⁴ è stata posta particolare enfasi sull'attenzione nei confronti del cittadino/cliente, e si è affermato anche a livello istituzionale il principio per cui la valutazione dei servizi e delle prestazioni erogate implica la considerazione del punto di vista dell'utente come dimensione necessaria ed irrinunciabile, cui sono seguite poi le indicazioni relative alle Carte dei Servizi sanitari¹⁵ e agli uffici per le Relazioni con il Pubblico (URP)¹⁶. D'altra parte, nella filosofia del miglioramento continuo della qualità è doveroso includere il punto di vista dell'utente quale strumento per rilevare alcuni aspetti attinenti le dimensioni della qualità del servizio.

La qualità percepita dagli infermieri

Il concetto di qualità percepita dall'operatore sanitario, in verità meno affrontato in letteratura ha suscitato in me un vivo interesse ed un'attenzione particolare: ritengo che ogni professionista sanitario possa dare espressione concreta e tangibile delle proprie capacità prefiggendosi di migliorare la qualità delle proprie prestazioni. Al fine di realizzare questo miglioramento, l'infermiere deve partecipare attivamente e in prima persona alla progettazione e alla realizzazione di una modalità assistenziale operativa che sia in grado di superare eventuali disfunzioni, valorizzare le competenze e le professionalità garantendo all'utenza risposte adeguate e in linea con le più recenti innovazioni.

13 Dossier 127 (2006) "Agenzia Sanitaria Regionale"

14 Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n° 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1, della Legge 23 ottobre 1992, n° 421 e successive modificazioni", Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 1992, n° 305

15 La Carta dei Servizi sanitari rappresenta il patto tra le strutture del SSN e i cittadini - DPCM 19 maggio 1995

16 Quaderno del Ministero della Salute, (2010) "Cittadini e salute - La soddisfazione degli italiani per la sanità" n.5 settembre-ottobre

11 Con il termine certificazione di qualità si indica una precisa garanzia fornita al consumatore del prodotto o all'utente del servizio, che l'insieme delle caratteristiche, delle procedure di erogazione, delle fasi produttive, soddisfano le esigenze che l'utenza si attende da quel servizio o da quel prodotto. Calamandrei C. Orlandi C. (2009) "La dirigenza infermieristica - manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali" 3^a ed. McGraw Hill Milano

12 Grilli R. Taroni F. (2004) "Governo clinico - governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza" Il Pensiero Scientifico Editore Roma

L'infermiere ha oggi un compito molto importante che è quello di offrire il proprio contributo specifico, fatto di conoscenze più approfondite nella pratica assistenziale. Tale miglioramento può raggiungersi solo grazie al contributo di competenze, di esperienze, di idee e progettualità diverse ed integrate, e gli infermieri che si pongono in questa prospettiva nello svolgimento del proprio esercizio professionale rappresentano i protagonisti di un ampio progetto di valorizzazione e di impegno professionale per un'assistenza infermieristica di Qualità.

A volte gli organici non sono sufficienti, le strutture non sempre sono idonee, ma questo non ci ha impedito di comprendere che la nostra presenza, o meglio la percezione con la quale i pazienti ci "sentono", è fondamentale.

In un clima di governo della sanità nel quale la salute non ha l'attenzione ed i fondi necessari a renderla equa ed appropriata, ma soprattutto nell'era della riduzione dei costi e della valutazione dell'operato dei sanitari anche in rapporto ai bilanci consuntivi, mi sembra giusto aprire una piccola finestra di osservazione sull'importanza del nostro ruolo. E' iniziato così un lavoro di ricerca, peraltro difficoltoso, ma che mi ha incuriosito sempre di più. In Italia il divario tra ciò che l'infermiere fa, ciò che vorrebbe essere e come lo vede la società è molto alto.

Gli infermieri si impegnano al massimo per fornire la migliore qualità possibile, e sono molto motivati a migliorare le loro prestazioni attraverso indicatori valutativi. Essi sono consapevoli delle incertezze che persistono nel campo dell'assistenza sanitaria, della grande variabilità nella pratica, dello sviluppo rapido delle conoscenze mediche e della crescente domanda di medicina basata sulle prove di efficacia.

A livello economico, con la crescita della parte di prodotto interno lordo dedicata all'assistenza sanitaria, i Paesi europei hanno opportunità limitate di assicurare una qualità elevata e di affrontare i miglioramenti costanti delle tecnologie biomediche. Essi debbono utilizzare le risorse in maniera appropriata senza incidere sull'outcome dei pazienti¹⁷.

Conclusione

Il dovere morale di assicurare la qualità dell'assistenza infermieristica è assunto nell'etica e nella deontologia infermieristica, in termini di guida e sostegno del rapporto di fiducia instaurato con la persona assistita, ed in termini impegno all'acquisizione, al mantenimento e allo sviluppo della competenza professionale.

In conclusione una definizione di Qualità più specifica per l'ambito sanitario, può essere la seguente: fare solo ciò che è utile (efficacia teorica), nel modo migliore (efficacia pratica) con

il minor costo (efficienza), a chi (accessibilità), e soltanto a chi ne ha veramente bisogno (appropriatezza), affidando le cure a chi è capace (competenza), ottenendo i risultati migliori (soddisfazione).

Bibliografia

- Avallone F., Paplomatas A. (2005) "Salute Organizzativa", Raffaello Cortina Editore Milano
- Badri MA, (2008) "Attia ST Ustadi AM Testing not-so-obvious models of healthcare quality". *Int J Health Care Qual Assur* 21: 159-174.
- Calamandrei C. Orlandi C. (2009) "La dirigenza infermieristica - manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali" 3^a ed. McGraw Hill Milano.
- Decreti Legislativi 502/92 e 517/93 «Riordino della disciplina in materia sanitaria».
- "Decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, art. 12 modificato dal d.lgs 30 marzo 2001, n. 165 art.11. www.urp.it/Servizi.jsp
- Dossier 127 (2006) "La qualità percepita in Emilia Romagna - Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi".
- Fontana F., (2005) "Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale" Franco Angeli Sanità
- Grilli R. Taroni F. (2004) "Governo clinico - governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza" Il Pensiero Scientifico Editore Roma
- Levati M. Saraò M.V. (2004) "Il modello delle competenze" Franco Angeli Editore, Milano
- "La progettazione dell'organizzazione aziendale" Edizione. Il Mulino, Bologna. Mintzberg H. (1996)
- Netherlands: an explorative study of its nature and development" Ed. Uitgeverij Belvidere.
- (2002) "NHS - Trust based patient surveys : inpatients-acute hospitals", estende version , last update 11 february.
- Quaderno del Ministero della Salute - Cittadini e salute - La soddisfazione degli italiani per la sanità n.5 settembre-ottobre (2010)
- TQM-RRVF (2002) Total Quality Management Rotary Recreational and Vocational Fellowship.
- Klazinga N.S. (1996) "Quality management of medical specialist care in The
- Knon J. & Linger R. (2009) Innovative behaviour: the effect of structural and psychological empowerment on nurses. *Journal of Advanced Nursing* 65, 359-370.

17 Da Ministero della Salute (2001) Dipartimento della Programmazione Qualità e Servizio Sanitario Nazionale. Riferimenti e documentazione.

La vacanza che cura. Riabilitazione psichiatrica territoriale

di **Raul Quinzi** I. P. e Musicoterapista

È difficile reperire riferimenti teorici per questo tipo di attività. Si parla perlopiù di "gruppi vacanze". Tali attività nascono con le ben note "colonie dei folli" avviate in grossi falansteri isolati ed autogestiti e si sviluppano nei primi lavori fondati sull'idea di un'esperienza che potesse esprimere potenzialità riabilitative attraverso una preparazione accurata e strutturata in contesti di "normalità". I gruppi si riducono in numero di partecipanti e si programmano in località turistiche inserite in contesti urbani che prevedono l'utilizzo delle risorse ambientali e di un contatto diretto con la società. Il presupposto teorico è legato all'idea che la vacanza favorisca l'emersione di "parti sane" del paziente, e la sua sperimentazione di scenari relazionali di normalità. L'intervento quindi si prefigge di agire sul quotidiano e non sul patologico, e sulle capacità inesprese del paziente.

Ma la formula che da un paio di anni abbiamo provato ad avviare con evidente successo, presenta un'ulteriore variante ispirandosi a quella dei campi scout o quelli dell'azione cattolica organizzati per i giovani in età evolutiva. Il perché di questo tipo di scelta è legato a diversi fattori tra cui quello economico: date le scarse risorse che il servizio pubblico può offrire a questo tipo di iniziative ed ai tagli sempre più frequenti, questa soluzione ci permette di garantire un'attività riabilitativa di alto livello ad un costo molto basso. Altri motivi sono strettamente legati ai vantaggi terapeutico-riabilitativi che offre sul piano pratico: innanzitutto rimanere a contatto 24 ore su 24 con i pazienti consente una buona osservazione, una migliore conoscenza e, quindi, una relazione migliore attraverso la condivisione delle attività quotidiane, relazione che migliora tra paziente e paziente ma anche tra operatore e paziente; viene altresì garantita una corretta assunzione delle terapie, una maggiore responsabilizzazione sui compiti/lavori comuni, il rispetto delle regole di convivenza, una stimolazione attivante attraverso le attività condivise, infusione di fiducia e speranza. In tale contesto il paziente viene comunque messo in contatto

con la possibilità di sperimentare esperienze nuove delle quali, in genere, lo stile di vita isolato è carente e quindi la possibilità di lasciarsi andare e divertirsi. Possono essere inserite nel programma terapeutico-riabilitativo interventi specifici quali Musicoterapica, Pet Therapy, Biodanza, ecc..

Non va sottovalutato, inoltre, l'aspetto psicoeducativo dove i pazienti possono migliorare o acquisire il rispetto dello spazio altrui, la gestione degli spazi comuni, ma anche a cucinare, a lavorare insieme ad altri, ecc...

La vacanza proposta dal nostro Centro di Salute Mentale (CSM) della ASL 3 Genovese sito in Via Peschiera - 10, ai nostri assistiti, si articola in 10 giorni di soggiorno in una casa colonica. Ogni anno viene scelta una nuova località per cambiare cornice e per offrire sempre una nuova esperienza che mantenga alto il livello di interesse da parte di tutti i partecipanti, operatori compresi. Il numero dei partecipanti è di media in rapporto di 18 pazienti per 6 operatori di diversa qualifica professionale. Il primo anno la destinazione è stata a Reppia, paesino sito in Val Graveglia, mentre quest'anno ci si è spostati nel ponente ligure, in località Le Manie vicino a Finale ligure. Le attività svolte sono state accuratamente scelte e programmate a priori per creare un percorso sufficientemente accogliente e rassicurante che contenesse al suo interno un crescendo di intensità emotiva per permettere al paziente di sperimentare un'esperienza evolutiva in modo graduale e costruttivo. Si tratta di una serie di piccoli eventi "attivanti" proprio per rimettere in moto tutti quegli aspetti della personalità che durante il resto dell'anno vengono sopraffatti e "spenti" dalla malattia. Il paziente comincia a sentirsi parte di un gruppo, si sente importante, riacquista capacità che pensava di non avere o aver perso, si sperimenta, impara e si allena a stare dentro regole precise e soprattutto fa una cosa che raramente gli riesce di fare nella sua quotidianità: si diverte. Erano previste quindi:

- camminate/trekking;
- giochi vari (musicchiere, karaoke, tombola,

- indovina il personaggio, ecc..);
- tornei (calcio balilla, pallavolo, ping pong, ecc..);
 - visita in località turistiche urbane (Noli, Varigotti, Borge Verezzi, Finale, ecc..);
 - una sagra o manifestazione storica legata alla tradizione culturale ligure;
 - una visita ad una particolare attrattiva della zona (lo scorso anno Le Miniere di Gambatesa, quest'anno le Grotte di Toirano);
 - serata intorno al falò con canti e accompagnamento di chitarra;
 - passeggiata sotto le stelle in cerca delle stelle cadenti e riconoscimento delle costellazioni più note;
 - una serata in pizzeria;
 - una serata danzante trasformando un locale della struttura in vera e propria discoteca con musica dal vivo;
 - una sorpresa (il primo anno la serata in discoteca, il secondo anno un'esperienza di speleologia);
 - mare / snorkeling;
 - piscina.

Per quanto concerne i lavori condivisi, abbiamo diviso i partecipanti in tre gruppi che a rotazione si cimentavano in cucina (colazione, pranzo, merenda, cena), nelle pulizie quotidiane della struttura e nell'animazione della serata e dei giochi e tornei.

La giornata tipo era così articolata:

- sveglia ore 8 (sebbene la maggior parte dei pazienti si alzasse prima);
- colazione (il gruppo cucina preparava la colazione, apparecchiava, sparcchiava e lavava le tazze);
- il gruppo pulizie riassetta la casa;
- attività (gita, camminata, ecc..);
- pranzo (il gruppo cucina preparava il pranzo, apparecchiava, sparcchiava e lavava i piatti);
- riposo fino ore 15.00;
- mare o piscina;
- cena (il gruppo cucina preparava la cena, apparecchiava, sparcchiava e lavava i piatti);
- animazione serale.

Ovviamente quando le gite prevedevano un prolungamento anche nelle ore pomeridiane o serali, il pranzo o la cena erano al sacco.

Gli interventi di musicoterapia, biodanza, pet therapy erano inseriti all'interno dell'organizzazione della giornata in base al livello di "stanchezza" dei partecipanti. Era inoltre allestita un'infermeria da campo dove le terapie venivano somministrate e controllate agli orari prescritti e venivano eseguiti piccoli interventi medicali.

Al termine della vacanza è stato somministrato ai partecipanti un questionario anonimo di gradimento per conoscerne il vissuto psicoemotivo della stessa.

Tra i dati emersi è interessante notare che tra le attività più apprezzate vi sono proprio i lavori

condivisi (cucina e pulizie). Questo fa riflettere su quanto sia importante avere uno spazio per potersi esprimere, sentirsi utili e prendersi cura anche degli altri, a conferma del principio contenuto nella nostra Costituzione secondo il quale il "lavoro nobilita l'uomo".

In conclusione

A seguito del libero interagire, con poche limitazioni strutturali, il gruppo vacanze diviene un "microcosmo sociale" (I. Yalom-2010). Al suo interno i partecipanti possono sperimentarsi in una sorta di palestra relazionale dove si esplicitano con chiarezza il significato e le dinamiche del comportamento. Manifestano le loro modalità relazionali appartenenti alla realtà di tutti i giorni, e attraverso il feedback e la condivisione possono lavorare sulle proprie difficoltà di adattamento e sulla conoscenza e acquisizione di diversi modelli di comunicazione interpersonale. Nel "qui ed ora" che si protrae per tutta la durata della vacanza vengono quindi ricreate le caratteristiche terapeutico-riabilitative degli interventi di gruppo, con la particolarità che non si esauriscono nella durata della singola seduta a cadenza settimanale ma si protraggono dall'inizio alla fine in una vera e propria full immersion. È fondamentale quindi, l'esperienza emotiva che si delinea attraverso la condivisione di momenti piacevoli e "nutrienti" dal punto di vista affettivo. Infatti "quanto più l'esperienza è reale ed emotivamente carica, tanto più potente è la sua efficacia" (I. Yalom -2010) nel favorire modificazioni comportamentali interpersonali che possano essere acquisite ed esportate nella realtà di tutti i giorni.

BIBLIOGRAFIA:

- U. Galimberti - *Dizionario di Psicologia* - Ed. UTET - 1992
- Irvin Yalom con Modyn Leszcz - *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo* - Ed. Bollati Boringhieri - 2005
- John Steiner - *I rifugi della mente* - Ed. Bollati Boringhieri - 1996
- Un lavoro terapeutico - *l'infermiere in psichiatria* - Anna Ferruta - Ed. Franco Angeli - 2000
- Maria Ausilia Tacchini - *Professione infermiere nei servizi psichiatrici - dalla teoria alla prassi* - Ed. Masson - 1998

PIANO FORMATIVO - I° SEMESTRE 2013

Alleghiamo l'elenco dei corsi accreditati ECM che **potranno essere prenotati da tutti gli iscritti in regola con il pagamento delle quote di iscrizione**

TASSATIVAMENTE A PARTIRE DAL GIORNO 18/02/2013

presso gli uffici del Collegio in Via SS. Giacomo e Filippo 19/7 - 4°/p. dal lunedì al venerdì ore 10,00 - 12,30 e il lunedì e mercoledì dalle 14,30 - 16,00. E' possibile iscriversi agli eventi formativi e consultare i programmi in modalità ON-LINE attraverso il sito www.genova.ipasvi.it; per le modalità, cliccare in alto a destra nella home page del sito la voce **FORMAZIONE** ed in alto a sinistra apparirà la dicitura "iscrizione corsi on-line", proseguire inserendo tutti i dati richiesti.

Per la partecipazione a ciascun evento è chiesto un contributo a titolo di rimborso spese da effettuarsi anticipatamente con una delle nuove 4 forme di pagamento (i riferimenti al format d'iscrizione on-line).

Informazioni possono essere richieste ai referenti Progetto Rete

Ruggiero Salvatore 345/5771185 - Fiorenza Antonio 348/8377169

Data	Titolo	Cred	Orario	Luogo	€.
05/03	La terapia, l'educazione e l'attività con l'ausilio di animali dai presupposti teorici alla pratica clinica.	3	08.30 12.30	Sede IPASVI	10.00
12,19, 26/03 e 2/04	"Conoscere e lavorare ... con i Club degli Alcolisti in Trattamento"	27	09.00 17.00	Sede IPASVI	15.00
13/03	Kitchen in care. Seminario psico-gastronomico.	8	09.00 17.00	COOP Liguria	15.00
20/03	"Dolore e demenza" nell'anziano: conoscenze e responsabilità infermieristiche.	4	08.30 13.00	Sede IPASVI	10.00
29/03	L'epistemologia del rispetto e lo sviluppo del pensiero come strumenti della qualità assistenziale.	8	08.30 17.30	Sede IPASVI	15.00
03e04/04	Comunicazione ecologica per gli infermieri: dalla negatività vissuta alla negatività gestita. Coinvolgere, attivare ed aiutare in corsia.	15	14.00 18.00 08.30 18.00	Sede IPASVI	15.00
12/04 e 08/11	Fiore di loto: stare bene in acque torbide.	11	09.00 17.00 09.00 13.00	Sede IPASVI	15.00
17/04	La contenzione fisica nell'anziano: conoscenze e responsabilità del personale sanitario.	4	08.30 13.00	Sede IPASVI	15.00
18/04	L'infermiere facilitatore: negoziazione e comunicazione ecologica "corso avanzato"	8	08.30 17.30	Sede IPASVI	15.00
19/04	"Adolescenza - manuale di istruzione psicologiche per genitori ed operatori".	8	13.30 18.00	Sede IPASVI	15.00
24/04	L'emergenza in sanità: il ruolo dell'infermiere come professionista della salute.	4	08.30 13.00	Sede IPASVI	10.00
10/05	<i>Giornata Internazionale dell'Infermiere</i> Ricerca infermieristica e qualità dell'assistenza: le tesi accademiche dei colleghi neo laureati.	4	14.30 18.30	Vedi sito IPASVI	gratis
16/05	Riconoscimento precoce e gestione dei segni e sintomi di peggioramento dei pazienti ricoverati ...	6	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
17/05	Lo sviluppo psicologico dalla prima infanzia alla pre-adolescenza.	7	13.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
31/05 e 13/12	Fiore di loto: stare bene in acque torbide.	11	09.00 17.00 09.00 13.00	Sede IPASVI	15.00
22/05	Elettrocardiografia: aspetti teorici e pratici del ruolo infermieristico.	7	09.00 17.30	Sede IPASVI	15.00
24/05	Corso base di immobilizzazione in area traumatologica.	6	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
28e29/5	La comunicazione come competenza professionale: uno strumento da conoscere, acquisire, sviluppare.	8	14.00 18.00 14.00 18.00	Sede IPASVI	15.00
03/06	"La lettera infermieristica di dimissione".	4	13.30 17.30	Sede IPASVI	10.00
05/06	"La gestione del dolore post operatorio".	4	13.30 18.00	Sede IPASVI	10.00
07/06	Confronto tra professionisti in sala operatoria: competenze e conoscenze.	6	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
12/06	Kitchen in care. Seminario psico-gastronomico.	8	09.00 17.00	COOP Liguria	15.00
18/10	La Violenza sulle Donne: quali conoscenze e competenze del personale sanitario - CONGRESSO PROVINCIALE - PROGETTO RETE	5	08.30 16.00	Vedi sito IPASVI	gratis