

progetto INFERMIERE

ANNO 2014 • 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

***La responsabilità dell'infermiere
nell'ambito delle infezioni ospedaliere***

***ECM NEWS: quali novità e quali adempimenti
nel campo della formazione continua***

Piano formativo I° semestre 2014



IPASVI

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:

Pasquale La Torre, Ivana Valle,
UNIAUSER Genova,
Simona Borgna, Roberta Parodi,
Marcello Del Papa, Antonio Fiorenza,
Salvatore Ruggiero, Carmelo Gagliano.



IPASVI

Collegio di Genova

sommario

- 3 L'editoriale**
- 5 Le responsabilità dell'infermiere nell'ambito delle infezioni ospedaliere**
- 9 La ASL 3 Genovese sviluppa l'offerta degli screening oncologici**
- 10 ECM NEWS: quali novità e quali adempimenti nel campo della formazione continua**
- 11 Persone fragili: carta dei diritti per chi non ha voce**
- 12 Notizie in breve**
- 18 PET THERAPY: come un animale può divenire co-terapeuta nell'assistenza infermieristica**
- 22 L'infermiere pediatrico e la Pet Therapy: un possibile scenario all'interno dell'Istituto Gaslini**
- 26 Recensione**
- 28 Piano formativo I° semestre 2014**

l'editoriale

di Carmelo Gagliano

Care/i Colleghe/i

ci lasciamo alle spalle un anno ancora di fatiche e ci apprestiamo ad affrontarne un altro dove le incognite sono davvero tante. Mi sembra realistico accostare questo nostro tempo con l'Esodo che nella Bibbia ci narra di un cammino che avviene senza certezze e prosegue verso un approdo che evoca timori ma anche speranze. Il momento storico-culturale che ci troviamo a vivere come cittadini ma anche come Infermieri ricalca molto le condizioni dell'Esodo e ci invita comunque a sentimenti di liberazione e alleanza.

Liberazione nel senso di ricercare, sperimentare e proporre nuove modalità di assistenza ai nostri cittadini perché saremo noi tra qualche anno fruitori dei modelli assistenziali che in oggi dobbiamo iniziare a definire e consolidare. Dobbiamo con forza contribuire a demedicalizzare la salute con un impegno forte a diffondere la cultura dell'assistenza soprattutto alle persone fragili che hanno bisogno più di Infermieri che di medicine.

Alleanza nell'unire i saperi e gli agiti con determinazione e impegno a rappresentare la nostra voce in ogni luogo dove si programma e si allocano risorse per la tutela della salute. Non possiamo e non dobbiamo rimanere in disparte o delegare ad altri tutto ciò che possiamo fare per un cambiamento radicale delle condizioni di lavoro prima e degli esiti assistenziali a seguire. Durante l'Esodo la forza vincente è stato credere in un progetto e guardare avanti affidandosi l'uno all'altro in un impegno di alleanza reciproca non per sé stessi ma per il bene di tutti.

Oggi, rispetto a ieri sono cambiati i bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione con prevalenza delle malattie cronico-degenerative e pluripatologie. La risposta quindi è solo una **la continuità assistenziale**. Le nuove generazioni di Infermieri devono proiettarsi in due distinte dimensioni professionali: l'esercizio della libera professione e l'assistenza territoriale e domiciliare. Altri scenari sono difficili e inadeguati ai bisogni di salute e l'Infermiere del futuro, che è già oggi, deve confrontarsi con un modello di ruolo che oggi valorizza e testimonia l'impegno quotidiano a dare risposte di assistenza fuori

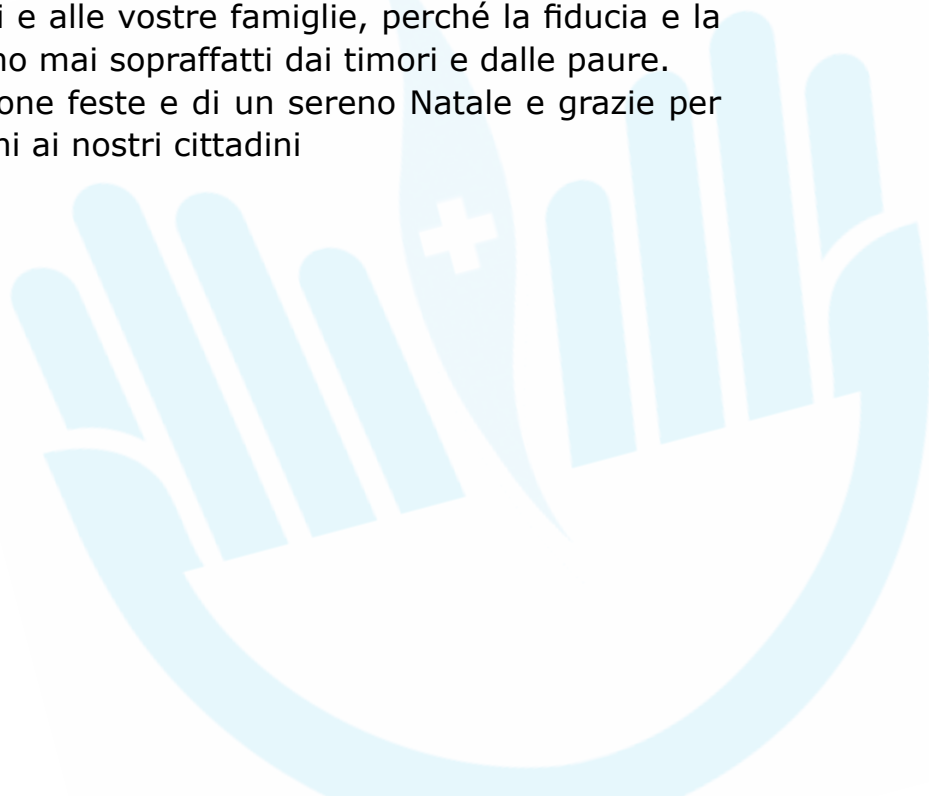
dalle mura protette dell'organizzazione ospedaliera mettendoci la faccia sulle scelte in autonomia di pianificazione dell'assistenza e di scelta degli interventi più appropriati.

Un pensiero vogliamo dedicarlo ai tanti colleghi che si affacciano alla professione. Benvenuti!!! Siete lievito che deve aiutare tutti noi a crescere stimolando i progetti, le capacità e le aspirazioni assopite in ognuno di noi. Dedicheremo una giornata per **l'accoglienza dei neo-laureati** ai primi di Marzo per un saluto e anche per l'assegnazione delle **Borse di studio** che abbiamo messo a disposizione per tutti quei colleghi che hanno proposte interessanti da presentare per un miglioramento della qualità dell'assistenza.

Particolare attenzione viene altresì riservata a informare tutti i colleghi sulle principali innovazioni che comporta il **sistema di Autoassicurazione regionale** e quindi parleremo di responsabilità professionale con momenti di incontro che svolgeremo all'interno delle Aziende Sanitarie incontrandovi personalmente.

Numerosi sono i fronti aperti nell'ambito della sanità che ci riguarda e in questo numero della rivista dedichiamo spazio alle **novità in materia di formazione continua ECM** per l'attivazione del portale COGEAPS al quale ciascun sanitario può rivolgersi per conoscere la propria situazione in materia di crediti ECM. E in tal senso, prosegue la qualificata e ricca offerta di eventi formativi che vi proponiamo con un programma variegato di contenuti ma per la prima volta con l'offerta di **corsi per l'area dell'Emergenza-Urgenza** quale risposta alle numerose richieste provenienti dai colleghi.

A nome mio personale e di tutto il Consiglio Direttivo porgo un saluto e un augurio a Voi tutti e alle vostre famiglie, perché la fiducia e la gioia del cuore non siano mai sopraffatti dai timori e dalle paure. Affettuosi Auguri di Buone feste e di un sereno Natale e grazie per l'impegno a essere vicini ai nostri cittadini



La responsabilità dell'infermiere nell'ambito delle infezioni ospedaliere

di **Pasquale La Torre** - Infermiere - Parma

INDICE DEGLI ARGOMENTI

- Definizione Infezioni Ospedaliere (IO)
- Cenni d'ezio epidemiologia
- Misure preventive
- Aspetti deontologici e giuridici
- Conclusioni
- Bibliografia

DEFINIZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE

Le infezioni ospedaliere sono quelle insorte **durante il ricovero** in ospedale, o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, ne erano in incubazione.

Sono spesso causate da saprofiti ambientali o commensali endogeni, la cui azione è favorita dagli alterati meccanismi di difesa e dalle maggiori possibilità di esposizione dell'ospite.

CENNI DI EZIO-EPIDEMIOLOGIA

Tra gli agenti eziologici più diffusi si trovano alcuni patogeni convenzionali e numerosi opportunisti, in modo particolare i batteri gram negativi.

Il largo utilizzo degli antibiotici ha incrementato il **grado di resistenza** dei patogeni e la loro capacità di moltiplicarsi.

Tra gli enterobatteri, la specie più frequentemente responsabile di IO è rappresentato da **Escherichia coli**, seguita da **Klebsiella**, Enterobacter, Serratia.

L'emergere della resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri costituisce un problema clinico sempre più rilevante, dato che questi antibiotici rappresentano la terapia principale delle infezioni da enterobatteri Gram negativi multi resistenti. Gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) sono molto frequenti in ambito ospedaliero, la mortalità varia dal 20-20% con punte del 70%.

Serbatoi e sorgenti delle IO sono:

- il malato stesso;
- gli altri malati;
- **il personale d'assistenza**;
- l'ambiente;

Le IO si distinguono in "endogene" ed "esogene". Nel primo caso l'infezione proviene dal malato, nel secondo caso dall'ambiente esterno: personale, altri malati, strumenti, ecc.

La via di trasmissione più frequente è rappresentata **dalle mani**, dove normalmente risiede lo Staphilococcus epidermidis.

Le altre modalità di trasmissione riguardano:

- il contatto tramite goccioline emesse attraverso tosse o starnuto;
- il contatto indiretto attraverso un veicolo contaminante (es broncoscopio);
- il contatto per via area attraverso patogeni che sopravvivono nell'aria e sono trasmessi a distanza.



Circa **l'80% delle IO** interessa quattro sedi: tratto **urinario, ferite chirurgiche, apparato respiratorio e infezioni sistemiche** (sangue). Secondo stime internazionali accreditate, le IO si verificano nel **5-10% dei pazienti ospedalizzati**, 5% in pazienti residenti in strutture per anziani, 1% nei pazienti assistiti a domicilio. Solo negli USA, le IO sono responsabili di 80 mila decessi l'anno.

L'infezione urinaria rappresenta il **35-40%** di tutte le IO. Negli ultimi anni però, si sta osservando un calo di queste e un aumento delle sepsi e delle polmoniti, conseguenza probabile dell'antibiotico resistenza e dall'aumentato utilizzo dei CVC.

Le IO interessano prevalentemente **l'area critica e quella chirurgica**. I pazienti chirurgici sviluppano il 70% circa di tutte le IO. I pazienti ricoverati in terapia intensiva, sviluppano invece il 20-25%, e sono quelli in cui si verifica il maggior numero di decessi associati ad infezione.

MISURE DI PREVENZIONE

Quando si parla di misure preventive, uno dei riferimenti scientifici più accreditati a livello internazionale è rappresentato dalle **Raccomandazioni dei Cdc d' Atlanta**, che permettono agli operatori sanitari di operare con efficacia e sicurezza.

Le IO possono essere prevenute con l'adozione di buone pratiche assistenziali come:

- il **lavaggio frequente delle mani**;
- l'applicazione di procedure standard durante le manovre invasive (manipolazione dei CVC, ventilazione assistita, linee infusive, ecc);
- il rispetto delle comuni norme igieniche,
- il rispetto delle procedure di sanificazione e sterilizzazione dei presidi;
- il sistema chiuso dei cateteri vescicali;
- l'isolamento protettivo (in casi d'infezioni multi resistenti conclamate).

La prevenzione ha importanti riflessi sulla qualità complessiva dell'assistenza, con ricadute positive sulla **prognosi** del paziente, sugli indicatori di accreditamento e sui **costi** del servizio sanitario.

ASPETTI DEONTOLOGICI E GIURIDICI

La responsabilità è la consapevolezza delle conseguenze dei propri comportamenti e modo di agire che ne deriva. Il concetto definisce la congruenza con un impegno, perché sottintende l'accettazione di qualsiasi conseguenza.

La responsabilità professionale configura una condizione per la quale un soggetto giuridico (es. l'infermiere) può essere chiamato a rispondere di un obbligo assunto in precedenza (es. con il

paziente).

Le norme che disciplinano l'attività professionale sono le seguenti:

- il **Profilo professionale** (DM 734/94);
- il **Codice Deontologico** dell'Infermiere (2009);
- gli ordinamenti didattici della **formazione base e post base**.

Le altre norme che disciplinano il quadro complessivo del contesto in cui si esercita la professione e che determinano in modo più completo la responsabilità, sono riconducibili al Contratto di lavoro, alla normativa specifica (es. infezioni, trasfusioni, farmaci stupefacenti) e alle procedure accreditate nell'ambito aziendale.

Il **decreto legislativo n. 42/1999 "disposizioni in materia di professioni sanitarie"** definisce la professione infermieristica come "professione sanitaria", elimina il termine "ausiliaria" e abroga, di fatto, il mansionario (DPR 225/74). Quest'ultimo dispositivo implicava **una responsabilità limitata ad alcune mansioni** "a lui consentite".

Con la nuova normativa introdotta dal DL n. 42/99, il concetto di responsabilità non è più racchiuso in una elencazione di mansioni, ma si amplia a una serie di **competenze tecniche, relazionali, organizzative e dirigenziali**, derivanti in prima istanza dalla formazione base, e successivamente post base, specializzazioni, aggiornamento.

La definizione delle aree di responsabilità diventa quindi più dinamica, aggiorna i suoi contenuti in riferimento ai percorsi formativi e ai campi d'applicazione della professione.



Lo specifico infermieristico, maturato dal Profilo professionale, è a carattere preventivo, curativo, riabilitativo e educativo.

L'infermiere diventa a pieno titolo **"il responsabile dell'assistenza generale infermieristica"**, che si esplica attraverso un metodo basato su:

- **identificazione dei bisogni;**
- formulazione di obiettivi;
- pianificazione degli interventi;
- gestione delle attività;
- valutazione dei risultati.

Nell'ambito della prevenzione delle infezioni ospedaliere, la normativa di riferimento si richiama alla **Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985 "lotta contro le infezioni ospedaliere"** (novellata dalla Circolare n. 8/1988), dove s'individua l'infermiere come **"figura fondamentale per la sorveglianza delle infezioni ospedaliere"** e si introduce il sistema di **vigilanza attiva delle IO**.

Hanno valenza giuridica le Raccomandazioni del Consiglio Europeo 09/06/2009, le Linee guida scientifiche e le procedure aziendali accreditate.

Da un punto di vista operativo, la prevenzione delle infezioni ospedaliere da parte dell'infermiere è attuata attraverso misure preventive come il lavaggio delle mani, il rispetto delle procedure di disinfezione-sterilizzazione, l'igiene del malato, il controllo dell'ambiente (es. sanificazione, isolamento), l'adozione di pratiche basate su una documentata efficacia (es. cambio linee infusive).

L'infermiere che ricopre ruoli organizzativi e gestionali (coordinatore, esperto infezioni del Servizio di Igiene ospedaliera, dirigente assistenziale), assume una responsabilità riferibile al piano degli interventi di rilevazione, misurazione, controllo, gestione, informazione, formazione, educazione.

L'accertamento della responsabilità professionale nell'ambito delle infezioni ospedaliere è senza dubbio molto complessa.

Nel caso in cui si verifica un danno (infezione) alla persona, i riferimenti giuridici sono contenuti nel codice civile e penale del nostro ordinamento e nell'orientamento giurisprudenziale del caso in specie.

Gli elementi che definiscono il tipo di responsabilità professionale sono due:

- **il carattere colposo;**
- **la necessaria sussistenza del nesso causa-effetto.**

Nel primo elemento, la colpa professionale si riconduce sostanzialmente alla **negligenza, imprudenza e imperizia**. Esempi pratici sono la condotta superficiale, la mancanza di conoscenze specifiche e/o abilità tecniche, il

mancato rispetto delle buone pratiche.

Nel secondo invece, per l'accertamento della responsabilità professionale, è fondamentale verificare la sussistenza di un rapporto tra **condotta colposa e il danno subito dalla parte lesa**. Questa valutazione di merito è assegnata all'Organo giudicante.

La condotta colposa può essere attribuita ad un intervento effettuato in modo errato (es. contaminazione di uno strumento durante la manovra invasiva), oppure per una omissione (es. mancato controllo delle scadenze di sterilizzazione di uno strumento).

L'infermiere, così come qualsiasi altro professionista, **ha l'obbligo dei mezzi e non del risultato**. Non può garantire che le infezioni non possono insorgere, ma deve fare di tutto per erogare un'assistenza ottimale. Deve dimostrare di aver adottato tutte le misure atte a prevenire il danno.

Se il giudice stabilisce la sussistenza tra la condotta colposa dell'infermiere e il danno subito dal paziente, nella fattispecie l'insorgenza di un'infezione, il professionista può essere chiamato a rispondere **per lesioni colpose (art 590 c.p.)** e punito con reclusione, o multa, a seconda della gravità delle lesioni cagionate. Nel caso in cui l'infezione comportasse la morte del paziente, il reato contestato potrebbe essere l'omicidio colposo.

L'accertamento della responsabilità professionale nell'ambito delle infezioni ospedaliere, come accennato in precedenza, risulta essere complesso per la **difficoltà nel trovare il nesso causa-effetto** dovuto principalmente a:

- eterogeneità degli interventi e gli ambienti dove sono effettuati;
- molteplicità dei fattori e degli operatori presi in causa;
- variabilità condizioni cliniche del paziente.
- tempi di incubazione dell'infezione;

In termini pratici l'imputazione, ad esempio, della responsabilità di un'infezione sistemica (sepsi) è molto difficile. Le condotte colpose che concorrono al danno possono essere diverse e verificarsi in tempi, modi e ambienti differenti.

La casistica attuale è ridotta per le difficoltà descritte, ma questo non deve sviare l'infermiere, facendone sottovalutare il grado di responsabilità, perché la normativa specifica e quella professionale sono in continua evoluzione, aumenta la videosorveglianza diretta delle unità letto, le procedure d'accreditamento istituzionale introducono sempre maggiori strumenti di controllo individuale delle attività assistenziali (es. check list), e infine la giurisprudenza inizia a delineare profili di responsabilità dove sono coinvolte più persone o **l'intera équipe**.

Su quest'ultimo punto, si elencano alcune sentenze emesse dall'Ordine giudicante sulla responsabilità in ordine alle infezioni ospedaliere.

"Logica (art. 2727 cc), comune esperienza (art 115 cpc) e finanche il buon senso inducono a ritenere che l'infezione avvenne in ambiente ospedaliero, sarebbe stato infatti sommariamente implausibile che la paziente (un infermiera), fosse stata imprudente e malaccorta, dopo la dimissione, nel portare la propria ferita a contatto con potenziali focolai di agenti patogeni"

Tribunale Roma 07/11/2004

"Il rischio di infezioni ospedaliere è conosciuto, e proprio per questo sussiste la responsabilità in caso di ricovero non appropriato, in quanto vi è stata una negligente esposizione ad agenti patogeni".

Sentenza civile Corte di appello di Milano 369/2006

"L'infezione manifestatasi dopo l'operazione chirurgica era verisimilmente dovuta ad un'igiene non accurata della sala operatoria"
Tribunale di Monza 17/07/2006

CONCLUSIONI

Le infezioni ospedaliere insorgono durante il ricovero in ospedale e sono quasi sempre attribuibili ad una carenza del sistema. Incidono negativamente sulla prognosi della malattia e sui costi del servizio sanitario. Ogni anno, solo i risarcimenti costano al Ssn 8 milioni di euro, a questi si aggiungono i costi sociali dovuti al prolungamento della degenza.

Le infezioni ospedaliere possono essere prevenute nella misura del 35% attraverso l'adozione di pratiche sicure e semplici come il lavaggio delle mani e il rispetto delle procedure standard.

Gli agenti eziologici più problematici sono i patogeni che hanno sviluppato resistenza agli antibiotici e che in pazienti immunodepressi possono comportare gravissime conseguenze. Tra questi, *Klebsiella* e *Pseudomonas Aeuriginosa*. La via di trasmissione più frequente è rappresentata dalle mani, in secondo ordine la trasmissione per via aerea e per contagio diretto. Le infezioni ospedaliere colpiscono in primo luogo l'apparato genito urinario (35-40%), l'apparato respiratorio, la cute e il sangue. Negli ultimi anni si è registrato una diminuzione delle infezioni urinarie e un contestuale aumento di quelle del sangue, probabilmente causate dall'incremento dei cateteri venosi centrali (CVC).

I pazienti più colpiti sono ricoverati nell'area critica e nell'area chirurgica.

La responsabilità dell'infermiere nelle infezioni ospedaliere ha assunto un rilievo

importante dopo le norme che hanno abolito il Mansionario e hanno introdotto elementi giuridici e deontologici fondati principalmente sulla formazione. La normativa professionale dell'infermiere e quella specifica delle infezioni, incidono più efficacemente nell'individuazione delle competenze e delle responsabilità.

L'accertamento della responsabilità nelle infezioni ospedaliere risulta essere complessa a causa della difficoltà di verificare il nesso causa-effetto e la variabilità dei fattori e dei professionisti presi in causa.

L'evoluzione della normativa specifica, l'accreditamento istituzionale e la recente giurisprudenza, rendono sempre più identificabile e quantificabile l'attività individuale e quella d'equipe.

BIBLIOGRAFIA

"Infezioni ospedaliere".

Luglio 2002.

Supplemento de l'Infermiere n.7-8/02.

"Le infezioni ospedaliere: elementi di epidemiologia e prevenzione".

Organizzazione sanitaria 3-4 /2004; 3-26.

"Prevenzione delle infezioni ospedaliere: strategie efficaci". E. Rostagno.

Ematology meeting reports 2007; 16)

"Implicazioni medico-legali in tema di infezioni". Difesa sociale. Vol LXXXII n. 3 (2003) pp 81-100;

"Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie"

Agenzia sanitaria e sociale regionale E.R, 01/07/2011;

"Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza" Progetto INF-OSS 02-01-2010 Agenzia Sanitaria e Sociale Emilia Romagna;

"I risarcimenti da infezioni ospedaliere costano al Ssn 8 milioni di euro l'anno". Ipasvi-attualità 15.05.2013;-

SITOGRAFIA

- www.epicentro.iss.it
- www.assr.regione.emilia-romagna.it
- www.ipasvi.it

La ASL 3 Genovese sviluppa l'offerta degli screening oncologici

Dott.ssa Ivana Valle - Responsabile screening prevenzione oncologica ASL 3 Genovese

La ASL3 Genovese è fortemente impegnata, con i suoi dipartimenti ospedalieri e territoriali, nel continuo e costante sviluppo dell'offerta dei programmi dei tre screening oncologici in area metropolitana.

L'estensione dell'offerta degli screening dei tumori del colon retto e della cervice uterina, iniziata da pochissimi mesi, prevede per il 2013 di invitare a screening colo - rettale oltre 100.000 assistiti di entrambi i sessi e a screening della cervice uterina più di 60.000 assistite.

Inoltre, la radicale e complessiva riorganizzazione del percorso dello screening della mammella, iniziata in azienda da circa un anno, ha consentito di perfezionare l'offerta del programma nel primo semestre di quest'anno e di prevedere, per il 2013, inviti per circa 60.000 assistite.

Per offrire a tutti i cittadini utenti una piena informazione sui programmi di screening e sulla loro modalità di erogazione e per accrescere e uniformare le competenze di quanti operano in e per l'azienda, la ASL 3 ha reso disponibile on line il sito <http://www.screening.asl3.liguria.it/> e ha attivato dei corsi FAD per il proprio personale dipendente e convenzionato.

I corsi FAD : "lo screening organizzato dei tumori del colon retto e della cervice uterina" (30 crediti ECM) e "lo screening organizzato del tumore mammario: corso base" (15 crediti ECM) sono consultabili per gli operatori ASL dalla pagina intranet aziendale e per i Medici di Medicina Generale dal sito <http://formazione.asl3.liguria.it/>

Per info
Dottor Ivana Valle - 010 849 8982
ivana.valle@asl3.liguria.it
Dottor Valerio Tofanelli - 010 849 8988
valerio.tofanelli@asl3.liguria.it



ECM NEWS: quali novità e quali adempimenti nel campo della formazione continua

a cura Ufficio di Segreteria Collegio IPASVI Genova

Banca dati nazionale COGEAPS

A partire dal 2 Dicembre 2013, il Co.Ge.A.P.S. ha reso disponibile ai singoli professionisti sanitari iscritti ai Collegi professionali l'accesso alla banca dati del Consorzio. L'accesso sarà possibile previa registrazione al portale. Tramite questo servizio, sarà possibile visualizzare tutti i crediti ECM già acquisiti (sia a livello nazionale che regionale) e programmare la propria formazione per il triennio 2014 - 2016 tramite la costruzione del Dossier Formativo individuale. Il servizio di consultazione dei crediti e costruzione del Dossier Formativo viene fornito, al momento, a titolo sperimentale: pertanto le eventuali difficoltà o anomalie saranno gestite come un work in progress. La banca dati Co.Ge.A.P.S. raccoglie le anagrafiche di circa 1.100.000 professionisti sanitari e contiene approssimativamente 185 milioni di crediti ECM.

QUANTI CREDITI?

Nel triennio 2011-2013 il debito formativo fissato è di 150 crediti ma con la possibilità di riportare dal triennio precedente fino a 45 crediti (vedere tabella)

Crediti acquisiti nel triennio 2008-2010	Fabbisogno triennale 2011-2013
da 101 a 150	105
da 51 a 100	120
da 30 a 50	135

ESONERI

Sono riconosciuti dal Collegio IPASVI a cui va presentata specifica documentazione.

Sono previsti esoneri dall'obbligo formativo nei seguenti casi:

Maternità e Congedi / Famiglia

Sono esentati, nella misura di 4 crediti per mese, i professionisti che sospendono l'attività professionale per più di 15 giorni a causa di congedo di maternità obbligatoria, congedo parentale, adozione e affidamento preadottivo, aspettativa per pratiche per adozione internazionale, congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap, aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari.

Malattia e Congedi Vari

Sono esentati, nella misura di 4 crediti per mese, i professionisti che sospendono l'attività professionale per più di 15 giorni a causa di permessi retribuiti

per i professionisti affetti da gravi malattie, assenza per malattia, richiamo alle armi o servizio volontario alla Croce Rossa, aspettativa per cariche pubbliche elettive, aspettativa per cooperazione con i Paesi in via di sviluppo, distacchi per motivi sindacali.

Formazione

Sono esonerati i professionisti che frequentano corsi di formazione manageriale, corsi post-base, cioè corsi di specializzazione universitaria, dottorati di ricerca, master universitari, corsi di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, formazione complementare. L'esonero riguarda l'intero periodo di formazione nella misura di 4 crediti per mese.

Tutoraggio e docenza

Sono riconosciuti 4 crediti per mese di **tutoraggio** a coloro che svolgono formazione pre e post laurea e a coloro che svolgono attività di tutoraggio all'interno di tirocini formativi e professionalizzanti pre e post laurea. I crediti così acquisiti, calcolati insieme a quelli ottenuti per docenza, pubblicazioni, ricerche, non possono superare il monte del 60%

Sono **ESCLUSI** gli assegnatari di uno specifico incarico istituzionale di insegnamento, anche a titolo gratuito.

Docenza: sono attribuiti 2 crediti per evento a prescindere dalle ore di docenza effettivamente svolte per ECM svolti fino al 31.12.2010

FORMAZIONE ALL'ESTERO

E' possibile acquisire crediti frequentando corsi di formazione individuale residenziale o F.A.D. non accreditati in Italia nei Paesi dell'Unione Europea, Svizzera, Stati Uniti e Canada.

Il conteggio dei crediti riconosciuti viene fatto nella misura del 50% dei crediti attribuiti al singolo evento. I crediti così acquisiti non possono superare il 50% dell'obbligo formativo triennale.

Ulteriore restrizione è che ad ogni singolo evento non sono riconoscibili più di 25 crediti a meno che non sussistano specifici accordi riconosciuti tra regioni transfrontaliere e comunque fino ad un massimo di 50. Ultimata la frequenza bisognerà inoltrare tutta la documentazione all'ente accreditante di riferimento (regione, provincia autonoma o altro incaricato, ad es. ufficio formazione dell'azienda SE incaricato), i liberi professionisti potranno inoltrarla al proprio Collegio che provvederà all'inoltro al Cogeaps.

Possono essere registrati solo i crediti esteri conseguiti dal 1.1.2008

Persone fragili: carta dei diritti per chi non ha voce

UNIAUSER Genova

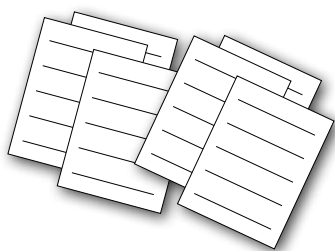
La proposta di un corso centrato sui diritti degli anziani nasce dalla consapevolezza che l'argomento non può più essere trascurato, sia per l'ampiezza numerica, sia per la gravità delle violazioni che la cronaca quotidiana e l'esperienza diretta offrono a chi ha sensibilità sufficiente per mettersi in discussione. Come risulta dal programma allegato, si intende presentare una ricognizione dei diritti degli anziani, a partire dai diritti fondamentali che, nonostante il loro riconoscimento universale, ancora non trovano compiuta applicazione nella società contemporanea. Ci si soffermerà anche su alcuni strumenti giuridici di protezione predisposti dall'ordinamento per la protezione della persona, così da fornire proposte di soluzioni applicabili ad alcune situazioni emblematiche. A conclusione del corso sarà presentata la "Carta dei diritti di chi non ha voce", ovvero degli anziani ricoverati in istituto. La principale finalità di questo documento consiste nel fornire spunti di riflessione per chi, operando a contatto con gli anziani ospiti di strutture residenziali, è invitato ad interrogarsi sulle modalità del proprio intervento e per coloro che, in qualità di parenti, amici, volontari o comunque portavoce delle istanze degli utenti, possono agire come loro rappresentanti al fine di garantire agli anziani condizioni di vita dignitose e tutelarne il benessere psico-fisico, ovvero garantire l'esigibilità dei loro diritti. Si tratta, infatti, di sostenere, anche per questa via, un processo di "acculturazione" su un tema troppo

trascurato. La vita in Istituto è infatti un grande rimosso della cultura contemporanea, peraltro come tanti altri aspetti critici che riguardano la condizione anziana, sino al suo epilogo naturale: la morte. Operatori, famigliari, volontari sono pertanto i destinatari principali di questa attività formativa, che potrà risultare stimolante ed utile anche per chi sta formandosi per svolgere una delle professioni destinate ad operare nel sociale. Per informazioni ed iscrizione al corso rivolgersi alla Segreteria tecnica di UniAuser Genova, Via Balbi 25/1 Tel. : 0102531047/48- 335 1788666 Giorni e Orari: lunedì e martedì 9 /12 - mercoledì e giovedì 14,30/17,30
E mail:uniauser.ge@ausergenova.it



	TITOLO LEZIONI E RELATIVO/I DOCENTE/I	TIPO DI LEZIONE	DATA	ORARIO
1	I diritti fondamentali della persona: patrimonio di diritti che accompagna la persona di ogni età e in ogni luogo del mondo (Antonio Guerci).	frontale/interattiva	martedì 4 febbraio 2014	15,00 - 17,00
2	I diritti fondamentali degli anziani: profili giuridici e sanitari (Paolo Martinelli, Ernesto Palummeri).	frontale/interattiva	martedì 11 febbraio 2014	15,00 - 17,00
3	Le ingiustizie a danno degli anziani nella società contemporanea (Carla Costanzi).	frontale/interattiva	martedì 18 febbraio 2014	15,00 - 17,00
4	Le violenze in famiglia sulle donne, sui minori, sugli anziani e la diversa percezione sociale del fenomeno maltrattamento. La segnalazione e la denuncia (Paolo Martinelli, Anna Panfili).	frontale/interattiva	martedì 25 febbraio 2014	15,00 - 17,00
5	Anziani fragili e strumenti di protezione. L'amministrazione di sostegno (Maria Rosa Spallarossa).	frontale/interattiva	martedì 4 marzo 2014	15,00 - 17,00
6	Il morbo di Alzheimer: la prevenzione, la diagnosi, i controlli, le prescrizioni - UVA Ospedali Galliera e San Martino (Ernesto Palummeri).	frontale/interattiva	martedì 11 marzo 2014	15,00 - 17,00
7	Le "residenze per anziani": la "giornata tipo" aspetti organizzativi (Marina Petrini, Gabriella Canepa, un volontario AVO).	frontale/interattiva	martedì 18 marzo 2014	15,00 - 17,00
8	Le "residenze per anziani": le relazioni personali, l' "animazione geriatrica" (un volontario AVO, un volontario animazione, Elvezia Benini, Giancarlo Malombra).	frontale/interattiva	martedì 25 marzo 2014	15,00 - 17,00
9	Illustrazione della Carta dei diritti di chi non ha voce (Carla Costanzi).	frontale/interattiva	martedì 1 aprile 2014	15,00 - 17,00
10	Percorsi per il riconoscimento effettivo dei diritti. Tavola rotonda con la partecipazione dei relatori e di Anna Banchemo.	tavola rotonda	martedì 8 aprile 2014	15,00 - 17,00
SEDE DEL CORSO: Istituto Davide Chiossone - via Carlo Armellini 11			TOTALE ORE DI CORSO	20

Notizie in breve



Direttiva qualifiche: Italia quasi pronta, Ue un po' meno.

Entro due anni medici, dentisti, infermieri, farmacisti italiani potranno trasferirsi ed esercitare in tutti i paesi dell'Unione Europea muniti di una tessera che ne riporta numero di iscrizione all'ordine, qualifiche, eventuali provvedimenti disciplinari. Basterà una domanda all'ordine per avere la carta entro un mese. Il parlamento di Bruxelles ha varato la nuova direttiva sul mutuo riconoscimento delle qualifiche, preposta ad attuare l'altra direttiva che dal 25 ottobre rende possibile il trasferimento dei cittadini Ue per curarsi in altri stati membri. Ogni stato membro dovrà poi avvertire in tre giorni gli altri stati dei provvedimenti disciplinari subiti dai suoi professionisti per evitare esercitino altrove. Spiega Luigi Conte, segretario Fnomceo, che l'Italia «ha gli elementi per applicare la direttiva, mentre la tessera per milioni di professionisti penso arriverà una volta reperiti i fondi e fatta la gara d'appalto europea per la fornitura». Ordini e Fnomceo hanno sincronizzato le anagrafi e nei profili degli iscritti ora si leggono eventuali provvedimenti con iter conclusi. «Il processo è partito un anno fa, finora abbiamo avuto risposte da un ordine su due – dice Conte – e pensiamo a un sistema d'incentivazione. Invece il progetto per omogeneizzare i dati nelle tessere, partito quattro anni fa, è fermo per mancanza di fondi da Bruxelles e un po' per la disomogeneità tra gli organi che detengono le anagrafiche: in Italia sono 106 ordini provinciali, altrove si tratta di organismi nazionali». Infine, il meccanismo di allerta: dalla Gran Bretagna arriva l'elenco periodico dei medici sanzionati che potrebbero «cercar riscatto» altrove. E da noi? «La Fnom comunica l'elenco dei medici radiati al ministero della Salute e il meccanismo funziona quando uno stato membro ci chiede notizie di un iscritto che intende esercitarvi. Ora si tratta di estendere la segnalazione a 27 paesi con metodi uniformi».

Ulcere da decubito: ingannevole presenza

La pubblicazione da parte di Medicare della frequenza di ulcere da pressione per ogni ospedale non è un indice attendibile di qualità delle cure, almeno secondo quanto afferma uno studio pubblicato su *Annals of Internal Medicine*. «Le piaghe da decubito sono lesioni cutanee che vengono causate da una pressione costante esercitata contro la pelle da superfici dure, in caso di posizioni statiche del corpo mantenute per un eccessivo periodo di tempo. Tipiche sono quelle sacrali e calcaneali che si vedono nei pazienti allettati la cui posizione non viene variata con sufficiente frequenza o non vengono usati gli appositi materassi antidecubito» spiega Jennifer Meddings, professore associato di Medicina Interna alla Divisione di medicina generale della Scuola di Medicina dell'Università del Michigan, e coautrice dell'articolo, sottolineando che tali condizioni rientrano tra le molte patologie su cui Medicare confronta pubblicamente gli ospedali nel tentativo di aiutare i consumatori a farsi un'idea della qualità della cure nei diversi nosocomi. «Ma la frequenza di ulcere da decubito varia ampiamente in base a come vengono raccolti i dati, facendo ingiustamente sembrare alcuni ospedali migliori o peggiori di altri» dice l'internista. Secondo i dati dello studio, i tassi dei decubiti erano circa 10 volte inferiori se basati sui dati di fatturazione rispetto a quelli desunti dalle cartelle infermieristiche compilate al letto del paziente da operatori specificamente addestrati dopo un esame completo delle condizioni della cute. L'ospedale, infatti, calcola spesso la frequenza di ulcere da pressione identificandole tramite codici nosologici abbinati ai dati di fatturazione e risultanti da come i medici, spesso non focalizzati su una patologia di gestione tipicamente infermieristica, descrivono le ulcere in cartella clinica. «Questi risultati suggeriscono di rimuovere le ulcere da pressione



dai rapporti Medicare sulla qualità delle cure, così da evitare confronti fuorvianti per pazienti e politici, in quanto le informazioni pubbliche possono portare, oltre alla cattiva pubblicità, a sanzioni pecuniarie immeritate per gli ospedali che sembrano i peggiori» conclude Meddings.

Ann Intern Med Oct.15, 2013; Volume 159, No.8

Rischio professionale: nel 2011 spesi oltre 500 milioni in polizze

Nel 2011 le polizze per la copertura del rischio da denunce di malpractice hanno raggiunto la cifra di circa 525 milioni di euro. Lo segnalano gli ultimi dati della Associazione nazionale imprese assicuratrici (Ania) e il recente caso della condanna degli Ospedali Riuniti di Bergamo a pagare circa 400mila euro a una madre il cui figlio era nato con la spina bifida a seguito di accertamenti sbagliati riaccende i riflettori sulla problematica dei premi assicurativi. Nell'analisi dell'anno 2011 proposta da Ania, emerge che il 57% della cifra totale copre polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante 43% riguarda polizze stipulate dai professionisti sanitari e rispetto all'anno precedente i premi si sono incrementati del 5,5%. Aumento a cui ha contribuito essenzialmente l'incremento di

oltre 8 punti percentuali registrato dal volume premi relativi alle polizze dei professionisti. I costi sono però tali e «insostenibili», come denunciano i medici da tempo, che, solo pochi mesi fa, i ginecologi, e successivamente gli ortopedici - le due categorie maggiormente interessate dall'esplosione dei contenziosi medico-legali - hanno incrociato le braccia proclamando una giornata di sciopero per ciascuna categoria. Continuano dunque a salire i costi delle assicurazioni per i medici. Nel 2009 le polizze per la copertura del rischio da denunce di malpractice sono costate 485 milioni di euro, e nel 2010 hanno sfiorato i 500. La statistica documenta, sottolinea anche la Federazione degli ordini dei medici, una crescita dei premi complessivi negli ultimi 10 anni (2000-2010) del 7,8% l'anno, rispettivamente 6,2% per le strutture sanitarie e 10,5% per i professionisti. I premi assicurativi però, denunciano i medici, sono ormai alle stelle: le polizze possono arrivare anche a 18mila euro l'anno - 30mila nel caso dei ginecologi - a fronte di massimali che comunque, rilevano i camici bianchi, non sarebbero in grado di coprire risarcimenti elevati. (SZ)

Assenza per malattia del dipendente è dato sensibile

Il fatto

Un dipendente comunale ha citato in giudizio il Comune per ottenere la cancellazione dei dati personali sensibili e giudiziari pubblicati sull'Albo Pretorio, nonché per il risarcimento del danno dovuto a seguito della violazione della normativa sulla privacy. In primo grado, il Tribunale ha ritenuto che fossero stati rispettati i principi di pertinenza e necessità richiesti dalla legge e che non fossero state diffuse informazioni sullo stato di salute e sui procedimenti giudiziari, essendo generica la dizione "assenza per malattia" e il termine "mobbing".

Profili giuridici

Gli enti locali, in quanto soggetti pubblici, possono trattare dati di carattere personale anche sensibile e giudiziario solo per svolgere le rispettive funzioni istituzionali. La pubblicazione e divulgazione di atti e documenti, comportando la conoscenza degli stessi da parte di un numero indeterminato di cittadini e l'interferenza nella sfera personale degli interessati, si può ritenere legittima solo se la diffusione è prevista da una norma di legge o di regolamento. Nel caso in esame, costituisce diffusione di un dato sensibile quella relativa all'assenza dal lavoro del dipendente per malattia, in quanto tale



informazione, pur non facendo riferimento a specifiche patologie, è comunque suscettibile di rivelare lo stato di salute dell'interessato.

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

Messina (Commissione ecm): per professionisti incentivi meglio di sanzioni

Sanzioni ai medici che non si aggiornano? Alla vigilia della Conferenza Ecm di Roma (4/11) qualcuno potrebbe rispondere che sarebbero utili, dopo aver ascoltato al Forum Expodental - dal medico **Paolo Messina**, esponente del ministero della Salute in Commissione nazionale Ecm - che prende i crediti Ecm solo un 70% di tutti i sanitari (e solo metà del campione è in linea con il fabbisogno) mentre un 30% si stima non sia mai stato iscritto a corsi. In realtà la cifra è abbastanza soddisfacente. «Per i medici va meglio - afferma Messina - ma la vera preoccupazione per la Commissione alla vigilia della partenza del nuovo triennio dei crediti Ecm non è punire chi non frequenta i corsi ma aumentare l'offerta, che per molte professioni del Servizio sanitario nazionale resta ancora carente, e dare più chance di aggiornamento e la maggiore varietà a tutti i sanitari», ha spiegato Messina al Forum Expodental. Alla Conferenza sarà anche tratteggiato il dossier formativo (previsto fin dal 2009) che prevede e per ogni professionista l'attestazione del percorso degli eventi seguiti; il Cogeaps (consorzio informatizzato che tiene a livello nazionale il conto dei crediti registrati per ciascun discente) dirà all'Ordine, o alla Commissione nazionale per i sanitari sprovvisti di Ordine, se il professionista non ottiene i crediti del fabbisogno previsto. In questi casi chi sanziona? Sui poteri degli ordini e della commissione ci sono dubbi, dopo che la manovra bis 2011 ha separato i poteri disciplinari degli ordini non sanitari, e dopo che

con il recente ddl Lorenzin si è aperta la strada anche per una "esternalizzazione" delle sanzioni in ambito sanitario. «La necessità di sanzionare diventerà una priorità nel momento in cui si aggiornerà la maggioranza dei professionisti», spiega Messina. «Oggi, e in assoluto, riteniamo più percorribile e utile un sistema incentivante rispetto a uno sanzionatorio».

Mauro Miserendino

Libera circolazione pazienti, Benato (Fnomceo): opportunità e qualche rischio

«Opportunità e tanti punti di domanda», secondo il vicepresidente della Fnomceo **Maurizio Benato**, nei prossimi mesi la progressiva attuazione della direttiva 24/2011 sulle cure transfrontaliere avrà effetti, non ancora del tutto prevedibili, sui sistemi sanitari dei diversi Paesi dell'unione, su fenomeni come il turismo medico e anche sulle legislazioni nazionali. In Gran Bretagna, l'apertura agli stranieri del National Health System sta già dando luogo a controversie. Il ministro della Sanità **Jeremy Hunt** ha invocato l'opportunità economica che l'Nhs curi solo cittadini inglesi per poi essere smentito pochi giorni fa da uno studio commissionato dallo stesso governo, secondo il quale il turismo medico avvantaggerebbe il Paese. Infatti nel 2010, a fronte di 52.000 stranieri curati in Gran Bretagna, ci sono stati 63.000 inglesi che si sono rivolti all'estero; i primi hanno costituito una notevole fonte di guadagno mentre i secondi si sono rivolti altrove per evitare le lunghe liste d'attesa o per affrontare interventi non coperti dal servizio pubblico britannico. Che cosa accadrà in Italia? Secondo Benato, «le nuove norme che agevolano la mobilità dei pazienti sono prima di tutto un'opportunità; mettono a confronto i vari sistemi sanitari e anche noi abbiamo la possibilità di recitare un ruolo importante, perché in Italia ci sono delle eccellenze riconosciute». Ma esiste anche qualche rischio: «C'è la possibilità che alcuni pazienti vengano attratti da campagne mirate per interventi che potrebbero essere svolti in Italia e questo potrebbe avere riflessi negativi per la sostenibilità del Ssn, anche perché non sappiamo come sarà organizzato il sistema compensatorio». La direttiva 24 pone anche problemi rispetto ad alcune norme di legge: «certe legislazioni sono più precettive di altre; ricordo i limiti posti dalla legge 40 che potrebbero spingere molti italiani a rivolgersi altrove. Ora i governi saranno stimolati a omogeneizzare le legislazioni; è un fatto importante, finalmente alla libera circolazione delle merci, dei servizi



e dei professionisti si aggiungerà quella delle prestazioni».

Studio Agenas, oltre 12.000 contenziosi negli ospedali pubblici

Più di 12.000 contenziosi medici negli ospedali pubblici nel 2012: del fenomeno si è occupato il convegno "Sinistri, buone pratiche e responsabilità professionale in sanità" organizzato ieri a Roma dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). Il problema del contenzioso medico è strettamente connesso con il sistema assicurativo. Secondo un'indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze, il 63% dei sinistri denunciati e attribuiti a responsabilità medica riguarda casi di lesioni, mentre i decessi sono l'11%; in media, i risarcimenti liquidati ammontano a circa 40 mila euro. Dal rapporto risulta che sette Regioni (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Toscana, Piemonte e Provincia Autonoma di Trento) si sono dotate di un sistema gestione sinistri adeguato; Veneto e Sicilia hanno un regime in via sperimentale e ben dodici ne sono del tutto prive. Insoddisfazione dell'utenza, preoccupazione dei professionisti e insostenibilità finanziaria sono, secondo il presidente dell'Agenas **Giovanni Bissoni**, i nodi principali, a cui si aggiunge «un quadro normativo insufficiente» e «percorsi formativi inadeguati». Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** ha così spiegato l'aumento dei contenziosi in Italia: «da un lato le innovazioni scientifiche terapeutiche e diagnostiche hanno accresciuto l'aspettativa di sicurezza e di buona performance della cura, dall'altro la maggiore presa di coscienza dei propri diritti da parte del cittadino ha contribuito a un incremento della litigiosità in questo settore». Ricordando che il decreto legge in materia sanitaria numero 158 del 2012 ha dato una prima risposta al problema, Lorenzin ha però ammesso che molte questioni

rimangono irrisolte e ha riconosciuto la necessità che l'argomento venga «affrontato e disciplinato, al fine di garantire ai professionisti la giusta serenità nell'esercizio della propria attività e di restituire fiducia ai cittadini incorsi in casi di malpractice, a tutela del buon funzionamento del Servizio sanitario nazionale».

Gran Bretagna: "Pazienti a rischio se gli infermieri sono stressati"

31/10/2013 - Il Royal College of Nursing diffonde i dati di uno studio sulle condizioni lavorative del personale sanitario.

La cura del paziente è messa a rischio dallo stress lavorativo patito dal personale infermieristico. L'allarme arriva dalla Gran Bretagna, dove il *Royal College of Nursing* (l'Ordine professionale nazionale) ha diffuso i dati di un rapporto a firma dall'autorevole *Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*.

Un campione composto da duemila infermieri del settore pubblico e privato è stato interpellato nei mesi scorsi e, nel 56% dei casi, si è registrato un malessere dovuto da stress o *burnout*. Quattro infermieri su cinque, inoltre, hanno ammesso di essersi recati al lavoro anche in precarie condizioni fisiche, a causa delle politiche penalizzanti (sia dal punto di vista economico che di carriera) attualmente in vigore in merito alle assenze per malattia, specie quelle di lungo periodo. A pagare lo scotto di questa situazione, denuncia il *Royal College of Nursing*, sono inoltre i cittadini, la cui assistenza è messa a rischio dalle cattive condizioni lavorative degli infermieri.

Il segretario generale del *Royal College*, Peter Carter, ha dichiarato: "E' preoccupante questo rapporto: indica che, piuttosto che favorire un ambiente che supporti il personale sanitario, alcuni datori di lavoro stanno invece adottando comportamenti che ingenerano stress e panico. Il rischio di *burnout* è molto reale, molto diffuso".

Il Dipartimento della Salute, attraverso il proprio portavoce ha diffuso una nota ufficiale a riguardo: "Il personale che lavora per il nostro Sistema sanitario nazionale è la nostra risorsa più preziosa. Gli infermieri stanno attualmente lavorando molto duramente per continuare a fornire una elevata qualità delle cure a fronte di crescenti esigenze di assistenza sanitaria e in un periodo contraddistinto da risorse economiche scarse. Noi vogliamo sostenere gli infermieri: per quanto possibile, stiamo già investendo in tecnologia e formazione, per permettere agli infermieri di concentrarsi di più sui pazienti e meno sulle scartoffie".



Infermieri a Lourdes

Il nostro Collegio IPASVI prosegue nella collaborazione con la sezione ligure dell'UNITALSI al fine di favorire la partecipazione di due colleghi Infermieri ai diversi pellegrinaggi presso il santuario di Lourdes. Anche per l'anno 2014 sono previsti tre pellegrinaggi nei mesi di giugno, settembre e ottobre con le date precise ancora da definire. Pertanto i colleghi interessati e disponibili possono inviare la loro disponibilità presso gli uffici del nostro Collegio indicando un recapito telefonico per essere contattati successivamente.

La partecipazione al pellegrinaggio è gratuita e i colleghi che vi hanno partecipato sino ad ora hanno espresso sentimenti di grande soddisfazione per l'esperienza fatta sul piano relazionale, spirituale e di crescita umana. Chi fosse interessato può prendere contatti con il nostro Presidente Carmelo Gagliano chiamando il numero 3356405563

Un motivo in più per lavare i denti

28/10/2013 - Tra gli stili di vita salutari, che sembrano ridurre il rischio di demenza, rientra anche la corretta igiene orale.

Avere una buona igiene orale non protegge solo dal rischio di carie, ma potrebbe anche ridurre il rischio di sviluppare la malattia di Alzheimer. Uno studio americano ha preso in esame i campioni di cervello donati alla scienza dopo morte da dieci persone senza demenza e dieci che erano state colpite dalla malattia. Nel cervello di quattro persone con la demenza sono state trovate tracce del batterio *Porphyromonas gingivalis*, microrganismo che si trova di frequente nella bocca di chi soffre di malattia parodontali. Si ipotizza che questi batteri possano stimolare il sistema immunitario a rilasciare sostanze infiammatorie lesive per i neuroni, favorendo la comparsa dei sintomi della malattia.

Da ricordare

Non è ancora chiaro quale sia la causa della malattia di Alzheimer, è possibile che alla base della malattia vi sia una complessa catena di eventi che avvengono nel cervello sul lungo periodo. Le cause potrebbero essere di origine genetica, ambientale e riguardanti lo stile di vita. Il dato emerso da questa ricerca è iniziale e deve essere confermato in ulteriori studi.

Da fare

Non conoscendo esattamente quali sono le cause non è facile indicare i comportamenti per prevenire la demenza. Sembra però che una dieta completa, il regolare esercizio fisico, una sana vita sociale possano aiutare a mantenere in salute e a ridurre il rischio di malattia.

Per approfondire

Poole S, Singhrao SK, Kesavalu L, et al. Determining the Presence of Periodontopathic Virulence Factors in Short-Term Postmortem Alzheimer's Disease Brain Tissue. *Journal of Alzheimer's Disease* 2013;36:665-77.



Borsa di studio del Collegio riapertura termini per presentazione lavori

Riaprono i termini per la presentazione di progetti e proposte al concorso che vedrà l'assegnazione di sei borse di studio! Sino al 31 gennaio 2014 sarà possibile candidarsi presentando idee, progetti di riorganizzazione e proposte che mirano a migliorare la qualità dell'assistenza ai cittadini e la riorganizzazione dei processi infermieristici. I colleghi che vogliono partecipare dovranno compilare il format del progetto disponibile nella home page del sito all'indirizzo www.genova.ipasvi.it (viene rilasciato in un formato .doc in modo che sia possibile sovrascrivere e salvare il file per l'invio)

Il progetto potrà essere inviato per e-mail all'indirizzo del Collegio IPASVI.

Attenzione, alcune voci possono non essere compilate perchè non previste dallo studio condotto (es dettaglio costi).

Non dimenticate di indicare nella mail di accompagnamento anche un recapito telefonico... e buona ricerca a tutti!!

Danno provocato da più soggetti: chi è responsabile?

Il fatto

Durante un intervento di facoemulsificazione della cataratta il medico ha provocato la caduta del cristallino nel vitreo e la totale perdita di visus all'occhio, con la conseguente cecità totale della paziente, essendo la stessa già priva della vista dall'altro occhio. Al fine di proseguire le cure la donna è stata ricoverata presso l'Ospedale Oftalmico della ASL, ma qui non ha ricevuto la necessaria terapia chirurgica della complicanza, tanto che la sua situazione è peggiorata ulteriormente.

Profili giuridici

La Cassazione ha chiarito che quando un medesimo danno è provocato da più soggetti, per inadempimenti di contratti diversi, intercorsi rispettivamente tra ciascuno di essi ed il danneggiato, tutti debbono essere considerati corresponsabili in solido; ciò in quanto, sia in tema di responsabilità contrattuale che extracontrattuale, se un unico evento dannoso è imputabile a più persone, al fine di ritenere la responsabilità di tutte nell'obbligo risarcitorio, è sufficiente (in base ai principi che regolano il nesso di causalità ed il concorso di cause) che le azioni od omissioni di ciascuno abbiano concorso in modo efficiente a produrlo.



PET THERAPY: come un animale può divenire co-terapeuta nell'assistenza infermieristica

di **Roberta Parodi** - Infermiera pediatrica

"La fedeltà di un cane è un dono prezioso che impone obblighi morali non meno impegnativi dell'amicizia con un essere umano. Il legame con un cane fedele è altrettanto "eterno" quanto possono esserlo, in genere, i vincoli fra esseri viventi su questa terra"

Konrad L. , "E l'uomo incontrò il cane", 1973

Il termine "Pet Therapy" deriva dalla lingua inglese, dove la parola "pet" è utilizzata sia come sostantivo per indicare l'animale domestico e da compagnia, sia come verbo ("to pet") col significato di coccolare, accarezzare.

La Pet Therapy nasce nel 1953 in America con il neuropsichiatra infantile, Boris Levinson che ne coniò il termine.

Levinson aveva in cura un bambino con una grave forma di autismo, il quale era stato sottoposto a ogni forma di trattamento, ma senza alcun esito. Un giorno il bambino, accompagnato a una seduta in anticipo, viene fatto accomodare con la sua famiglia nello studio, dove si trovava casualmente Jingle, il cocker dello psichiatra.

Levinson racconta che il bambino iniziò a giocare con il cocker, interagendo anche a livello emotivo e affettivo, permettendo allo psichiatra di inserirsi nel gioco e di instaurare così un buon rapporto con il suo piccolo paziente. La presenza dell'animale, osservò Levinson, rendeva più semplice per il bambino l'espressione delle proprie difficoltà, riusciva infatti a parlare più facilmente della sua vita e delle sue inquietudini identificandosi con il cane, che divenne un ponte tra il ragazzo e lo psichiatra.

Jingle sembrava avere la funzione di sciogliere il ghiaccio aiutando il piccolo paziente ad abbassare le proprie barriere

emotive, grazie al rapporto empatico che si era creato tra i due.

Nel 1977, con la fondazione della Delta Society, organizzazione che promuove l'impiego di animali ai fini di migliorare lo stato di salute dell'uomo, si definì e uniformò il termine Pet Therapy considerato fuorviante e generico, si inizia a parlare di Attività Assistite con Animali (AAA) e Terapie Assistite con Animali (AAT), entrambe si svolgono con la presenza di volontari professionisti formati con i loro animali educati. Le prime si svolgono in modo spontaneo presso ospedali pediatrici o cliniche per anziani; le seconde sono interventi in cui l'animale è parte integrante del processo terapeutico diretto a obiettivi specifici, quali il miglioramento delle funzioni fisiche, sociali ed emotive, inoltre sono caratterizzate da valutazione documentata incontro per incontro.



Una delle maggiori resistenze all'ingresso degli animali negli ospedali è legata alle infezioni nosocomiali in quanto gli animali sono potenziali vettori poiché rappresentano fonti per la trasmissione di patogeni responsabili sia di zoonosi specifiche, ma anche di patologie trasmissibili più comuni. Inoltre se impiegati nei programmi assistiti con animali potrebbero introdurre microrganismi patogeni nelle strutture sanitarie.

Le zoonosi possono essere trasmesse dall'animale all'uomo attraverso morsi, graffi, contatto con terriccio contaminato, cibo e acqua.

Il ruolo principale di trasmissione di microrganismi è stato dato alle mani: una corretta igiene delle stesse è fra le misure di prevenzione più semplice e più efficaci.

A tal proposito, il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta, che si occupa del controllo ambientale delle infezioni nelle strutture sanitarie, ha dedicato un ampio spazio alle attività e terapie assistite con gli animali. Il CDC fornisce raccomandazioni e linee guida necessarie per uno svolgimento della Pet Therapy in sicurezza.

Tali raccomandazioni comprendono la corretta igiene delle mani, il prevenire il contatto con materiale biologico dell'animale (forfora, saliva, feci, etc.), l'esclusivo impiego di animali sottoposti alle necessarie vaccinazioni ed "educati", condotti da personale formato e in coordinazione e collaborazione con il personale infermieristico dell'ospedale che fornisca indicazioni relative a ogni singolo paziente.

Studi condotti sugli animali, impiegati nella Pet Therapy in strutture ospedaliere, hanno rivelato come il rischio di contagio da cani e gatti vaccinati e sottoposti a controllo veterinario è minimo o addirittura nullo.

La Pet Therapy è ovviamente controindicata in pazienti con allergie, ferite aperte, ustioni, ipocondriaci e con fobie specifiche nei confronti degli animali.

Ci si chiede spesso perché l'animale? È



semplice: perché è in grado di rispondere ai quattro bisogni fondamentali dell'uomo, in base alla "Teoria delle 4 S": sicurezza, sensibilità, silenzio e stabilità.

L'animale non giudica l'uomo, non è in competizione, dà un sostegno affettivo e relazionale, suscita buonumore, voglia di ridere e giocare. È in grado di sviluppare empatia e comprendere gli stati emozionali umani.

Importante è considerare il pet come un co-terapeuta e un co-protagonista, non come un farmaco, è una medicina della cura, piuttosto che della guarigione.

È necessario che gli animali siano adulti, equilibrati e socievoli con le persone, con un'elevata soglia di tolleranza alle carezze e a tutte le situazioni potenzialmente stressanti come rumori improvvisi. Il soggetto deve essere educato, valorizzando le sue attitudini e caratteristiche comportamentali.

Gli animali scelti per la Pet Therapy devono possedere caratteristiche di: prevedibilità, affidabilità, complicità, docilità, adattabilità alla vita con persone estranee e con problemi.

Ognuno ha una propria capacità di creare un'alleanza terapeutica basata sulla fiducia e sulla lealtà e di sviluppare nel paziente una risposta differente, rara e unica.

Le tipologie di animali co-terapeuti sono tante, hanno le loro caratteristiche e le loro personalità.

Cane, gatto, cavallo, asino e delfino sono tra gli animali che più rispecchiano le caratteristiche sopra evidenziate. La Pet Therapy non è da considerarsi un semplice vezzo della cultura occidentale, in alcune parti del mondo, per sottolineare

l'importanza e l'efficacia che ha l'animale nei grandi e piccoli pazienti, vengono impiegati ad esempio il lama o l'elefante!

In Italia la Pet Therapy sta facendo un ingresso in punta di zampa come co-terapia delle tradizionali procedure mediche. Gli ospedali che hanno aperto le loro porte agli amici a quattro zampe sono ancora pochi, alcuni per occasioni straordinarie, come per esempio l'Ospedale San Martino di Genova che ha permesso al rottweiler Athos di far visita alla sua padrona e ad altri degenti, inoltre altri cani e gatti sono potuti entrare per andare a trovare i loro amici umani; oppure il Regina Margherita di Torino, dove una piccola paziente ha visto esaudito il suo più grande desiderio, poter vedere per qualche ora il suo "fido" amico Black, anche se qui la Pet Therapy viene svolta regolarmente, ma il benessere della paziente ha avuto la priorità ed è stata fatta una speciale eccezione. Altre strutture sanitarie vedono la collaborazione con gli animali solo in determinati reparti, per esempio al Buzzi di Milano è attivo "Dottore a 4 zampe" presso il reparto di Terapia Intensiva, con esiti positivi ed è proprio questo il motivo principale per cui verrà esteso il servizio anche al reparto di Chirurgia Pediatrica; al Bambin Gesù di Roma gli amici di "Qua la Zampa" portano sorrisi e allegria ai piccoli pazienti del reparto di Neuroriabilitazione. L'ospedale pediatrico che da oltre 10 anni è testimone dei benefici di questa terapia a quattro zampe è l'AOU Meyer di Firenze, dove i cani dell'Associazione Antropozoa collaborano con lo staff medico-infermieristico. La Pet

Therapy qui è stata fortemente voluta dalla Fondazione Livia Benini ed inizialmente era eseguita all'esterno, nel giardino della Magnolia del "vecchio" ospedale Meyer, con l'arrivo dell'inverno poi i piccoli pazienti e i loro familiari chiesero a gran voce l'ingresso dei cani all'interno di tutti i reparti. Oggi una squadra di "fido" amici con code scodinzolanti lavora in tutti i reparti dell'ospedale per il benessere dei bambini!

L'ospedalizzazione per un bambino vuol dire sofferenza, paura, dolore, allontanamento da casa e dai propri cari a volte anche per lunghi periodi. Per questo è necessario porre in evidenza l'importanza della presenza degli amici a quattro zampe nelle corsie degli ospedali pediatrici. La compagnia degli animali aumenta la socializzazione e la capacità di stare con gli altri e offre al bambino la rasserenante possibilità di avere un contatto con la quotidianità e la normalità che sembrano dimenticate o impossibili da vivere all'interno di un ospedale. Per i bambini gli animali rappresentano sicurezza e fiducia, non giudicano e non tradiscono; i pet creano alleanza ed empatia in modo incondizionato riducendo lo stress che le mura ospedaliere inevitabilmente trasmettono. Il buon umore del piccolo paziente può essere determinante nel aiutare a migliorare le condizioni di salute e predisporlo alla collaborazione con il personale infermieristico facilitandone in primis la comunicazione bambino/famiglia-infermiere pediatrico e, di conseguenza, l'esecuzione delle procedure assistenziali quali il prelievo e la medicazione. Ospedalizzazione è soprattutto tempo che non passa mai, ore e ore a letto

magari in compagnia della sola televisione, tutto questo viene interrotto dall'ingresso di speciali operatori con occhi dolci e code scodinzolanti.

È inoltre da sottolineare quanto la presenza dei "fido" amici non apporti benefici soltanto al piccolo paziente, ma a tutto il nucleo familiare che spesso si trova a vivere difficili periodi di attesa e tensione dovuti al non sapere. Gli animali nella struttura ospedaliera ne cambiano l'aspetto, portando al suo interno sorrisi, gioia, allegria e gioco. Le storie che testimoniano



un lieto trascorrere del periodo di degenza sono innumerevoli, tutte legate al benessere riscontrato dalla presenza di simpatici pet. Gli animali migliorano la relazione empatica e comunicativa bambino/famiglia – staff medico-infermieristico, rompendo il ghiaccio e creando un ambiente ospedaliero più spontaneo. L'ospedale ora fa meno paura ai piccoli pazienti che portano a casa ricordi piacevoli e racconti da condividere con i loro amici.

La Pet Therapy non è solo attività dell'animale, ma è il lavoro di una squadra composta da infermiere pediatrico e pet/conduuttore. Una squadra nella quale l'infermiere pediatrico ha il compito di saper utilizzare la giusta attività al giusto momento, saperne individuare la necessità proponendola e non imponendola, saper indicare le corrette modalità di esecuzione e saper essere neutro. L'animale, da parte sua, collabora e aiuta l'infermiere pediatrico, facilita e non ostacola le sue procedure assistenziali. Insieme hanno il compito di saper osservare saper ascoltare e individuare i bisogni del bambino/famiglia, saper valutare l'efficacia dell'attività, saper comunicare e scambiarsi consigli e opinioni, instaurare e mantenere un ponte comunicativo con il bambino/famiglia.

Oltre a migliorare la comunicazione anche le procedure infermieristiche, spesso difficilmente accettate dai piccoli degenti, cambiano aspetto: se prima un prelievo o una medicazione rappresentavano soltanto un traumatico momento di dolore e paura, ora, con l'aiuto di uno scodinzolio e di una carezza le procedure si svolgono con più serenità. È importante che l'infermiere pediatrico abbia degli obiettivi finali e intermedi che permettano di monitorare successi o fallimenti del programma. L'efficacia del trattamento, i risultati, gli eventuali problemi necessitano, infatti, di essere rilevati durante tutto lo svolgimento della terapia. Si rende, quindi, essenziale l'adozione di una serie di parametri d'efficacia misurabili, quali: l'attività del paziente, i contatti sociali, i cambiamenti d'umore, le variazioni dei dosaggi e delle somministrazioni di farmaci, la durata della degenza e la collaborazione tra il personale di cura e i piccoli pazienti.

Inoltre, l'animale non migliora soltanto la condizione di degenza del bambino/

famiglia, anche l'infermiere pediatrico ne trae beneficio: allevia per qualche ora stress e routine lasciando il posto a carezze e sorrisi che solo un amico a quattro zampe può portare.

Considerando che, come detto in precedenza, **studi condotti sugli animali impiegati nella Pet Therapy hanno rivelato come il rischio di contagio è minimo o addirittura nullo e sottolineato la mancanza di eventi avversi, l'inserimento dell'Attività e delle Terapie Assistite dagli Animali nei reparti appare fattibile, soprattutto grazie alla partecipazione agli interventi da parte dei piccoli pazienti, delle loro famiglie e degli operatori sanitari.** Nonostante i risvolti positivi di questa terapia è necessaria comunque una maggiore informazione relativamente agli standard di addestramento e alle norme igieniche sanitarie che l'uso degli animali impone, in quanto esiste una parte del personale sanitario che teme ancora che l'animale possa mordere o trasmettere malattie, inoltre è opportuno evitare che nascano pregiudizi e diffidenze e creare maggior consapevolezza in merito agli effetti benefici che la Pet Therapy ha su grandi e piccoli pazienti. È fondamentale sottolineare che, se progettato e attuato correttamente, un programma di zooterapia può costituire un valido ausilio terapeutico e risulta privo di effetti collaterali, perché agisce esclusivamente attraverso il peculiare rapporto che si instaura tra il fido amico a quattro zampe e il bambino.

Concludendo, nella relazione con il pet emerge uno spazio affettivo ed emotivo nuovo, si viene a creare un legame così potente da essere indissolubile: è la nascita di un sentimento profondo e coinvolgente, una relazione affettiva che ha origine nel concetto del "to care", del prendersi cura del paziente e dei suoi familiari, del loro benessere e non del curare la malattia.

Pet Therapy è una cura "dolce" che ristabilisce la perduta armonia tra la natura e l'uomo, restituisce a quest'ultimo dignità e ne rispetta le esigenze emotive.

È un approccio terapeutico ancora nuovo ed è bene che gli operatori sanitari comincino a conoscerlo perché in un futuro, spero assai prossimo, potrebbero esserne coinvolti.

Pet Therapy è prendersi cura del paziente.

L'infermiere pediatrico e la Pet Therapy: un possibile scenario all'interno dell'Istituto Gaslini

di **Simona Borgna** - Infermiera pediatrica

L'Istituto Gianni Gaslini in questi ultimi anni si è impegnato nel campo della Pet Therapy, organizzando incontri di ippoterapia con pazienti dell' U.O. di Neuropsichiatria Infantile. Tuttavia, solo qualche mese fa si è cominciato a parlare della possibilità di permettere agli animali domestici dei piccoli ricoverati l'ingresso all'interno della struttura: il progetto è in stallo poiché il protocollo deve ancora ricevere l'approvazione da parte della Direzione Generale.

Per questo motivo si è deciso di indagare l'opinione di un campione di infermieri dell'Istituto: attraverso un questionario, composto da 26 domande, è stata valutata l'attuale conoscenza di questa Terapia

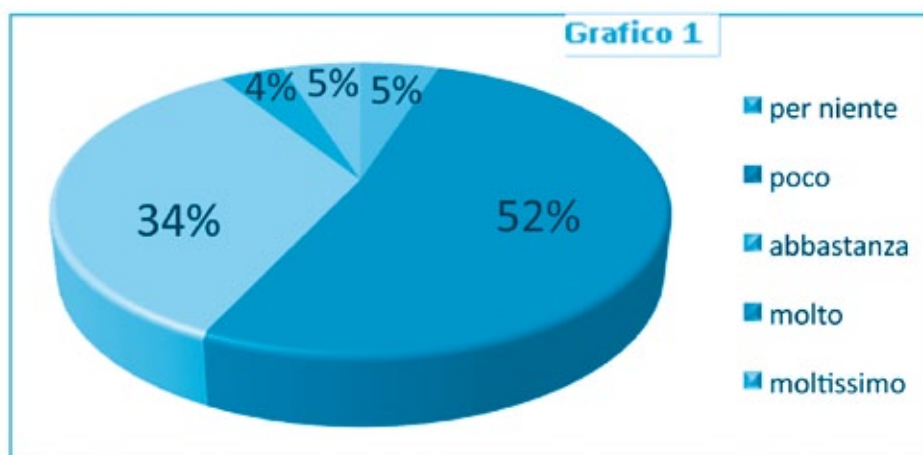
Complementare, le paure che suscita e i benefici che potrebbe portare e, soprattutto, se gli operatori stessi ritengono necessaria una formazione al riguardo.

Gli infermieri che hanno risposto sono in totale 48 e la grande maggioranza ritiene di possedere conoscenze piuttosto superficiali (Grafico 1).

Altri dati significativi sono emersi dalla

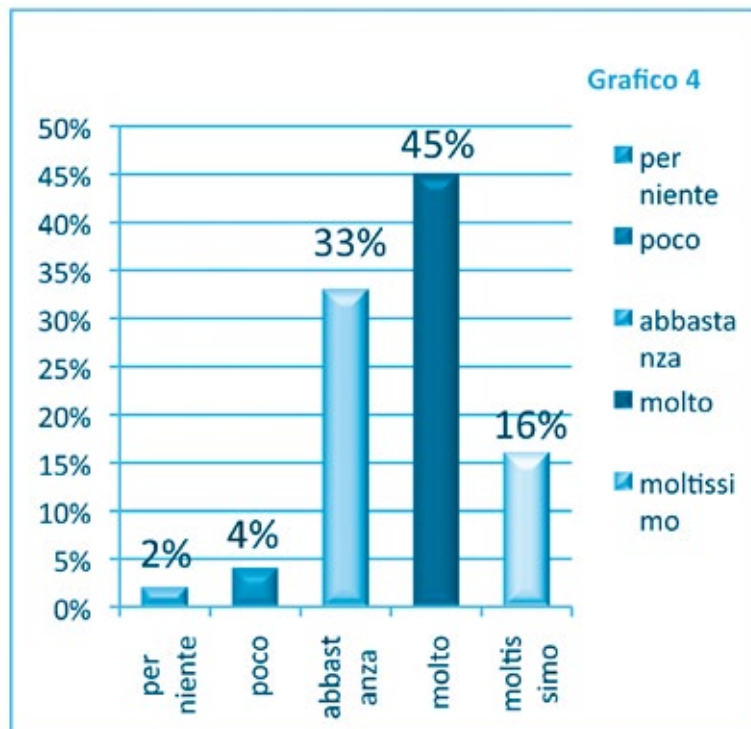
domanda che indaga quanto gli infermieri appoggino l'idea di far incontrare bambini e animali all'interno di un ospedale: ciò che emerge dall'indagine e che il grafico (n. 2) mostra efficacemente è che solo una piccola parte (il 6%) degli intervistati è contraria o poco convinta che sia opportuno organizzare questi incontri all'interno di una struttura sanitaria.

I risultati si rispecchiano nel fatto che l'ampia maggioranza (81%) crede



fermamente che la Pet Therapy possa aiutare i bambini ricoverati, soprattutto perché può migliorare la percezione che il bambino ha dell'ospedale e può far rilassare e distrarre pazienti e famiglie anche durante procedure dolorose.

Alla domanda "Credi che la Pet Therapy possa portare benefici alla tua attività professionale?" gli infermieri si mostrano incerti e le opinioni si dividono

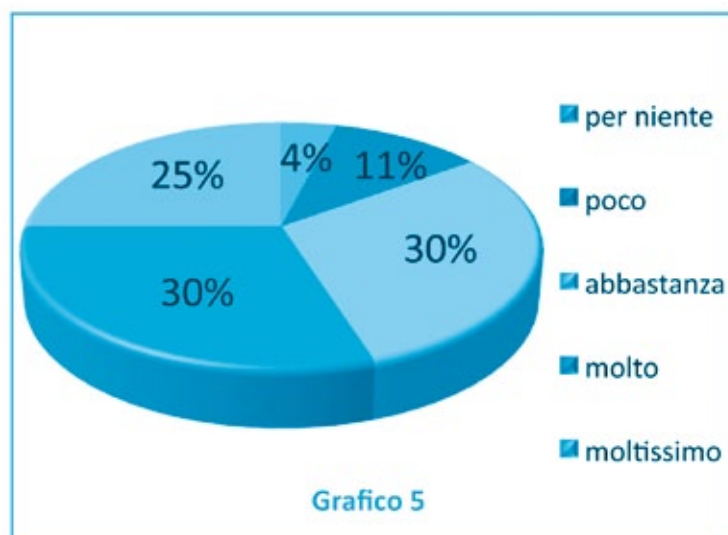
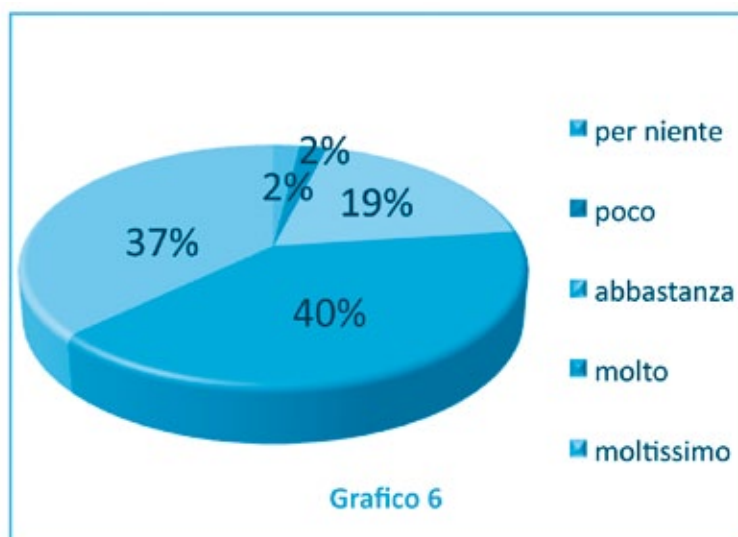


sta valutando se approvare una proposta simile nell'Istituto G. Gaslini, è stato valutato quanto fosse gradita la presenza degli animali cosiddetti "educati" (Grafico n. 5) e degli animali domestici portati dagli utenti stessi (Grafico n. 6).

I risultati sono pressoché speculari, seppure gli animali domestici siano preferibili secondo l'opinione degli operatori: a questo proposito è importante riflettere che un animale, per quanto possa essere di natura docile e affettuosa nonché ben addestrato, sicuramente non è mai entrato in un ambiente particolare

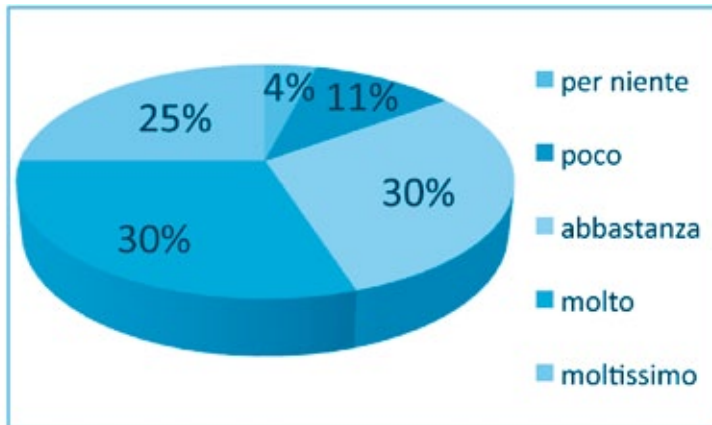
preferirebbero poter vedere nella pratica una dimostrazione di come viene condotto un intervento da parte degli educatori e dei loro animali. Anche l'ascolto delle testimonianze di pazienti e famiglie che hanno tratto beneficio da questa Terapia Complementare è stato identificato come un utile metodo in aggiunta alle dimostrazioni pratiche.

Poiché in alcune strutture sanitarie, come l'Ospedale San Martino di Genova, è stato permesso l'ingresso degli animali domestici all'interno dei reparti per aumentare il benessere psicofisico dei pazienti ricoverati e si



come l'ospedale, dove si troverebbe circondato da odori, rumori e persone totalmente sconosciute. Inoltre, durante una procedura assistenziale che provochi un certo disagio al paziente, esso potrebbe reagire d'istinto per proteggere il suo padroncino. Infine, una delle domande più importanti, nella speranza che questo progetto possa essere messo in pratica all'interno dei corridoi dell'Istituto, valuta quanto gli infermieri sarebbero favorevoli all'idea che la Pet Therapy venisse applicata all'interno del reparto in

cui prestano assistenza: i risultati sono piuttosto positivi poiché solo il 15% degli intervistati è contrario all'idea, mentre il 55% è molto ben disposto a questa possibilità e il 30% è abbastanza propenso.



Ciò che possiamo estrapolare dai dati ricavati è la presenza di segnali di apertura da parte degli infermieri nei confronti di una Terapia Complementare che ancora non conoscono e di cui hanno solamente sentito parlare superficialmente: questo porta a proporre di ampliare il progetto di ricerca per coinvolgere non solo gli

infermieri di altre U.U.O.O. dell'Istituto, ma anche di altri professionisti della salute (medici, fisioterapisti, ecc.) e non solo (operatori socio-sanitari, personale amministrativo, insegnanti, ecc.).

Se i risultati della nuova ricerca fossero positivi e incoraggianti, si può pensare ad un progetto di formazione vera e propria in materia, con l'aiuto di associazioni di pet terapisti, con i mezzi e i metodi più efficaci, magari proprio quelli scelti dagli intervistati stessi.

Infine, come altri istituti e ospedali hanno fatto prima di accogliere gli animali e i loro educatori nei reparti, si può proporre un incontro con i piccoli pazienti all'esterno della struttura, ad esempio nei giardini o sulla terrazza, ed organizzare giochi e attività che permettano l'interazione di bambini e animali. Se l'incontro riscuotesse successo, si potrebbe ripetere l'esperienza fino a spostarla all'interno in spazi comuni come le sale d'attesa o gli ambulatori, fino a permetterne l'ingresso a tutti i reparti per far sì che tutti i ricoverati possano beneficiare della Pet Therapy.



recensione



CAPACITÀ DI DECISION MAKING

Dicembre 2013

pagg. 28, f.to cm. 21x30

Referente Progetto:

Dott.ssa Margherita Spina

Dott. Marcello Del Papa

S. C. SERT - ASL 3 Genovese

Il lavoro proposto s'inquadra in un progetto molto più ampio inerente la "Realizzazione e diffusione di un progetto pilota multicentrico nell'ambito delle dipendenze mediante l'uso di social network – Italian Scientific Community on Addiction (ISCA), una piattaforma di condivisione per ricerche intervento". ISCA intende promuovere in Italia lo sviluppo di studi e di training di formazione per la ricerca, finalizzati a migliorare la diagnosi e il trattamento dell'abuso di droga, della tossicodipendenza e della dipendenza. Quindi favorire scambi scientifici e accademici tra i professionisti del settore, integrare le loro aree di competenza per la promozione del progresso scientifico e delle buone pratiche nell'ambito delle tossicodipendenze. In questo ambito, l'interesse dei Centri di Roma, Camerino, Mestre, Biella e Genova riguarda la realizzazione di una indagine conoscitiva finalizzata a rilevare e confrontare le caratteristiche neuropsicologiche, in particolare la funzione di "decision making" e il comportamento di rischio, in due sottocampioni di pazienti reclutati per lo svolgimento della ricerca multicentrica. Il decision-making è un processo dinamico che consente all'individuo di scegliere in una situazione d'incertezza l'opzione più adeguata tra una serie di alternative possibili, valutando le conseguenze positive e negative a lungo termine. Nello specifico, i due sottocampioni presi in considerazione in questo studio dal personale infermieristico del SerT di Genova, sono costituiti da utenti dipendenti da oppiacei (eroina) in trattamento e alcolisti in trattamento. L'obiettivo dell'indagine vuole valutare la possibile differenza tra un gruppo di dipendenti (oppiacei vs alcol) in trattamento sulle capacità di decision making. I risultati dello studio sono disponibili all'interno della dispensa che è possibile ritirare, in un numero ridotto di copie, presso il Collegio IPASVI di Genova.



recensione

Vincenzo Raucci
Giovanni Spaccapeli
**FONDAMENTI
DI INFERMIERISTICA
IN SALUTE MENTALE**

Settembre 2013
pagg. 184, f.to cm. 17x24, ISBN 8356-2
euro 20,00

Vincenzo Raucci lavora presso il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza. E' dal 2011 Coordinatore Infermieristico presso la Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (CRA) di Brugherio. E' professore a contratto nel Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Milano-Bicocca, nonché e assistente di tirocinio per gli studenti del 3° anno, e relatore di numerosi tesi. Ha un'esperienza quasi ventennale nella formazione.

Giovanni Spaccapeli lavora presso il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza sia in ambito ospedaliero (SPDC), sia sul territorio (CPS), e Coordinatore Infermieristico del Centro Psico Sociale di Monza e dell'Ambulatorio Psichiatrico di Brugherio (MdB). Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca, insegna Aspetti legislativi e organizzativi (1° anno di corso) Organizzazione professionale (3° anno di corso) e Infermieristica in Psichiatria (3° anno).

L'intero impianto del testo si fonda su una visione dell'uomo in quanto "persona" e non "soggetto malato"; non appartiene alla cultura disciplinare degli autori - quella infermieristica cioè - la divisione delle persone in "oggetti diagnostici".

Poiché l'uomo è un organismo in continua interazione con sé stesso e col mondo che lo circonda, non potrà mai ridursi ad una sola parte di sé. Tale considerazione deriva anche dalla Teoria di Ludwig von Bertalanffy, fondatore della Teoria generale dei Sistemi, base concettuale di molteplici discipline scientifiche esistenti, i cui concetti fondamentali sono l'apertura e chiusura dei sistemi viventi, l'omeostasi e l'auto-regolazione.

Un altro pilastro del testo è rappresentato, poi, dalla visione olistica e non dogmatica della Salute Mentale, consapevoli del fatto che l'uomo, e quindi l'Universo con esso, è in continua trasformazione e che di conseguenza anche l'infermiere deve continuamente evolvere e cambiare, evitando di fossilizzarsi su concetti acquisiti e fatti propri, così come evolve e si trasforma l'uomo e il suo ambiente.

Il libro si rivolge principalmente agli studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica che si avvicinano al mondo della Salute Mentale, ma vuole anche rappresentare una guida per chi, già laureato, decidesse di approfondire la conoscenza della materia.

Il volume diventa così uno strumento preciso e attento per comprendere un mondo complesso, qual è quello della Salute Mentale, e aiutare tutti coloro, in particolare gli infermieri, che in questo mondo hanno scelto di esercitare.

PIANO FORMATIVO - I° SEMESTRE 2014

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 30/01/2014

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	€.
10/02 e 24/02/14	La mappatura delle competenze del personale: strategie di sviluppo per il port-folio delle competenze del personale sanitario <i>* riservato a personale con funzioni di coordinamento</i>	8	14.30 18.30	Sede IPASVI	15.00
17/02/14	"Prevenzione e gestione sinistri" la responsabilità professionale dopo la riforma Balduzzi	5	14.00-18.00	Sede IPASVI	gratis
20/02/14	"Corso base di immobilizzazione in area traumatologica"	6	09.00 17.00	Sede IPASVI	15.00
26/02/14	"Essere guida per il collega neo inserito: istruzioni per l'uso"	7	09.00 18.00	Sede IPASVI	15.00
06/03/14	Gestione del rischio nell'utilizzo dei farmaci "LOOK-ALIKE-SOUND ALIKE" da parte degli operatori sanitari	7	14.00 18.00	Sede IPASVI	15.00
19/03/14	"La comunicazione efficace in un'organizzazione sanitaria"	7	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
25/03/14	"Vecchie e nuove forme di Dipendenza patologica"	7	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
04/04/14	"La governance infermieristica nel processo di donazione di organi e tessuti"	4	14.00 18.00	Sede IPASVI	10.00
09/04/14	Gestione del rischio clinico: gli strumenti per migliorare la sicurezza dei pazienti	7	09.00 17.00	Sede IPASVI	15.00
14e15/04	La comunicazione come competenza professionale: uno strumento da conoscere, acquisire, sviluppare	8	14.00 18.00 14.00 18.00	Sede IPASVI	15.00
24/04/14	Gli atti di Violenza a danno degli Operatori sanitari	3	14.00 18.00	Sede IPASVI	10.00
28/04/14	Cure e Gestione delle stomie intestinali	4	14.00 18.00	Sede IPASVI	10.00
30/04/14	"L'infermiere e la somministrazione dei farmaci: il corretto dosaggio"	4	14.00 18.00	Sede IPASVI	10.00
05/05/14	"Adolescenza – manuale di istruzione psicologica per genitori ed operatori"	8	08.30 18.30	Sede IPASVI	15.00
09/05/14	"La gestione della complessità relazionale nella professione infermieristica: mettersi in confronto con se stessi e con gli altri"	8	08.30 18.00 14.00 18.00	Sede IPASVI	15.00
14/05/14	Gestione del rischio nell'utilizzo dei farmaci "LOOK-ALIKE-SOUND ALIKE" da parte degli operatori sanitari	7	14.00 18.00	Sede IPASVI	15.00
17/05/14	"Prevenzione e gestione sinistri" la responsabilità professionale dopo la riforma Balduzzi	5	14.00-18.00	Sede IPASVI	gratis
19e20/05	"Caregiving e Psiche: l'infermiere incontra la sofferenza psicopatologica"	8	08.30 18.00 14.00 18.00	Sede IPASVI	15.00
04/06/14	Corso base di immobilizzazione in area traumatologica	6	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
11/06/14	Kitchen in care. Seminario psico-gastronomico	8	09.00 17.00	COOP Liguria	15.00
16/06/14	"Adolescenza – manuale di istruzione psicologica per genitori ed operatori"	8	08.30 18.30	Sede IPASVI	15.00
NB : I crediti ECM in fase di accreditamento regionale potrebbero subire variazioni					

CORSI AREA EMERGENZA				
10/03/14	Primo Soccorso - BLS - Basic Life Support and Defibrillation <i>*Rilascio certificazione europea IRC</i>	9	08.30-18.30	Sede IPASVI
17/03/14	Corso: BLSDP – Basic Life Support and Defibrillation Pediatric <i>*Rilascio certificazione europea IRC</i>	9	08.30-18.30	Sede IPASVI
24/03/14	Corso: PTC b – Prehospital Trauma Care Base <i>*Rilascio certificazione europea IRC</i>	9	08.30-18.30	Sede da definire
L'iscrizione ed il contributo a titolo di rimborso spese ai corsi AREA EMERGENZA si effettua presso la Segreteria IPASVI				