

La mancata iscrizione all'albo configura il reato di esercizio abusivo della professione

Ai Collegi sono giunte diverse richieste di chiarimenti sull'obbligo di iscrizione all'albo professionale anche per i dipendenti di strutture pubbliche e private.

Vogliamo ribadire ai colleghi che il principio di obbligatorietà di iscrizione all'albo trova conferma nella normativa vigente; inoltre, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali in una nota, inviata alla Federazione IP.AS.VI. nel gennaio 2009 recita: *"alla luce di quanto previsto dal dettato normativo della legge 1° febbraio 2006, n. 43, l'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo professionale sancita dall'art. 2 comma 3, estesa anche ai pubblici dipendenti, è requisito essenziale ed indispensabile per poter svolgere senza condizioni l'attività sanitaria sia come libero professionista, sia nell'ambito del rapporto di servizio in regime di lavoratore dipendente"*.

La mancata iscrizione all'albo configura il reato di esercizio abusivo della professione, con l'iscrizione all'albo il professionista consegue quello speciale status giuridico che lo legittima all'esercizio dell'attività professionale.

I Collegi hanno due finalità: la prima è la tutela del cittadino/utente che ha il diritto di ricevere prestazioni sanitarie da personale qualificato, in possesso di uno specifico titolo abilitante; la seconda finalità è rivolta agli infermieri iscritti all'albo che il collegio è tenuto a tutelare nella loro professionalità, esercitando il potere di disciplina, contrastando l'abusivismo, vigilando sul rispetto del Codice Deontologico, esercitando il potere tariffario, favorendo la crescita culturale degli iscritti, garantendo l'infor-

mazione, offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale.

L'iscrizione all'albo determina automaticamente l'insorgenza dell'obbligo di versamento della quota di iscrizione nella misura annualmente determinata con delibera del Consiglio Direttivo.

La quota di iscrizione non ha un termine proprio di pagamento, ma deve semplicemente essere pagata entro l'anno solare di riferimento.

Il pagamento della quota annuale è un dovere obbligo di tutti gli iscritti, che viene rispettato dalla grande maggioranza degli stessi, ma alcuni sono debitori ossia non pagano la quota di iscrizione annua da uno o più anni.

I Collegi hanno la possibilità di procedere alla cancellazione per morosità degli infermieri che non hanno pagato secondo quanto previsto dall'art.11 del DLCP n.233/1946 *"la cancellazione può essere disposta proprio in pendenza di morosità e che tale cancellazione non determina la perdita del diritto per il collegio di procedere alla riscossione coattiva dei crediti che hanno determinato tale morosità"*.

È possibile procedere alla cancellazione per morosità di chi, rimanendo moroso per annualità pregresse, ha versato la quota dell'anno in corso, la normativa applicabile nulla prevede a riguardo a quale anno ci si debba riferire né tantomeno quanti siano gli anni di morosità che possono dare vita al procedimento di cancellazione.

Prima della cancellazione, secondo quanto stabilito dall'art. 11 del regolamento 221/50 di esecuzione, è prevista la procedura di convocazione dell'interessato che deve essere seguita per la validità del provvedimento di cancellazione.

L'azione di recupero può essere esercitata dal Collegio o attraverso l'emissione di un ruolo esattoriale che è immediatamente coattivo ovvero attivando una procedura giudiziale per l'emissione di un decreto ingiuntivo a carico dell'iscritto moroso.

I Nostri collegi hanno deciso di recuperare le quote annuali che non sono state versate, lo faranno in virtù della normativa vigente.

Tutti noi potremmo aver dimenticato di pagare!

Hai controllato Sei ancora in tempo... vai a pagare! ●

NOTIZIE FLASH NOTIZIE FLASH NOTIZIE FLASH

L'INFLUENZA SUINA

INFLUENZA SUINA A/H1N1

La pandemia diffusa a livello internazionale

L'influenza suina è una malattia respiratoria acuta dei maiali cagionata da virus influenzali del tipo A, che causano abitualmente epidemie di influenza tra i suini. I virus dell'influenza suina causano alti livelli di malattia e bassa mortalità nei maiali. Possono circolare tra i maiali in tutti i mesi dell'anno, ma la maggior parte delle epidemie si manifestano nel tardo autunno ed in inverno, così come accade per le epidemie nella popolazione umana.

I virus dell'influenza suina non infettano normalmente l'uomo ma possono verificarsi infezioni umane sporadiche con virus influenzali suini. Comunque questi casi di infezione umana da virus influenzali suini si manifestano in persone con esposizione diretta ai maiali (per esempio lavoratori addetti ad allevamenti e industrie suinicole, frequentatori di fiere zootecniche). È possibile anche la trasmissione da persona a persona. Si ritiene che ciò accada con le stesse modalità di trasmissione dell'influenza stagionale, cioè attraverso la



diffusione di goccioline di flugge. Le persone possono anche infettarsi toccando superfici contaminate con secrezioni infette, portando alla bocca e al naso le mani. Per questo il lavaggio delle mani è una misura molto importante per ridurre il rischio di infezione.

Casi sospetti

Vengono definiti tali quei casi caratterizzati da " un'affezione respiratoria acuta ad esordio brusco e improvviso con febbre uguale o maggiore di 38°C accompagnata da almeno un sintomo tra i seguenti:

cefalea, malessere generalizzato, sensazione di febbre (sudorazione, brividi), astenia e da almeno uno dei seguenti sintomi respiratori: tosse, faringodinia, congestione nasale.

Come l'influenza stagionale, anche l'influenza suina può causare un peggioramento di patologie croniche pre-esistenti e sono stati segnalati casi di complicazioni gravi (polmonite ed insufficienza respiratoria) e decessi associati ad infezione da virus dell'influenza suina. Per la diagnosi di influenza suina A è necessario raccogliere un campione di secrezioni respiratorie (tampone nasale o faringeo) entro i primi 4 - 5 giorni dall'inizio dei sintomi (quando è maggiormente probabile che la persona elimini i virus). Comunque, alcune persone e in particolar modo i bambini possono eliminare il virus influenzale per oltre 10 giorni.

Secondo l'Organizzazione mondiale per la Sanità (Oms), la pandemia si è diffusa a livello internazionale con una velocità senza precedenti. In passato, le pandemie di virus influenzali avevano bisogno di almeno sei mesi per diffondersi così ampiamente, mentre al virus H1N1 sono bastate sei set-

timane. L'andamento dei casi di influenza da virus H1N1 in Italia (1800 casi) è in linea con quanto atteso.

L'Europa adesso può tentare di mitigare la diffusione della nuova influenza, ma non certo contenerla, quindi, l'unico vero rimedio per far fronte al diffondersi della nuova influenza è il vaccino.

“La campagna vaccinale per l'influenza pandemica prevede l'immunizzazione del 40% della popolazione e inizierà una prima parte dal prossimo 15 novembre e una seconda nei primi mesi del prossimo anno. La consegna del vaccino alle Regioni è prevista nel periodo che va dal 15 ottobre al 15 novembre 2009.

I criteri di scelta dei gruppi target della vaccinazione pandemica convergono, anche a livello europeo e internazionale, nella direzione di offrirla prioritariamente, in prima battuta a:

- i soggetti a rischio perché affetti da patologie croniche gravi;
- il personale sanitario che deve garantire le prestazioni assistenziali;
- il personale che garantisce gli aspetti di sicurezza del Paese (vigili del fuoco, polizia, protezione civile, etc);
- il personale che garantisce la continuità dei servizi cosiddetti essenziali (acqua, energia, telecomunicazioni, rifiuti, etc).

In seconda istanza, il vaccino sarà offerto alla popolazione dai 2 ai 27 anni, fascia d'età che, dai dati sull'andamento mondiale della malattia da aprile ad oggi, risulta esse-

la segreteria informa che...

DOMANDA DI RINUNCIA DALL'ALBO PROFESSIONALE



Collegio IP.AS.VI. di Perugia

Ricordiamo che, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo ai fini dell'esercizio della professione infermieristica (sia in regime di pubblico impiego che di libera professione), la cancellazione dall'Albo comporta la impossibilità di svolgere, a qualunque titolo e in qualunque luogo atti e prestazioni di tipo infermieristico.

Chi essendo andato in pensione intenda cancellarsi dall'Albo (si ricorda comunque che si può rimanere iscritti) può farlo redigendo richiesta di cancellazione in carta da bollo da € 14,62 consegnandola personalmente o a mezzo raccomandata presso la segreteria del Collegio entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello a cui si riferisce la richiesta di cancellazione.

La domanda va compilata **esclusivamente** sull'apposito modulo, disponibile in segreteria o scaricabile dal sito-internet www.ipasviperugia.it, osservando le indicazioni in esso contenute. Si ricorda che la cancellazione sarà possibile **solo dopo l'effettivo collocamento in pensione.**

Le domande che pervenissero oltre la data sopra indicata, non comporteranno la cancellazione per l'anno successivo: pertanto l'iscritto sarà tenuto, anche per l'anno seguente, al pagamento della quota annuale (per es.: la domanda di cancellazione che pervenisse il 20 dicembre 2009 comporterebbe la cancellazione a partire dal 1.1.2011 e quindi il pagamento per l'annualità 2010).

Collegio IP.AS.VI. di Terni

Riteniamo opportuno ricordare agli iscritti del Collegio IP.AS.VI. della provincia di Terni collocati in pensione nell'anno 2009 e che non intendono continuare a svolgere la professione infermieristica, di contattare la segreteria del Collegio per presentare domanda di cancellazione dall'Albo professionale, compilando l'apposito stampato entro e non oltre il 30.11.2009 onde evitare l'inserimento nei ruoli anno 2010 e il pagamento della relativa quota. Per prendere visione ed informazioni della procedura di cancellazione rivolgersi alla segreteria: Tel. 0744.420215 Fax 0744.420215 e-mail: ipasviterni@tiscali.it ●

re la più colpita dall'infezione che, in tali soggetti, si trasmette più facilmente."

È stata rafforzata la rete di sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza, la rete Influnet, per permettere la raccolta di informazioni e campioni virali ai fini del tempestivo riconoscimento dei casi di influenza e per la conseguente adozione delle misure di sanità pubblica.

La Regione Umbria ha attivato il comitato Pandemico Regionale con il compito di definire gli interventi da attuare per la prevenzione ed il contenimento dell'influenza H1N1 e che fornirà progressivamente le indicazioni operative ritenute necessarie tenendo in considerazione le novità apportate dalla circolare del Ministero della Salute del 24 luglio 2009.

Modalità di effettuazione visita

Di fronte ad un caso che potrebbe rientrare fra quelli sospetti la visita del paziente deve essere effettuata a domicilio con mezzi di protezione, se la visita conferma che si tratta di caso sospetto sulla base dei criteri clinici dovrà essere compilata la scheda di segnalazione e raccolta dati (limitatamente alle informazioni in possesso del medico al momento della visita), indicando l'indirizzo del paziente, nome e telefono del medico segnalatore.

In caso di sospetto caso di H1N1 il medico curante stabilirà la necessità di ricovero presso Malattie Infettive, altrimenti darà istruzioni sulle modalità di isolamento domiciliare,



RISCOSSIONE

QUOTE ANNO 2009

COLLEGIO DI PERUGIA

Nel mese di aprile 2009 è stato inviato il bollettino postale precompilato per il pagamento della quota anno 2009 con la scadenza del 30.4.2009. Nel caso in cui **non abbia ricevuto**

il bollettino postale o lo avesse accidentalmente smarrito, vengono di seguito riportate le coordinate di conto corrente postale su cui effettuare il versamento:

c/c postale n. 14501068
intestato a:

Collegio IP.AS.VI. di Perugia
Via Manzoni, 82 - 06087
Ponte San Giovanni (Pg)
causale: quota associativa
anno 2009, importo: € 55,00.
entro il mese di ?????? 2009
verranno spedite

le raccomandate di sollecito della quota anno 2009.

Per coloro che non avessero ancora provveduto al pagamento si ricorda che le spese relative al sollecito saranno a totale carico dell'iscritto moroso ●

ponendo particolare attenzione qualora tra i contatti stretti ci siano soggetti immunodepressi o affetti da malattie cronico gravi.

Il Servizio di Igiene Pubblica individuerà tra i soggetti segnalati quelli da sottoporre a

tampone faringeo scegliendo le modalità più opportune per la sua esecuzione.

L'eventuale ricovero deve essere concordato con il reparto di Malattie Infettive e il trasferimento dovrà rispettare le seguenti "procedure del triage clinico":

- evitare la presenza in sale di attesa comuni;
- usare stanze dedicate per la valutazione clinica;
- per il trasporto dei casi sospetti usare ambulanze dedicate.

Mezzi di protezione

Per quanto riguarda i mezzi di protezione si riportano le misure per gli operatori sanitari che prevede la circolare del 20 maggio: "Gli operatori sanitari a stretto contatto con i casi sospetti dovrebbero:

- indossare misure di protezione individuali (es. maschere chirurgiche, guanti, camici monouso) durante le procedure standard;

In caso di procedure che possono generare aerosol indossare correttamente una maschera certificata come DPI di terza categoria, camice monouso, guanti e occhiali protettivi.

Il paziente dovrà indossare la maschera chirurgica fin dal momento della presa in carico da parte del personale del 118."

(Centers for Disease Control and Prevention, Repubblica, Il Sole 24 ore - Sanità, La Stampa, Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali (comunicato del 20 maggio 2009, del 24 luglio 2009, del 26 agosto 2009), Direzione generale Prevenzione sanitaria.

INFERMIERI NELLE FARMACIE

L'inserimento degli infermieri nelle farmacie

La novità annunciata a giugno, al Sanit, dal viceministro alla Salute Ferruccio Fazio e che verrà introdotta nel ddl di riforma delle farmacie, all'esame del Senato, è l'*inserimento degli Infermieri nelle farmacie* per analisi del sangue, controllo della pressione, distribuzione di referti, campagne di prevenzione.

Una normativa del 1934 – ha detto Fazio – vieta la coesistenza di due figure professionali all'interno della farmacia. Ma promette che questo ostacolo, sarà rimosso al più presto con un emendamento messo a punto in accordo con il ministero dell'Economia.


Perplessi anche i medici di famiglia che non valutano la presenza degli infermieri nelle farmacie come una priorità, "essenziale semmai e' la riforma dell'assistenza primaria – spiega Milillo – che "valorizzi la figura dell'infermiere, fondamentale negli ospedali, sul territorio nella cura ai malati cronici, ma anche negli studi dei medici, attraverso un percorso formativo importante. Occorre disegnare un percorso di assistenza primaria con medici di medicina generale, il collaboratore di studio e l'infermiere".

Diverso il parere del Nursind, sindacato di categoria, che si trova in piena sintonia con la posizione espressa dal ministro Fazio, in quanto questo potrebbe essere realmente un piatto forte per il miglioramento dei servizi sanitari ai cittadini. Infatti, i

valori aggiunti già presenti sono, in primo luogo, la professionalità e la competenza del personale infermieristico che da sempre e per profilo professionale si occupa di prevenzione, assistenza e educazione sanitaria (DM 739/94 art. 2 "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria") oltre che di molti aspetti tecnici tra cui "garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche" (art. 3 punto e). E proprio su quest'ultimo aspetto la presenza dell'infermiere nelle farmacie avrebbe il vantaggio per il cittadino di combinare la distribuzione con la somministrazione diretta del farmaco (si pensi alla possibilità di eseguire le iniezioni intramuscolari senza dover cercare affannosamente tra i conoscenti o i vicini un infermiere a cui chiedere la prestazione) e la garanzia della sicurezza della prestazione e l'abbattimento dell'abusivismo professionale. Il vantaggio è ulteriore se si pensa che in questo modo si possono sollevare i medici di medicina generale dal compiere prestazioni di non esclusiva competenza. La necessità prevista di vaccinare più di 15 milioni di italiani contro l'influenza potrebbe mettere in crisi il sistema dell'erogazione delle cure. Gli infermieri potrebbero rispondere all'attuale bisogno di fronteggiare la pandemia influenzale garantendo la somministrazione del vaccino al

momento del ritiro in farmacia, senza fare la fila del medico e senza distrarlo dalla cura dei malati più bisognosi. Molto si potrebbe fare anche a livello di educazione sanitaria e di piccole medicazioni, aumentando i controlli sulla popolazione, diminuendo le prestazioni improprie del pronto soccorso e garantendo la presenza sul territorio (in un luogo diverso dal distretto socio sanitario) di una figura sanitaria in grado di identificare e segnalare alterazioni dello stato di salute della persona e della collettività. Il secondo valore aggiunto di tale iniziativa è il grande risparmio di risorse economiche pubbliche che si avrebbe e la adeguata valorizzazione della figura dell'infermiere.

È convinzione del Nursind che l'appropriatezza delle prestazioni e del loro costo passi anche attraverso l'appropriatezza delle figure che le erogano, evitando di impiegare inutilmente il tempo dei medici che già a fatica riescono a far fronte alle richieste dei propri assistiti.

La sostenibilità del Sistema Sanitario, sul piano economico e sulla qualità delle cure, passa attraverso una maggiore valorizzazione delle competenze del personale infermieristico come del resto avviene già in molti paesi europei. 

(AGI salute, Nursind forum, La7.it)

Riterremmo utile, qualora lo desideriate, avere un vostro riscontro circa i contenuti d'approfondire o da trattare. A tale scopo, potete inviare le vostre osservazioni e richieste alle rispettive e-mail dei Collegi IP.AS.VI. di Perugia e di Terni: info@ipasvi-perugia.it, ipasviterni@tiscali.it.

L'ANGOLO DEL LIBRO

CIBO PER L'ANIMA

L'autrice del libro è un'infermiera che si diploma e lavora a Faenza. L'esperienza in ospedale ed il contatto diretto con i pazienti malati e sofferenti ha creato in lei una profonda crisi, "... perché la vita non può essere vissuta con salute, pienezza e realizzazione?". Da qui è iniziato il suo percorso professionale nel mondo della prevenzione primaria. "È mia forte convinzione che le persone debbano essere educate, informate e messe nelle possibilità di scegliere... è necessario conoscere, individuare ed eliminare i fattori di rischio che creano disordine, caos, sofferenza e morte".

È interessante il suo approccio olistico ai vari complessi problemi dell'alimentazione e il suo tentativo di far conoscere alcuni aspetti della Medicina Naturale ed Ayurvedica. Tenendo conto della attuale diffusione dei disturbi alimentari ed il loro impatto sulla qualità di vita di queste persone.

Oggi purtroppo, presi da un vivere quotidiano frenetico ed assordante, non riusciamo più ad ascoltarci, ad entrare in comunione con noi stessi. Qualsiasi gesto compreso il momento del pasto, diviene un fare freddo e calcolato, privo della nostra parte più intima: "sentire", ciò che ci piace, di cui abbiamo bisogno e ci fa bene.



Il momento del pasto è uno dei più importanti della giornata. È occasione di profonda comunione con noi stessi e con gli alimenti. Spesso mangiamo in piedi, masticando un boccone dietro l'altro senza cogliere il sapore, oppure per riempire un buco nello stomaco, o perché dopo non c'è più tempo. A volte leggiamo il giornale, oppure assistiamo a spettacoli televisivi spesso cruenti che distolgono l'attenzione da un momento importante per la nostra salute. Possiamo chiederci, perché avviene tutto questo?


Una spiegazione può essere data dal tipo di Società nella quale viviamo, che insegna falsi bisogni, allontanandoci sempre più dalle nostre radici, dal nostro essere individui, fatti di corpo, anima e spirito; di-

veniamo esseri standardizzati, robot che si muovono all'interno della vita senza coglierne l'essenza, la profondità...

Il nutrimento inteso nella sua essenza non è semplicemente ingestione di cibo, come gesto meccanico, ma è dato dalle innumerevoli e complesse trasformazioni, sempre più sottili degli alimenti... apportando nutrimento ad organi e tessuti...

L'autrice, che sostiene che creatività e fantasia sono ingredienti fondamentali dell'arte di cucinare, propone anche alcune semplici ricette che vogliono essere una indicazione ad una alimentazione corretta e completa, in particolare per chi non ama il consumo di carne e pesce.

Questo libro vuole essere, quindi, una guida "al come fare":

- come preparare un buon cibo;
- la scelta corretta degli alimenti in base alle stagioni, alla qualità e all'abbinamento;
- l'importanza dei sapori;
- la digestione, intesa nel senso più ampio del termine (digerire bene non solo il cibo, ma anche le emozioni, i dolori, le delusioni, ecc.), come condizione fondamentale per avere una buona salute. 

(LORENA BALDINI, *Cibo per l'Anima. Alimentazione olistica e guarigione*, Eifis Edizioni)

GIORNATA DI STUDIO

LA CONTENZIONE

TRA DIRITTO ALLA LIBERTÀ E TUTELA DELLA SICUREZZA

SPOLETO 7 NOVEMBRE 2009

AUDITORIUM SCUOLA ALLIEVI AGENTI DELLA POLIZIA DI STATO

Viale Trento Trieste, 5 - Spoleto (nei pressi della stazione ferroviaria)

PROGRAMMA

8,00 Iscrizione partecipanti *della contenzione per la professione*

8,30 Apertura dei lavori *infermieristica*

Presentazione della giornata **P. Riganelli**
Presidente del Coordinamento
Collegi IP.AS.VI. dell'Umbria

12,20 *Alternative alla contenzione*
G. Spaccapeli

Saluto delle autorità:

13,00 COLAZIONE DI LAVORO

- Comandante della Scuola
Polizia di Stato di Spoleto
- Sindaco di Spoleto
- Direttore generale ASL 3

14,30 **TAVOLA ROTONDA**

**SUPERARE LA CONTENZIONE
SI PUÒ?**

PRIMA SESSIONE

Discussione su casi

MODERATORE:

P. Riganelli

Presidente Collegio IP.AS.VI. Perugia

MODERATORE:

A. Proietti

Presidente Collegio IP.AS.VI. Terni

9,00 *Cenni storici ed evoluzione normativa*
D. Rodriguez

PARTECIPANO:

**D. Rodriguez, B. Mangiacavalli,
G. Spaccapeli, V. Raucci, P. Riganelli
A. Cappucci**

10,00 *La contenzione fisica e psicologica*
V. Raucci

- 1 - Area geriatrica
- 2 - Area psichiatrica
- 3 - Area pediatrica
- 4 - Area emergenza/Urgenza

10,40 *La contenzione farmacologica*
L. Natalicchi

11,10 PAUSA

18,30 Test di verifica
Chiusura dei lavori

11,40 *Aspetti etici e responsabilità*

PATROCINI RICHIESTI

Regione Umbria, Università degli Studi di Perugia, Provincia di Perugia, Comune di Spoleto

Scheda di iscrizione da compilare in ogni sua parte in stampatello ed inviare per fax al numero 0744.420215

GIORNATA DI STUDIO

La contenzione: tra diritto alla libertà e tutela della sicurezza

7 NOVEMBRE 2009

Auditorium Scuola Allievi Agenti della Polizia di Stato

Nome: _____

Cognome: _____

Nato/a: _____ il _____

Qualifica: I.P. A.S. V.I. I.Pediatrico

Codice fiscale (obbligatorio):

Iscritto collegio IP.AS.VI. di Perugia

Iscritto collegio IP.AS.VI. di Terni

Residenza: _____

Città: _____

Provincia: _____ C.A.P.: _____

Tel.: _____ Cell.: _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 **dichiaro di essere in regola con i pagamenti relativi alle quote d'iscrizione all'albo professionale.**

Data: _____
FIRMA

Si autorizza a trattare, comunicare e diffondere i dati indicati nella presente scheda solo per finalità inerenti all'evento formativo e, ove ricorre, per l'accreditamento E.C.M. (ai sensi dell'art. 10 della L. 65/96)

Data: _____
FIRMA

Informazioni generali

- 1 - I destinatari dell'evento formativo sono gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Vigiliatrici d'Infanzia e Infermieri Pediatrici iscritti ai Collegi IP.AS.VI. di Perugia e Terni in regola con i pagamenti relativi alle quote d'iscrizione all'Albo Professionale.
- 2 - È stata inoltrata la richiesta di accreditamento alla Commissione E.C.M. della Regione Umbria. Il conseguimento dei crediti E.C.M., è subordinato alla frequenza del 90% delle ore previste dal programma e al superamento della verifica di apprendimento. Gli attestati E.C.M. potranno essere ritirati presso la segreteria del Collegio IP.AS.VI. di Perugia o di Terni previa comunicazione sulla rivista del collegio.
- 3 - La partecipazione al Convegno è gratuita.

Modalità di iscrizione

Per iscriversi è necessario inviare via fax la scheda di iscrizione debitamente compilata in ogni sua parte e sottoscritta (2 firme) al n. 0744.420215 della segreteria del Collegio IP.AS.VI. della provincia di Terni entro e non oltre il 24 ottobre 2009.

Posti disponibili: n. 300.

L'assegnazione dei posti disponibili avverrà in base alla data d'invio della scheda d'iscrizione al Convegno.

Chiunque inviassi l'iscrizione entro il termine previsto, ma in condizioni di esaurimento dei posti disponibili, non avrà diritto all'iscrizione e ne riceverà comunque comunicazione telefonica.

Non saranno accettate schede di iscrizione incomplete o inviate ad altro numero di fax. L'elenco dei partecipanti regolarmente iscritti sarà pubblicato nel sito del Collegio IP.AS.VI. di Perugia e Terni (indirizzo www.ipasviperugia.it; www.ipasviterni.com) entro il 30/10/2009.

L'iscrizione in sede congressuale è subordinata alla disponibilità dei posti.

L'iscrizione dà diritto a: partecipazione alla Giornata di Studio, Kit congressuale, colazione di lavoro, Attestato di partecipazione, Attestato di assegnazione crediti formativi E.C.M. (a seguito di verifica questionario di apprendimento e valutazione).

Recesso

Coloro i quali, pur avendo correttamente eseguito l'iscrizione, non potessero poi partecipare al Convegno, sono pregati di darne tempestiva comunicazione telefonica alle Segreterie dei Collegi onde permettere ad altri colleghi di partecipare.

Segreteria organizzativa

Collegio IP.AS.VI. di Terni –
Via Galvani, 11 – Terni
Tel. Fax 0744/420.215
www.ipasviterni.com
ipasviterni@tiscalinet.it 

morsità e prescrizione normativa vigente

D.Lgs.C.P.S.233/46, art.8. Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse. Art. 8 - Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie è necessaria l'iscrizione al rispettivo albo.

D.P.R. 761/79, articolo1, comma 2; Ruoli del Personale. Art. 1 - Articolazione dei ruoli. ...omissis... Appartengono al ruolo sanitario i dipendenti iscritti ai rispettivi ordini professionali, ove esistono, che esplicano in modo diretto attività inerenti alla tutela della salute; appartengono al ruolo professionale i dipendenti non compresi nel ruolo sanitario i quali, nell'esercizio della loro attività, assumono a norma di legge responsabilità di natura professionale e che per svolgere l'attività stessa devono essere iscritti in albi professionali; ...omissis...

D.M. 739/94, articolo1, comma 1. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Articolo 1 - È individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Legge 42/1999; Art. 1 - (Definizione delle professioni sanitarie) La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".

D.P.R. 220/2001, Art. 2, lett. d. Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale. Iscrizione all'albo professionale, ove richiesto per l'esercizio professionale. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione europea, ove prevista, consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

Codice Civile, articolo 2229; Capo II: Delle professioni intellettuali. Art. 2229 Esercizio delle professioni intellettuali La legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi. L'accertamento dei requisiti per l'iscrizione negli albi o negli elenchi, la tenuta dei medesimi e il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati alle associazioni professionali sotto la vigilanza dello Stato, salvo che la legge disponga diversamente. Contro il rifiuto dell'iscrizione o la cancellazione dagli albi o elenchi, e contro i provvedimenti disciplinari che importano la perdita o la sospensione del diritto all'esercizio della professione e ammesso ricorso in via giurisdizionale nei modi e nei termini stabiliti dalle leggi speciali.

Legge 43/2006. "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"

Art. 2. (Requisiti). L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge. Art. 3. (Istituzione degli ordini delle professioni sanitarie). In ossequio all'articolo 32 della Costituzione e in conseguenza del riordino normativo delle professioni sanitarie avviato, in attuazione dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle riforme degli ordinamenti didattici adottate dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, al fine di adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario a quello garantito negli Stati membri dell'Unione europea, la presente legge regolamenta le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, nel rispetto dei diversi iter formativi, anche mediante l'istituzione dei rispettivi ordini ed albi, ai quali devono accedere gli operatori delle professioni sanitarie esistenti, nonché di quelle di nuova configurazione. ●

DISPENS@TORE DI STIMOLI INFERMIERISTICI BLOCKNOTES

L'estate è trascorsa con l'incubo "mediatico" influenzale che stava arrivando, l'autunno è iniziato sempre con gli stessi titoli giornalistici, l'influenza suina (*swine flu*), da tutti conosciuta come quella patologia generata dal virus H1N1 riempie ogni giorno i titoli dei giornali, e non si parla più di epidemia, che interessa piccole aree geografiche, ma di pandemia, dato che ad oggi sono più di 70 i Paesi interessati. Cercando su Google (<http://www.google.it/>) la sigla H1N1 vengono individuati 51 milioni di link correlati, che diventano poco più di 60000 se la stessa ricerca viene effettuata su Google Scholar (<http://scholar.google.it/>). Questo dato può darci una lettura del fenomeno visto come pandemia sicuramente mediatica. Lo dimostra il numero di voci rilevate dal motore di ricerca generalista ma, coinvolge meno il personale sanitario che vigila sullo sviluppo e progressione della malattia, come dimostrato dal numero di "voci" correlate nel sito specializzato per la ricerca.

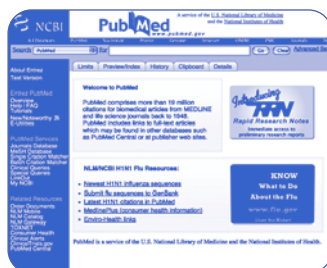
Anche PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), la biblioteca scientifica

la frase

Una crisi è un'opportunità per fare quelle cose che altrimenti potrebbero essere evitate

John Appleby,
(BMJ 27.08.09)

online più importante, ha dedicato una intera sezione del proprio sito all'emergenza dove vengono inseriti tutti i nuovi articoli per permettere ai clinici di non "perdere tempo" nella ricerca, ma impiegarlo solo nella consultazione delle risorse.



Comunque, per comprendere ed interpretare il fenomeno, la rete ci può aiutare a trovare le risposte alle nostre domande; il sito internet [\[sterosalute.it\]\(http://sterosalute.it\) genera costantemente informazioni sullo stato dell'arte del trattamento della patologia. In questo sito sono raccolte tutte le circolari e gli interventi consigliati e le notizie indirizzate soprattutto a persone comuni e non a professionisti della salute.](http://www.mini-</p>
</div>
<div data-bbox=)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (www.who.org) è stata la prima a lanciare l'allarme, soprattutto indicando tutta una serie di procedure per limitare il contagio. In questo sito è possibile reperire un protocollo applicabile per tutte le pandemie influenzali, creato nel 2007 e soprattutto nella sezione dedicata a questa influenza (<http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>) ci sono tutti i documenti per gli individui, le istituzioni, le autorità nazionali, su come intervenire prima e durante l'infezione.



<http://www.h1n1registry.com/> è una iniziativa della Società Europea di Terapia Intensiva (<http://www.esicm.org/>), ed ha l'obiettivo di creare una rete per sorvegliare i casi più gravi che hanno bisogno di cure intensive. All'interno di questo sito troviamo i documenti per prevenire il contagio e limitare l'espansione della pandemia, ma anche le esperienze dei clinici che hanno trattato i casi più gravi; è stato costruito un registro dove le varie Terapie Intensive di tutto il mondo possono iscriversi e inserire tutti i casi che riscontrano.

mia; ci sono aggiornamenti quotidiani sullo sviluppo dell'influenza a livello mondiale, sono monitorati i nuovi casi, i ricoveri in ospedale, gli accessi in Terapia Intensiva, i decessi.

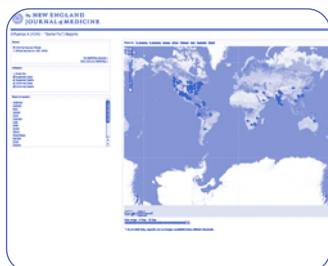
"In times of potential crisis it is important that people receive clear, consistent and up-to-date information about the fast changing situation..." questa frase è presente nella sezione del sito della commissione europea sulla salute (<http://ec.europa.eu/>) dedicata all'influenza H1N1 (http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/Influenza/novelflu_en.htm). L'obiettivo del sito è proprio quello di dare informazioni chiare, per evitare facili allarmismi, lo stesso obiettivo del sito creato dal ministero della salute statunitense (<http://www.flu.gov/>).



<http://www.cdc.gov/h1n1flu/> anche il CDC (Centre for Disease Control and Prevention) di Atlanta (Stati Uniti d'America) dedica molta attenzione alla patologia, considerando che i primi focolai infettivi sono stati evidenziati al confine con il Messico.



<http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx> è il sito dell'European Centre for Disease Prevention and Control, l'organizzazione europea che si occupa di controllare le patologie infettive in Europa. Un'intera sezione del sito è dedicata alla pande-



The New England Journal of medicine assieme al sito Healthmap (<http://www.healthmap.org/nejm/>) ha creato una mappa con aggiornamenti in tempo reale che indica la presenza di focolai, per capire (soprattutto in caso di viaggio all'estero) quali precauzioni attuare e come comportarsi.

La sinergia tra enti pubblici, preposti alla sicurezza, ed organizzazioni sanitarie scientifiche, sta dando la possibilità di arginare la pandemia e mettere in atto tutti gli strumenti più idonei per evitare una situazione disastrosa. Sicuramente le precedenti influenze (influenza aviaria e la SARS), che si sono dimostrate meno pericolose di quanto fu previsto in un primo momento, hanno dato la possibilità a tutti i paesi ed ai vari sistemi sanitari di creare gli strumenti per limitare i danni di una vera pandemia.

(Per approfondimenti: AA.VV., *Simulazione: l'innovazione nella formazione medica*, I Quaderni, Il Sole 24 Ore - Sanità, settembre 2008).



PREVENIRE GLI ERRORI, IMPARARE DAGLI ERRORI

DISPOSITIVI DI SICUREZZA TESTING IN PRONTO SOCCORSO

Dopo ormai circa tre anni dall'avvio di questa specifica sezione su "Professione Infermiere Umbria" sono stati pubblicati essenzialmente articoli riguardanti la sicurezza del paziente e, più in generale, delle prestazioni sanitarie. Ma il risk management ha dei risvolti anche nei confronti degli operatori, considerati non solo come "garanti" della sicurezza del paziente ma anche come lavoratori soggetti essi stessi a rischi specifici. In questo numero, grazie al prezioso contributo di Andrea Ceccagnoli e Nicola Ramacciati, verrà presentato un interessante lavoro di ricerca. Infatti, presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia nei primi mesi del 2009 è stato condotto uno specifico studio su alcuni dispositivi di sicurezza attivi da impiegarsi per la somministrazione della terapia parenterale, che ha visto impegnati come tester gli infermieri del servizio. È stata testata una siringa con ago retrattile e due tipi di aghi-cannula caratterizzati dalla copertura automatica della punta dell'ago quando questo vie-

ne estratto dal catetere. Rispetto agli analoghi prodotti senza sistemi di sicurezza il loro costo è maggiore, ma il beneficio è così grande da giustificarne indubbiamente l'impiego. Tali dispositivi permettono di ridur-

la frase

Se si escludono istanti prodigiosi che il destino ci può donare, amare il proprio lavoro costituisce la migliore approssimazione concreta alla felicità sulla terra. Ma questa è una verità che non molti conoscono

Primo Levi
La chiave a stella, 1978

re il rischio biologico per gli operatori, che, attraverso questo specifico studio, condotto con adeguata metodologia scientifica hanno contribuito alla scelta dei prodotti da impiegare in ambito lavorativo, a tutela della loro stessa sicurezza.

Premessa

L'esposizione occupazionale al rischio biologico, soprattutto da patogeni a trasmissione ematica (HCB, HCV, HIV), è un problema di grande e prioritaria rilevanza per tutte le organizzazioni sanitarie. Ogni anno nel nostro Paese si verificano per gli operatori sanitari oltre 70.000 esposizioni occupazionali al rischio biologico. Basti pensare che, in base a recenti studi di valutazione, si stima che ogni anno 100 dei 300.000 infermieri italiani contraggono l'epatite C (HCV) a seguito di un'esposizione occupazionale a materiale biologico infetto e che gli incidenti da punture accidentali rappresentano la seconda causa di infortunio tra gli operatori sanitari. I contatti percutanei, attraverso ferite o punture accidentali con aghi sporchi di sangue, costituiscono la più pericolosa via d'accesso del virus a trasmissione ematica^[1].

Oltre all'affermarsi di un pensiero etico che porta verso la protezione dal rischio biolo-

gico degli operatori sanitari durante lo svolgimento delle attività professionali, si sta consolidando un crescente corpus di leggi che, a livello della Comunità Europea, impone ai datori di lavoro di sviluppare ed implementare programmi di prevenzione e protezione per ridurre il rischio biologico alla fonte.

Introduzione

Il rischio di infezione da patogeni per gli operatori (rischio occupazionale) è un fenomeno

espresso in valore assoluto, è significativamente allarmante se rapportato al numero complessivo degli operatori totali in pianta al Pronto Soccorso di Perugia, che ammonta per gli anni in parola a 60-65 unità, in quanto evidenzia una esposizione pari al 3-9%.

L'entità di tale problema trova ulteriore conferma nell'indice di rischio annuo per 100 posti letto per l'area critica (nella quale rientra il Pronto Soccorso) pari per l'Azienda Ospedaliera di Perugia a 2,7, valore nettamente superiore a

sulla scena di numerosi sanitari, dalla rapidità e dalla complessità operativa, che espongono maggiormente gli operatori ad un rischio occupazionale relativo al contagio di agenti patogeni per via parenterale.

Materiale e metodi

Data la rilevanza del problema, nell'ambito dei progetti aziendali di Miglioramento Continuo della Qualità (M.C.Q.) che gli operatori sanitari del Pronto Soccorso hanno avvia-

PRESIDI	TRIMESTRE				TOTALE
	1° TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE	4° TRIMESTRE	
Aghi,					
cannula	1.420	2.324	1.480	1.742	6.966
Siringhe	4.600	4.435	4.100	4.379	17.514
TOTALE	6.020	6.759	5.580	6.129	24.488

Tab.I – Consumi di presidi per incannulamento percutaneo e terapia iniettiva parenterale, Pronto Soccorso Azienda Ospedaliera di Perugia, anno 2008

ben conosciuto e fortemente elevato in Pronto Soccorso. Nell'Azienda Ospedaliera di Perugia, solo riferendosi agli ultimi quattro anni, dai dati accertati dal Programma Aziendale di "Controllo e prevenzione del rischio di contaminazione da agenti biologici a trasmissione parenterale: HIV, HCV, HBV" il personale di Pronto Soccorso esposto (che ha effettuato la denuncia) è stato di 5 persone nel 2005, di 2 persone nel 2006, di 5 persone nel 2007 e di 6 persone nel 2008. Questo dato, in sé già rilevante perché

quello riferibile ad altre aree sanitarie^[2].

Siringhe ed aghi cannula sono di largo impiego in Pronto Soccorso (Tab. I), non solo in situazioni elettive, a basso rischio, come avviene per i trattamenti dei codici verdi e bianchi, ma soprattutto negli scenari di emergenza, a rischio elevato, che si presentano nella gestione dei codici gialli e rossi. Sono specialmente questi ultimi contesti assistenziali caratterizzati, anche per la presenza simultanea di più pazienti, dal coinvolgimento

to dall'autunno 2008, è stato specificatamente previsto quello inerente il "Rischio Occupazionale" che vede impegnati gli Autori come facilitatori e supervisori del gruppo di lavoro^[3].

Tra gli interventi posti in essere riguardanti questo progetto, è stato elaborato uno studio specifico per testare alcuni dispositivi di sicurezza attivi (aghi cannula e siringhe).

Durante i mesi di febbraio-marzo 2009, in accordo con il Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Azienda, è stata condotta la fase di testing.

SCHEDA DI VALUTAZIONE										
ITEMS	D.d.S.(a) 20G (Serie 1)		Vasofix Safety 20G (Serie 2)		D.d.s.(a) 18G (Serie 3)		Vasofix Safety 18G (Serie 4)		Vanish Point (Siringa 5ml) (Serie 1)	
	M _i	σ	M _i	Σ	M _i	σ	M _i	σ	M _i	Σ
1) la capacità di penetrazione dell'ago è comparabile con quella del dispositivo in dotazione	3,8	1,1	4,3	1,1	3,9	1,0	4,3	1,0	4,5	0,7
2) con questo dispositivo il paziente non prova maggior dolore o disagio	3,7	1,2	4,0	1,3	3,6	1,1	4,2	1,2	4,1	1,1
3) l'uso del dispositivo non aumenta il numero di punture per il paziente	3,8	1,1	4,3	1,0	3,8	1,2	4,3	1,0	4,3	1,0
4) l'utilizzo del dispositivo non richiede tempo addizionale alla procedura	3,5	1,2	4,0	1,3	3,5	1,3	4,1	1,3	4,2	0,8
5) l'utilizzo del dispositivo non richiede una modificazione della tecnica	3,4	1,2	3,7	1,2	3,2	1,3	4,0	1,1	4,2	1,2
6) il dispositivo è compatibile con gli altri dispositivi con cui viene usato (es. prolunghe, tappi, etc.)	4,0	1,1	4,3	1,1	4,0	1,1	4,3	1,0	4,1	1,0
7) il dispositivo ha lo stesso scopo dei dispositivi tradizionali	4,0	1,1	4,4	1,0	4,0	1,2	4,3	1,1	4,4	0,9
8) l'uso del dispositivo non è influenzato dalla grandezza della mano	4,0	1,2	4,4	1,1	3,9	1,3	4,3	1,2	4,5	0,7
9) l'uso del dispositivo non è influenzato dall'età e dalle dimensioni del paziente	4,1	1,2	4,3	1,1	3,9	1,3	4,3	1,0	4,4	0,9
10) la caratteristica di sicurezza non influisce con la tecnica tradizionale	3,8	1,2	4,3	1,0	3,8	1,2	4,3	1,0	4,2	1,0
11) il sistema di sicurezza è facile da attivare	3,8	1,3	4,1	1,2	3,7	1,2	4,2	1,1	4,3	1,0
12) il sistema di sicurezza non si attiva prima che la procedura non sia stata completata	4,1	1,0	4,4	1,0	3,9	1,1	4,4	1,0	4,4	1,0
13) una volta estratto, l'ago è permanentemente reso innocuo	4,0	1,1	4,1	1,2	3,8	1,2	4,1	1,1	4,4	0,9
14) valutazione globale	3,7	1,1	4,2	1,0	3,6	1,3	4,2	1,0	4,2	0,8

Tab. 2 – Media Aritmetica (M_i) e Scostamento quadratico medio (σ) della serie di test per i dispositivi di sicurezza

Ogni infermiere ha ricevuto una lettera di presentazione del progetto di ricerca, una scheda di valutazione personale da compilare e restituire al termine del periodo di test ed un congruo numero di campioni di dispositivi da provare sul campo. La scheda di valutazione, composta da 13 items esploranti gli aspetti inerenti la maneggevolezza, la sicurezza, la facilità d'uso e il gradimento complessivo dei dispositivi, prevedeva l'indicazione del giudizio attraverso l'assegnazione di un punteggio da 1 (completamente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo) su una scala di consenso (Scala Likert)

La tabella II ed i grafici delle figure 1 e 2 riportano i risultati espressi in media aritmetica (M_i) e scarto quadratico medio (σ), di tutti gli items per ogni dispositivo di sicurezza testato (Tab. 2, Fig. 1, Fig. 2).

Discussione

Dall'analisi dei dati emerge un elevato gradimento complessivo ($M_i = 4$), equivalente al giudizio "Sono d'accordo" - "Buona" da parte di tutti gli infermieri per tutti i dispositivi di sicurezza testati, questo ad indicare la validità di tali prodotti e il consenso del personale sanitario verso l'uso di un dispositivo che può abbattere significativamente il rischio di esposizione diretta ad agenti infettanti, se integrato all'interno di corrette procedure di utilizzazione e smaltimen-

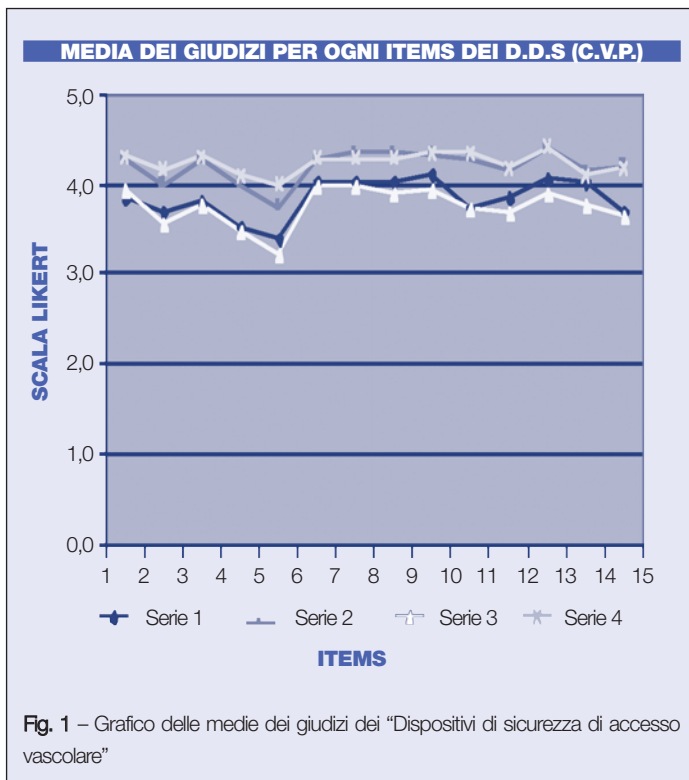


Fig. 1 – Grafico delle medie dei giudizi dei “Dispositivi di sicurezza di accesso vascolare”

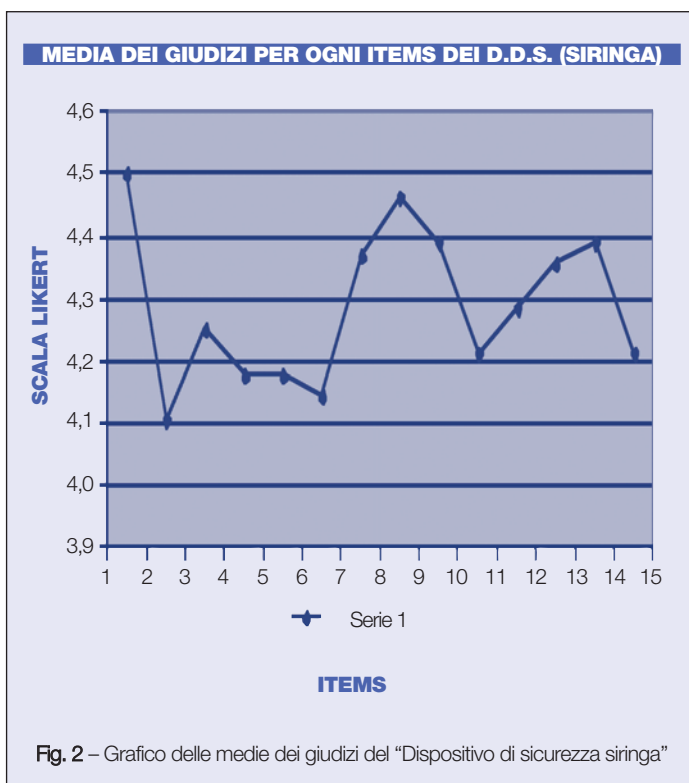


Fig. 2 – Grafico delle medie dei giudizi del “Dispositivo di sicurezza siringa”

to dei Dispositivi Medico Chirurgici (D.M.C.) in genere.

Il range dei giudizi per ogni aspetto del dispositivo analizzato nella prova è stato sempre superiore a 3 punti, sia per la siringa che per gli aghi cannula. Per la siringa, non avendo a disposizione un altro dispositivo di sicurezza con analoghe caratteristiche, non è effettuabile un raffronto, cosa possibile invece per gli aghi cannula. In questo ultimo caso l'analisi comparata tra i due dispositivi delle due diverse marche è possibile per la confrontabilità dei dati di misurazione. Gli infermieri, infatti, durante lo studio hanno utilizzato aghi cannula con analoghe caratteristiche in due misure (18 e 20 Gauge), di due diversi produttori, entrambi leader nel settore. Pur sottolineando che entrambi i dispositivi hanno raccolto giudizi con punteggi elevati, gli aghi cannula Vasofix Safety® della B|Braun evidenziano:

- una valutazione significativamente migliore in tutti i test effettuati rispetto all'altro analogo dispositivo provato (la differenza tra le medie delle valutazioni nelle due coppie di serie di test è pari a $0,4 \pm 0,1$ punti);
- una minore variabilità nei giudizi ($\sigma = 1,0$ punti vs $\sigma = 1,1/1,3$ punti) ben descritta dal confronto dei coefficienti di variazione C_v ($C_v = 24,5$ vs $C_v = 30,6$ per i D.d.S. 20G ovvero $C_v = 24,2$ vs $C_v = 34,5$ per i D.d.S. 18G).

Conclusioni

L'esposizione occupazionale al rischio biologico è un problema di grande rilevanza in tutti gli ambiti sanitari e in particolare modo nei reparti di area critica come il Pronto Soccorso.

Le "Raccomandazioni per la gestione delle esposizioni occupazionali ad HIV e virus epatite B e C" emanate dall'Azienda Ospedaliera di Perugia, indicano nella prevenzione delle esposizioni, la principale strategia per ridurre il rischio di infezioni occupazionali^[4].


Un'azione efficace per abbattere ulteriormente i livelli di rischio, oltre all'adozione di interventi di sensibilizzazione e di informazione, alla costituzione all'interno del progetto di M. C. Q. di un gruppo di lavoro specifico per i problemi correlati al rischio occupazionale, alla disponibilità e fruibilità in Pronto Soccorso dei dispositivi di protezione individuale (D.P.I.), è l'introduzione di idonei dispositivi che offrano le stesse garanzie di funzionalità, manualità, facilità d'uso, efficacia degli attuali Dispositivi Medico Chirurgici impiegati, con in più un sistema di protezione contro possibili punture accidentali, come è accaduto nel contesto di riferimento.

Test di valutazione di tali dispositivi sono utili per verificare l'impatto operativo nella prassi assistenziale quotidiana^[5]. L'auspicio è che le Aziende Sanitarie valutino con attenzione la possibilità di dotarne i servizi. Il team infermieristico del Pronto Soccorso di Perugia

è pronto a misurarne i risultati in termini di costo/beneficio, ma soprattutto di abbattimento delle esposizioni.

Nota

Gli autori hanno contribuito equamente alla realizzazione dell'articolo e possono essere contattati per approfondimenti al numero 075.5782338:

- Dott. ANDREA CECCAGNOLI, Infermiere;
- Dott. NICOLA RAMACCIATI, infermiere, coordinatore S.C. Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliera di Perugia. 

BIBLIOGRAFIA

- ^[1] C.d.R, Epatite C: ogni anno contagiati 100 infermieri e 9 chirurghi, in CICALINI G., ANGELUCCI G. ET AL., Epatiti B e C: ma i pazienti conoscono i rischi?, *L'infermiere*; (3): p. 17.
- ^[2] MORETTI A.M., Dati inerenti il registro SIROH dell'Azienda Ospedaliera di Perugia (comunicazione personale).
- ^[3] RAMACCIATI N., Empowerment in Pronto Soccorso. *Emergency Oggi*; 15 (4): pp. 16-22
- ^[4] MORETTI A.M., ET AL., Raccomandazioni per la gestione delle esposizioni occupazionali ad HIV e virus epatite B e C., Perugia, J. Medical Books Ed., 2007.
- ^[5] A.A.V.V., Rischio biologico e punture accidentali negli operatori sanitari: manuale tecnico-operativo, a cura di Gruppo di studio "Phase", Lauri ed., Milano 2003.

DI CRISTINA PROIETTI

COORDINATRICE INFERMIERISTICA U.O. CHIRURGIA TORACICA E VASCOLARE AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA" DI TERNI

LE RELAZIONI TRA CONTESTO CLIMA ORGANIZZATIVO E LEADERSHIP

ANALISI E SVILUPPO DELLA LEADERSHIP INFERMIERISTICA

ABSTRACT

L'osservazione dei mutamenti in atto nella realtà sanitaria suggerisce la necessità di ricercare nuovi stili e nuove modalità di comportamento nella gestione dei ruoli dirigenziali, coscientemente orientata a valorizzare esperienze, sviluppare competenze, dare il giusto significato al contributo professionale. Equilibrare l'abilità clinica e l'abilità manageriale, offrendo più validi e innovativi strumenti di gestione della dimensione della cura alle organizzazioni sanitarie, ed anche nuove visioni di crescita umana e professionale agli individui. Ogni Professionista, con la sua unicità irripetibile è fonte di ricchezza inestimabile per lo sviluppo che assicura il successo nell'organizzazione.

PAROLE CHIAVI

Leadership, motivazione, Magnet Hospital, workplace, job satisfaction

Introduzione

Il mondo sanitario è compreso dal controllo dei costi, dall'aumento della produttività e dal consumismo di tecnologie avanzate più sofisticate, congiuntamente alla risposta da fornire alla crescente domanda di una popolazione che aumenta per numero ed età^[1].

Negli ultimi venticinque anni il mondo sanitario italiano è stato oggetto di molteplici e profonde trasformazioni; si è assistito ad un graduale riordino del Servizio Sanitario Nazionale, ispirato ai principi di regionalizzazione, di aziendal-

zazione e di responsabilizzazione che, ne ristabilisce l'assetto istituzionale, gestionale ed organizzativo.

"Occorre passare da una cultura gestionale orientata alla pura erogazione del servizio (fornito in maniera anonima e massificata) a una vera e propria cultura "aziendale", potenzialmente portatrice di significativi cambiamenti in termini di efficienza nell'uso delle risorse e di qualità delle prestazioni (prevedendo una reale comunicazione e partecipazione del cliente a tutte le fasi del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo)"^[2].

Questi cambiamenti hanno richiesto e richiedono ai professionisti di mettersi in discussione, aprirsi al confronto e all'accoglienza di quanto viene offerto superando le paure e le resistenze di fronte a qualsiasi innovazione.

"...Cambiare significa partecipare ad un processo al fine di dare un contributo migliorativo a sé, alla società e al proprio ambiente"^[3].

"Il dipendente non disporrà più di un mansionario di riferimento per le proprie attività: si troverà davanti a una tela sulla quale è stato abbozzato un quadro.

Il suo compito è quello di arricchire il quadro, dipingendolo"^[4].

Nell'evoluzione delle organizzazioni sanitarie acquisisce allora un ruolo principale la gestione delle risorse umane, diretta allo sviluppo professionale delle persone e la comunicazione interna e con l'ambiente.

Le figure di coordinamento divengono determinanti per l'ideazione del cambiamento dell'insieme: la risorsa umana e il management delle conoscenze risultano oggi elementi di sopravvivenza e di sviluppo, determinando un valore aggiunto all'azienda.

Il Coordinatore Infermieristico ha "...una posizione di snodo all'interno del sistema azienda, nella quale si realizza il passaggio dall'area tecnico-operativa all'area gestionale e si abbinano e si confrontano le preoccupazioni di clienti e infermieri con quelle dell'organizzazione?..."^[2].

Grazie all'attuale legge n. 43/2006 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", la natura manageriale dei professionisti coordinatori viene potenziata e viene data loro una identificazione propria nella struttura professionale, avente ineluttabilmente una formazione specifica di management, differente dalla formazione dei professionisti di base e specialisti.

Gli autori della letteratura italiana^[5] ed internazionale^[6]

esaminata evidenziano che il coordinatore infermieristico ha la compresenza dei seguenti ruoli: manager, leader, educatore ed esperto dell'assistenza, unitamente alla incalzante domanda delle direzioni aziendali perché garantiscano soprattutto il ruolo manageriale.

Il luogo di lavoro

C'è una consapevolezza crescente della relazione tra le condizioni di lavoro, la qualità dell'assistenza infermieristica, il reclutamento e la permanenza in servizio degli infermieri.

Pertanto focalizzare l'attenzione alla creazione di ambienti di lavoro salutari, prendendo decisioni basate sulla migliore evidenza possibile, è fondamentale.

Gli studi sugli Ospedali Magnet¹ condotti da Kramer e Schmalenberg^[7-8] negli U.S.A. tra il 1985 ed il 2001 riportano che avere un infermiere manager è uno degli elementi essenziali di "magnetismo" ed è importante per creare la fiducia nel posto di lavoro.

Un ambiente di lavoro salutare per gli infermieri è complesso e multidimensionale, incluso di numerose componenti e delle relazioni tra le stesse.

Gli ambienti di lavoro salutari per infermieri sono definiti come un ambito pratico che massimizza la salute ed il benessere dell'infermiere, la qualità degli esiti per il paziente/utente, la gestione organizzativa ed i risultati nella società^[9].

"Il sistema sanitario dovrebbe essere fortemente basato sulle persone, sull'individuo perché questo è al centro e costituisce la risorsa principale; diventa indispensabile trovare il giusto mix fra gli obiettivi e i bisogni dell'azienda e quelli del personale che, di fatto, rappresenta la linfa vitale della stessa azienda"^[10].

La creazione di ambienti di lavoro nei quali le persone siano "felici" di "esserci", "realizzate" e "motivate" per quello che fanno, rappresenta il punto di partenza.

Il coordinatore infermieristico ha un ruolo vitale nel rafforzare le motivazioni, diminuire l'insoddisfazione del personale e trattenere nel proprio contesto lavorativo gli infermieri.

Un ruolo primario, all'interno dell'organizzazione deve essere anche la capacità di saper gestire "il ciclo di vita di un lavoratore"; è necessario infatti combinare le esigenze aziendali con i bisogni e le aspettative dell'individuo, che cambiano durante il proprio percorso professionale.

In considerazione del cambiamento della domanda, l'organizzazione aziendale modifica il tradizionale assetto gerarchico dove la funzione della progettazione era esclusivamente della direzione e quella dei dipendenti solo di meri esecutori.

Il ruolo del manager, del "capo", delle figure professionali che rivestono posizioni superiori muta e si delinea sempre più come formatore, istruttore, consigliere ed educatore, anziché controllore dei risultati, per-

ché deve incoraggiare e sostenere la crescita di creatività, responsabilizzazione e autonomia dei collaboratori.

Le azioni e gli interventi formativi centrati sull'empowerment mirano a rafforzare il potere di scegliere dei singoli, arricchendone le competenze e le conoscenze dal punto di vista terapeutico-riparativo e politico emancipatorio.

Praticamente l'empowerment si concretizza con un processo di attivazione di esperienze formative, laboratori, gruppi di lavoro, circoli di qualità o ricerche-intervento che facilitino la condivisione delle conoscenze e delle informazioni e consentano ai dipendenti di giocare un ruolo attivo e, in qualche misura, di crearlo^[2].

Oggi il lavoratore deve inglobare alcune qualità cruciali della vita che non sono più soltanto legate a uno stipendio, ma che hanno a che fare con la soddisfazione, la realizzazione di sé, la responsabilità, il potere, la creatività e le relazioni sociali, la possibilità di far sentire la propria voce nella comunità.

Il cambiamento di paradigma è da un lavoro inteso come "attività produttiva" a un lavoro inteso come "attività con un senso per la vita"^[11].

Fare l'infermiere è una professione nobile per un lavoro tremendo^[12].

Da una parte vi è il privilegio della presa in carico di un individuo unico ed irripetibile congiuntamente ad un'analisi approfondita del significato della vita, delle sue potenziali-

tà, delle sfide e delle prove che ci offre; dall'altra è terribilmente gravoso confrontarsi con le fatiche del vivere, con molta sofferenza, con la morte.

Attualmente questo è reso maggiormente difficoltoso dalla rapida evoluzione dei contesti organizzativi che determina instabilità e riduzione dei tempi di adattamento.

Rodney e Varcoe^[13] hanno documentato il "triaging invisibile" per definire quella si-

la frase

*Esegui i passi
che ti sono stati mostrati
da tutti coloro
che hai conosciuto,
finché la danza
non diventirealmentetua,
non importa
quanto vicini ai tuoi,
sono arrivati i passi
di qualcun altro.
Ma alla fine
c'è un'unica danza*

JACKSON BROWNE
For a Dancer

tuazione in cui gli infermieri sono intenti a gestire le proprie emozioni e la distanza affettiva attesa da una organizzazione che prosegue senza anima verso le sue mete.

Occuparsi degli altri a partire da un elevato ideale di nursing dovendo fare i conti con la quotidianità della routine, delle cose fatte in fretta e per tutti, in contesti frenetici, può far sentire infermieri falliti^[14].

"Il fattore umano è una componente essenziale per il

raggiungimento del benessere aziendale"^[11].

La motivazione al lavoro può essere fortemente diminuita da condizioni di stress o di burnout.

Il grado di soddisfazione degli infermieri è collegato al concetto di qualità.

Una generale atmosfera di benessere sosterrà certamente questi ultimi a svolgere la propria professione nel miglior modo possibile: la loro soddisfazione sarà lo specchio di un'egregia struttura al cui interno essi potranno mostrare la loro professionalità nei confronti degli utenti e tenere buoni rapporti con i colleghi.

Le organizzazioni si devono impegnare a valorizzare i progetti degli infermieri e stimolarne l'integrazione con quelli di altri operatori.

La loro azione deve essere locale, sulla base del contesto, della cultura e delle logiche che la tipizzano^[15].

La leadership

Di leadership si parla, si scrive e soprattutto si discute.

Il significato del termine *leadership* è stato espresso con diverse definizioni, fondamentalmente simili: nell'ambito delle organizzazioni di lavoro, e soprattutto nelle aziende dove l'esercizio della leadership è anche di competenza degli infermieri dirigenti e dei caposala, il concetto che si lega a tale termine è di *un processo di influenza sociale in cui una persona è in grado di procurarsi l'aiuto ed*

il sostegno di altre persone affinché diano il meglio di sé e ven- ga raggiunto un obiettivo co- mune nell'organizzazione per la quale lavorano.

"La leadership non va so- pravalutata né, meno che mai, mitizzata.

Chi fa il grosso del lavoro volto a realizzare i fini istitu- zionali non sono infatti i lea- der istituzionali, ma i collabo- ratori, nel caso specifico gli in- fermieri e gli operatori di sup- porto: sono principalmente lo- ro a esercitare il ruolo di per- sonale di contatto, a svolgere le attività che servono diretta- mente al cliente e a collabora- re giorno per giorno con i mem- bri delle altre professioni del si- stema sanitario"^[2].

Pertanto sono necessarie opportunità di sviluppo che permettano agli operatori in prima linea di accrescere le competenze e di apprendere continuamente al fine di man- tenere elevata la motivazione, l'impegno e la soddisfazione.

Le qualità del leader diven- gono una forza vitale quando incombono rapide evoluzioni, per agevolare il cambiamento, sovrastando le resistenze e le inattività collegate a ragioni di potere, incompetenza o osta- colo delle innovazioni.

"Se guardiamo l'organizza- zione come un grande iceberg, possiamo vedere come ci sia- no delle forze, delle dinamiche totalmente scoperte e visibili: il contesto organizzativo, gli obiettivi, i processi, le struttu- re, la missione, i valori che l'or- ganizzazione si dà, le politiche operative e aziendali.

E come ce ne siano altre in- formali, più nascoste e invi- sibili: i bisogni delle persone, la creatività, il carattere, lo stress, le emozioni, le dinamiche che si instaurano all'interno del gruppo, gli stili della leadership, i sentimenti, il benessere o il malessere, la capacità di instau- rare relazioni personali, l'impul- sività e la capacità di governa- re le emozioni.

Questa parte nascosta del- l'iceberg è fondamentale- mente ignorata in gran parte della vi- ta organizzativa... Il fiorire del- le discipline del sé all'interno delle organizzazioni nasce pro- prio da questo bisogno di an- dare sotto l'iceberg.

...Non più dunque solo "co- sa faccio" e "che competenze possiedo per farlo", ma "come" lo faccio... Toccare il come si fanno le cose implica svelare di- namiche non visibili in super- ficie"^[1].

Le differenze culturali sot- tintendono diversi stili di lea- dership ed è impossibile per un leader inserirsi o dirigere un'or- ganizzazione senza compren- de il senso di atteggiamenti, ter- mini e regole della cultura di riferimento, i diversi modi di re- cepire il potere, la posizione so- ciale, la gerarchia, il controllo, il concetto di autorità.

"Il leader è costantemente osservato da tutti: qualunque suo piccolo gesto, parola o com- portamento ha ripercussioni immediate sul benessere o ma- lessere dell'organizzazione.

Il modello di leadership pre- valente può rendere le organiz- zazioni luoghi di infelicità e ma- lessere, spazi dove trionfano

malattie psicosomatiche e do- ve ci si ammala seriamente, op- pure luoghi di condivisione e ispirazione per una realizzazio- ne delle persone all'interno di una comunità"^[1].

Non esiste uno stile "uni- versale" e corretto di leadership; voglio dire, che non esiste uno stile che va sempre bene e che il leader può utilizzare in qual- siasi condizione, ma il bravo lea- der è colui che sa utilizzare uno stile differente in base alle cir- costanze che si creano.

Sussistono diverse classifi- cazioni degli stili della leader- ship: una delle più comunemen- te accettate è quella espo- sta di seguito^[2]:

1. Stile autocratico. È tipico del leader prevalentemen- te orientato al compito, che usa il potere che gli deriva dal ruolo e quello persona- le in maniera autoritaria.
2. Stile democratico. Il leader democratico valorizza le caratteristiche e le capaci- tà di ciascun collabora- tore: usa dunque il potere che gli deriva dal ruolo e il po- tere personale per promuo- vere la crescita delle per- sone e del gruppo e per ave- re costantemente suggerimen- ti e critiche.
3. Stile partecipativo. Il leader espone al gruppo di lavoro la propria analisi dei proble- mi e le proprie proposte di soluzione, chiedendo criti- che e suggerimenti di mo- difica; valuta quelli che gli vengono presentati e pren- de la decisione finale, che il gruppo metterà in atto.

4. Stile permissivo (o laissez-faire). Consiste in pratica nell'abdicare alle proprie responsabilità di leadership, lasciando i lavoratori privi di direzione, supervisione e coordinamento.

Una delle caratteristiche peculiari della leadership è il fatto che i leader esercitino potere.

Nel suo trattato "Il Principe" scritto nel XVI secolo, Machiavelli sosteneva che la cosa migliore è essere sia amati (potere personale) sia temuti (potere della posizione); Machiavelli avverte, però, che la paura non porti all'odio^[16].

L'odio, infatti, provoca frequentemente un comportamento esplicitamente negativo: rappresaglie, sabotaggi e tentativi di rovesciamento.

La prospettiva della leadership richiede non esclusivamente capacità di lavorare nell'organizzazione, ma capacità di realizzazione del futuro degli infermieri che vi lavorano.

Ciò è ottenibile solo frenando le deviazioni degenerative della dinamica del potere, comprendendone le trappole, essendo coscienti che l'esercizio positivo della leadership è assoggettato all'affermazione del potere per gli altri, in opposizione alla brama del potere per sé.

"Un nuovo modo di intendere il lavoro comporta inevitabilmente un nuovo modo di considerare il potere.

Non più visto come rigido controllo, ma come condivisione di responsabilità, in cui anche i singoli si possano esprimere... Significa adotta-

re un'organizzazione più democratica, più piatta, con meno 'dipendenti' e più persone 'indipendenti'^[11].

La leadership si sviluppa nelle organizzazioni moderne quanto è più plurivoca e differenziata nei comportamenti possibili e agiti del leader e fortifica specificatamente comportamenti e valori evolutivi e connessi con il modello culturale e organizzativo ricercato.

Impostare un lavoro non per competenze ma per progetti, organizzato intorno alla centralità del cliente (paziente/utente), dove i livelli gerarchici siano ridotti al minimo e i leader siano coach: allenatori in un contesto in continua crescita ed evoluzione.

Le relazioni collaborative all'interno dell'organizzazione crescono la fiducia e la responsabilizzazione che influenzano lo sviluppo ed il sostegno della leadership infermieristica^[17].

Lo sviluppo della leadership rinnova quindi un processo interiore di formazione dell'individuo, che diviene conscio della ricchezza delle proprie risorse personali, derivanti dal corpo, dalla mente, dallo spirito.

Come incoraggiare un leader a riflettere sui propri pensieri e comportamenti?

Per il suo benessere e dell'organizzazione in cui lavora, dovrebbe mantenere e coltivare spazi per il dubbio, per l'incertezza, per capire, per aprire e aprirsi a nuove possibilità.

Nello stato di agitazione permanente in cui il mondo sanitario si trova e conseguentemente di sistemi organizzativi

in costante cambiamento, acquista un ruolo di spicco la leadership trasformazionale.

"La leadership trasformazionale punta sul decentramento (le decisioni si prendono al più basso livello appropriato), sulla partecipazione dei collaboratori e sull'empowerment. Il ruolo che assegna al capo è quello di mentore, "allenatore" e stimolatore intellettuale, che incoraggia i membri del gruppo a usare la loro immaginazione e a sviluppare strategie volte a risolvere i problemi, assumendosi anche i rischi che questo comporta"^[2].

Gli infermieri (sia dello staff, sia i leaders) mostrano di preferire le relazioni centrate su uno stile della leadership e su comportamenti coerenti con una leadership trasformazionale^[18-20].

Attraverso il nostro modo di essere, e di essere con gli altri, si origina un legame sociale che a sua volta richiede necessariamente una regolamentazione delle relazioni che definisce una sorta di potere sociale.

Però un potere recepito come abilità di esercitare influenza sulle persone, come energia data agli elementi per vincere la loro inattività e sospingerli all'azione.

Nelle organizzazioni non solo più gerarchie e competenze professionali, ma processi di responsabilizzazione individuale.

I comportamenti delle singole persone determinano oggi il risultato dell'organizzazione più delle competenze tecniche.

L'unicità di chi abbiamo di fronte, la peculiarità di idee e

sentimenti, la sua singolarità caratterizzata da coerenze e contraddizioni, divengono uno spazio da esplorare per creare pensieri e progetti all'interno di comunità e organizzazioni.

Pertanto per seguire questa direzione il primo passo è quello di "guardarsi dentro", fare un lavoro di introspezione, supportati dai messaggi che mandano gli altri, in particolare i collaboratori.

Conoscersi per esercitare professioni che ritraggano vissuti e valori personali, per dare al lavoro un significato più profondo.

Non tutte le persone che svolgono funzioni manageriali, compresi gli infermieri coordinatori, adottano uno stesso stile di leadership, né tantomeno posseggono le stesse capacità di leadership.

Si rende necessaria e possibile una precisa e continua valutazione del proprio insieme di valori, delle proprie conoscenze e competenze, dei propri comportamenti e degli effetti altrui, al fine di^[2]:

- *ridurre i comportamenti inefficaci;*
- *evitare di chiudersi nello stile più congeniale e sforzarsi di assumere anche caratteristiche e comportamenti degli altri, per acquisire maggiore efficacia in situazioni e contesti diversi.*

Conclusioni

Essere un manager, un leader, significa poter influenzare

la professione, la vita e forse la gioia di tante persone.

Gli aspetti morali ed etici dovrebbero caratterizzare le decisioni, invece proprio quegli aspetti così vitali sono spesso soffocati in un'organizzazione in cui dominano ancora gerarchie, ruoli, mansionari, dove hanno rilievo unicamente le prestazioni e non le qualità soggettive.

È noto che "fare l'infermiere è faticoso" e, in particolare, che "lavorare in Ospedale presenta difficoltà" e queste affermazioni possono sembrare comuni tanto sono ovvie, se si pensa alla realtà delle strutture ospedaliere e alla loro organizzazione del lavoro; ma approfondendo il significato di questa fatica, si rileva che essa è riconducibile anche a fattori personali ed emotivi, quali, per esempio, un grande senso di solitudine.

Le difficoltà dell'infermiere sono collegate all'incontro giornaliero con la sofferenza fisica e psicologica, con la morte, con la propria impotenza, con la necessità di mantenere un'immagine professionale spesso lontana dalla realtà in cui opera: deve cioè confrontarsi con le proprie emozioni e come queste caratterizzano le sue azioni sia nella professione che nella vita privata.

"La struttura e il funzionamento del posto di lavoro plasmano il modo in cui le persone interagiscono tra di loro e il modo in cui eseguono il lavoro"^[21].

Relazioni professionali e personali all'interno delle organizzazioni domandano di mutare, di trasformare, di essere riesaminate.

Diviene improcrastinabile il bisogno di riflettere sul leader, sul manager, per iniziare un percorso e un cammino che ci conduca alla comprensione del vivere della persona.

Se pensiamo a noi come qualcosa di definito e immutabile smarriamo il contatto con noi stessi e con gli altri e questo conduce a non percepire il flusso delle emozioni.

Un atteggiamento positivo di apertura al contrario può creare un profondo e reale cambiamento.


Grossman, psicoterapeuta transpersonale, a tal proposito propone questo esempio molto significativo: "...è come se entrassimo in una stanza fredda e buia, ma con un bellissimo mazzo di fiori sul tavolo.

La stanza è sicuramente fredda e buia e non dobbiamo reprimere questa consapevolezza, ma possiamo scegliere se parlare dei fiori o del freddo o dell'oscurità: penso che un diverso tipo di vibrazione emana da noi in base alla scelta che operiamo"^[22].

Le organizzazioni devono essere strutture sociali aperte che generano identità e unione rispetto a valori e obiettivi comuni.

Il percorso da seguire non può essere deciso esclusivamente dal leader ma elaborato congiuntamente dal patrimonio reale di persone interne ed esterne all'organizzazione; una rete umana di valore inestimabile che coinvolge tutti coloro che all'interno e all'esterno di un'organizzazione collaborano e ne riconoscono i valori.

Il Coordinatore Infermieristico è un perno portante della conduzione manageriale e, quindi come tale, dovrà progettare e gestire il cambiamento organizzativo da introdurre nel contesto in cui opera.

Egli non comanda in virtù del ruolo formale che gli è stato conferito ma guida i suoi collaboratori grazie alle sue capacità e volontà di introspezione, alla sua presenza "fisica, al contatto reale, all'attenzione emotiva ed intellettuale nelle circostanze di necessità, alle proprie doti di comunicazione, convincimento, motivazione, alla disponibilità a dare energia, fiducia, nuovo entusiasmo ...attuando la leadership! 

NOTE

¹ Una denominazione che, all'inizio degli anni 80 era stata originariamente data negli Stati Uniti agli ospedali che erano in grado di reclutare e trattenere gli infermieri malgrado una loro carenza a livello nazionale. Ora il termine si riferisce alle strutture designate che sono state certificate dall'American Nurses Credentialing Center per la loro eccellenza nella pratica infermieristica. Sono riconosciute come istituzioni con il miglior successo medio di risultati della soddisfazione professionale degli infermieri e del paziente/utente dovuta a specifiche caratteristiche organizzative.

BIBLIOGRAFIA

[1] GRIFFIN P., EL-JARDALI F., TUCKER D., GRINSPUN D., BAJNOK L., SHAMIAN J., *Healthy work environments: Building a concep-*

tual model, 2004. Submitted for publication.

[2] CALAMANDREI C., ORLANDI C., *La dirigenza infermieristica*, II edizione, MacGraw-Hill, Milano 2002.

[3] BASSETTI O., DE TONI A., *L'infermiere: valore e risorsa nella sanità*, p. 45, Rosini Editrice, Firenze 2004.

[4] BUSELLU G., COSTANTIN P., MERLINO M., *L'organizzazione process driver*, Sviluppo & Organizzazione, 1994.

[5] Linee guida IP.AS.VI., *La dirigenza Infermieristica Calamandrei*, Diritto & Diritti-portale giuridico Diritto.it Direttore Francesco Brugatta, rivista *Assistenza infermieristica e ricerca*: 2004; (3) 2005; (2) 2006; (1) 2006; (2).

[6] YODER-WISE PS., *Leading and managing in nursing*, Mosby, Missouri, 1999. *WHO-Regional Office for Europe The ideal attributes of Chief nurses A Delphi study for WHO: Europe 2000*.

[7] KRAMER M., SCHMALENBERG C., *Magnet hospitals – Part I: Institutions of excellence*, *Journal of Nursing Administration*, 1988; 18 (1): 13-24.

[8] Kramer M, Schmalenberg C., *Magnet hospitals – Part II: Institutions of excellence*, *Journal of Nursing Administration*, 1988; 18(2): 1-11.

[9] Registered Nurses' Association of Ontario (2006). *Developing and Sustaining Nursing Leadership*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.

[10] CIANCIO B., *Trasformare la frustrazione del personale in soddisfazione: il potere della motivazione*, *Management Infermieristico*, 2001; (1): 44.

[11] VITULLO A., *Leadership riflessive – la ricerca di anima nelle organizzazioni*, Apogeo, Milano 2006.

[12] CHAMBLISS D.F., *Beyond caring. Hospitals, Nurses and the social organization of Ethics*, The University Chicago Press, Chicago 1996.

[13] RODNEY P., VARCOE C., *Toward ethical inquiry in the economic evaluation of nursing practice*, *Canadian Journal of Nursing Research*, 2001; (33): 35-57.

[14] *I quaderni dell'infermiere. Supplemento dell'Infermiere*, 2004; (5).

[15] WHITTAKER S., *Think nationally, act locally: ANA-state legislative agendas address nation's staffing crisis*, *American Journal of Nursing*, 2003; (103): 29.

[16] MACCHIAVELLI N., *Il Principe*, Rizzoli, Milano 1981.

[17] LEACH L.S., *Nurse executive transformational leadership and organizational commitment*, *Journal of Nursing Administration*, 2005; (35): 228-37.

[18] CUMMINGS G., HAYDUK L., ESTABROOKS C., *Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership*, *Nursing Research*, 2005; 2 (54): 2-12.

[19] UPENIEKS V., *What constitutes effective leadership?* *Journal of Administration*, 2003; 33 (9): 456-467.

[20] WARD K., *A vision for tomorrow: Transformational nursing leaders*, *Nursing Outlook*, 2002; 50 (3): 121-126.

[21] MASLACH C., LEITER M.P., *Burnout e organizzazione*, p. 24, Erikson, Trento 2000.

[22] GROSSMAN J., *Vivere ed Amare*, p. 37, Crisalide, Spigno Saturnia 1992.

COMUNICAZIONE

L'INFERMIERE SULLA SCENA DEL CRIMINE

Presentazione

Oggi giorno, come purtroppo i sempre più numerosi casi di cronaca ce lo dimostrano, non è più pensabile affrontare eventi complessi, come quelli in cui sono stati commessi dei crimini, senza interagire con gli altri attori, Forze dell'ordine, Vigili del Fuoco, Medico legale, Magistratura, che intervengono sulla scena del crimine.

Con l'aumento delle competenze e delle prestazioni erogate, risulta fondamentale per l'infermiere acquisire alcune regole di comportamento che trascendono in alcuni casi gli aspetti sanitari e sono volti essenzialmente alla protezione degli operatori ed alla conservazione della scena del crimine.

Voglio solo ricordare come la sicurezza sia alla base della nostra efficienza (Introduzione di Marco Pellacani, Presidente A.S.A.C., infermiere 118 di Modena).

L'incontro di Modena

Nei giorni 15 e 16 Maggio 2009, si è svolto a Modena presso l'Auditorium Marco Biagi, il Convegno Scientifico Nazionale "L'intervento del Sanitario sulla Scena del Crimine". Il convegno è stato organizzato dall'A.S.A.C. (Associazione Scientifica Anti Crimine), un'associazione di Professionisti (infermieri specializzati nel settore dell'emergenza extra-ospedaliera e personale della polizia scientifica), che promuove su tutto il territorio nazionale la cultura, le competenze e l'operatività che gli operatori impegnati nei soccorsi devono adottare per salvaguardare la propria incolumità facilitando l'operato delle Forze dell'Ordine. Il convegno aveva come obiettivo l'integrazione tra gli operatori che in prima istanza intervengono sulla scena del crimine: le Forze dell'ordine ed il Sistema Sanitario spesso rispondono alle stesse emergenze ma con compiti, competenze e modalità diversificate; mentre il Sistema Sanitario ha

lo scopo di stabilizzare clinicamente e trasportare i pazienti in ospedale, gli esperti della scientifica, cercano di contrastare la criminalità identificando i soggetti e ricostruendo le azioni delittuose a cui hanno partecipato. Nello specifico settore delle investigazioni scientifiche, l'entrata in vigore dell'attuale codice di procedura penale ha, indubbiamente, imposto agli addetti ai lavori un potenziamento della propria capacità d'intervento ed un affinamento delle tecniche d'indagine in grado di contrastare in maniera efficace una criminalità spesso dotata di mezzi sofisticati. Numerosi gli argomenti trattati: dal ruolo della Polizia Scientifica, all'analisi della scena del crimine e quali i comportamenti da adottare per non inquinare la scena del reato. L'analisi della scena del crimine è una tappa fondamentale nelle indagini, molte volte determinante per la risoluzione del caso, è per questo che la collaborazione tra polizia ed operatori sanitari diventa importante, non dimen-

ticando che molto spesso sono proprio gli operatori sanitari ad intervenire per primi sulla scena e, che proprio loro, con la loro presenza possono in qualche modo mutare la scena stessa. A tal proposito sono state descritte le possibili tipologie di scene del crimine, come ci si comporta (ad esempio: mai fumare sul luogo, non usare lavandini ecc.), quali sono le precauzioni da attuare; le accortezze particolari da adottare nel caso in cui la vittima venga trasportata in ospedale: in caso di stupro infilare le mani della vittima in buste di carta in modo da preservare le possibili tracce dell'aggressore al di sotto delle unghie). Molto importante è poi da parte degli operatori osservare molto bene quanto visto: "cristallizzare la scena", ricordarsi i percorsi fatti (soprattutto in caso di evento all'aperto), per informare le Forze dell'Ordine.

Compiti dell'infermiere sulla scena del crimine

L'approccio alla scena del crimine deve essere condotto ovviamente secondo le regole generali della sicurezza, di primaria importanza quindi, le informazioni di "Dispach" della C.O. 118 che, a seguito delle informazioni raccolte dovrebbe essere in grado di valutare la situazione, inoltre conoscere il territorio può aiutare, sapere infatti che quella zona è spesso teatro di eventi violenti, deve allertare l'equipaggio. Una volta arrivati sul posto i sanitari

devono comunque valutare l'ambiente: se la scena non è sicura allontanarsi e attendere le Forze dell'ordine; controllare l'eventuale presenza di armi da fuoco o da taglio, segni di lotta, eccessiva presenza di sangue; memorizzare tutti i particolari dell'ambiente (in caso di ambiente forense sarebbe bene recintare il luogo), se possibile fare foto o video riprese; evacuare i luoghi, ed impedire l'accesso a chiunque. Non toccare nulla se non per effettuare manovre rianimatorie; stabilire un unico accesso per tutti (Sanitari, Forze dell'ordine): pochi operatori sulla scena.

Valutazione del paziente

Naturalmente il comportamento da adottare nei confronti del paziente da assistere varia a seconda delle sue condizioni cliniche:

- paziente ancora in vita.

Indossare mascherine, cuffie, copriscarpe, guanti (si consiglia d'indossare più paia di guanti (non in lattice che producono una eccessiva sudorazione delle mani preferire quelli in vinile), in modo di un pronto ricambio sul posto, senza trasferire tracce da una superficie all'altra.

Non fumare, non consumare cibi o bevande, in caso si tratti di ambiente chiuso non utilizzare servizi igienici, non aprire porte o finestre che sono chiuse o viceversa, o spegnere interruttori o viceversa. Ogni possibile variazione comunicar-

la alle Forze dell'Ordine. Non maneggiare le armi (se proprio necessario l'arma va tenuta per la parte zigrinata del calcio), non spostare bossoli, eventualmente dopo aver toccato l'arma cambiare i guanti per non contaminare con polvere da sparo. Posizionare il paziente per manovre rianimatorie: tagliare gli indumenti aggirando eventuali lacerazioni dovute all'uso di armi; conservare singolarmente gli indumenti rimossi in buste di carta diverse, in modo di evitare il trasferimento di tracce biologiche da un capo all'altro; in presenza di corde, catene o altro materiale non sciogliere i nodi ma tagliare al di sopra o al di sotto del nodo stesso; non lavare o pulire il paziente da sangue o altro materiale organico; evitare accessi venosi sulle mani; proteggere le mani della vittima chiudendole in sacchetti di carta, essendo le mani dell'uomo le "prime armi naturali" usate sia per l'attacco sia per la difesa e portatrici di tracce (esempio: ferite, polvere da sparo, sangue materiale biologico sotto le unghie) non lasciare nulla sulla scena per esempio rifiuti sanitari utilizzati per manovre assistenziali.

Una volta stabilizzate le condizioni cliniche procedere ad rapido trasporto presso il vicino ospedale. In caso di decesso del paziente attenersi sempre alle precauzioni elencate in precedenza: confermare il decesso, se possibile senza spostare il cadavere, fotografare la scena, non fare avvicinare nessuno (fino all'arrivo delle For-

ze dell'Ordine), proteggere le mani della vittima con sacchetti di carta. Infine compilare la scheda sanitaria di missione (in tutti e due i casi), eventuale scheda scena del crimine con relativa relazione, per poi mettere il tutto a disposizione delle Forze dell'Ordine

Il convegno ha visto la partecipazione di docenti universitari, dirigenti ed operatori sanitari, dirigenti della polizia, criminologi, medici legali della Polizia di Stato, psicologi e psicoterapeuti. Molti e di estremo interesse gli interventi: dall'indagine del criminologo Prof. Cifaldi sulle aggressioni al personale del 118, alla relazione sulla "*Gestione della scena del crimine*" esposta dal Dott. Luppi Infermiere presso la C.O. 118 di Modena, per arrivare ai casi clinici di medicina legale sulla scena del crimine presentati dal Dott. Pelosi. Di notevole spessore l'intervento del Prof. Vincenzo Mastronardi, titolare della cattedra di Psicopatologia Forense all'Università di Roma "Sapienza", che relazionando su "*Profiling e scena del crimine*" ha descritto i vari tipi di profiler evidenziandone le peculiarità e dotando colui che indaga di possibili chiavi di lettura.

In ultimo, ma non per ultimo in importanza, l'intervento della dott.ssa Benatti (psicologa), Dott.ssa Rapino (psicologa psicoterapeuta), Dott.ssa Preti (psicologa criminologa) che hanno relazionato sullo "*Stress post-traumatico negli eventi violenti*", stress post-traumatico non solo della vit-


tima ma anche dei suoi soccorritori relativo al contesto specifico della violenza sessuale. Lo stupro, i maltrattamenti, le molestie sono le violenze più diffuse tra le donne e si sviluppano per lo più nell'ambito dei rapporti familiari, gli autori il più frequente delle volte sono i partners o gli ex-partners. I sintomi patologici nelle donne vittime di violenza, sono disturbi psichici che portano a depressione e tendenza al suicidio, senso di vergogna e colpa, ansia, attacchi di panico, abuso di farmaci alcool ect...

Il più della volte queste donne non solo non denunciano l'accaduto ma non ne parlano con nessuno. Molte volte l'unica possibilità di denunciare l'accaduto è al momento delle cure in Pronto Soccorso o nel momento di una visita ginecologica. Lo stupro di una donna è un evento che, anche negli operatori sanitari che intervengono, induce sentimenti di dolore, angoscia rabbia, impotenza e determina un forte stress.

Se da un lato e' importante offrire sostegno alle vittime, le relatrici, sottolineano che anche gli operatori che intervengono in situazioni così emotivamente coinvolgenti sono costretti a confrontarsi con aspetti dolorosi, non solo nell'immediato ma anche in un secondo momento e questo, potrebbe essere per loro fonte di angosce e malesseri. Sono indicati quindi interventi di gestione dello stress rivolti proprio agli operatori, con incontri di gruppo con psico-

logi per permettere agli operatori stessi di tradurre in parole le emozioni dolorose provate. Alla fine della seconda giornata sono poi iniziati i Laboratori: Laboratorio di Polizia Scientifica con dimostrazione pratica delle tecniche utilizzate per la ricerca delle tracce (Luminol, Polveri, Stub, UV Crimescope), Laboratorio sicurezza illustrazione dei sistemi di sicurezza da utilizzare, Laboratorio trauma penetrante presentazione dei nuovi presidi per la gestione del paziente (intraossea, lacci arteriosi, bendaggi, agenti emostatici). Infine le simulazioni pratiche di soccorso durante le quali tutti noi partecipanti al convegno siamo stati "attori". Simulazioni con vittime decedute e sopravvissute (impiccagione, arresto cardiaco, trauma penetrante, ferita d'arma da fuoco, violenza sessuale, ferita d'arma da taglio.

Conclusioni

Questa esperienza ha rivestito a mio parere un carattere di notevole importanza, affinché gli operatori sanitari, tutti, possano agire correttamente e con piena sinergia di intenti con le forze dell'ordine, personalmente poi mi si consenta di esprimere la più viva soddisfazione per avere partecipato ad un incontro che per l'assertività dei relatori e per l'interesse degli argomenti trattati ho reputato notevolmente incentivante per la gestione del mio quotidiano professionale. 

DI R. BONAFONI. T. MOLELLA

RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA NEL DANNO DA TRASFUSIONE

ABSTRACT

Gli errori di trasfusione sono circa il 70% di tutti gli eventi indesiderati della trasfusione, mentre la sicurezza intrinseca del sangue sfiora il 100%. Allo stato attuale la sicurezza della trasfusione è ancora sorprendentemente carente (un errore di attribuzione dell'unità trasfusionale ogni 2.000-30.000 unità trasfuse, a seconda delle casistiche pubblicate). La fase più a rischio di errore è quella dell'identificazione del paziente (più del 75% del totale), al momento della trasfusione dell'emoderivato.

"(...) Ancor oggi le azioni giudiziarie sono principalmente dirette verso le aziende e i medici, ma è evidente una modifica di orientamento della conflittualità dato che sempre più frequentemente pur rimanendo il coinvolgimento in responsabilità dell'aziende e della sua polizza assicurativa, vengono chiamati direttamente in causa gli infermieri. Questi ultimi però, che sono la parte più debole qualora si verifichi un danno, non sempre sono in grado di valutare se vi è un'effettiva tutela dei loro interessi, oppure se il sistema assicurativo adottato tutela le parti più forti del contratto assicurativo, ossia l'azienda e l'impresa di assicurazione (...)"

PAROLE CHIAVI

Trasfusioni di sangue, competenza infermieristica, norme specifiche

Norme e raccomandazioni

Molte sono le norme e le raccomandazioni che sono state emanate nel corso degli anni; tutte o quasi riguardano la produzione, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti lasciando un vuoto normativo per quel che riguarda le competenze specifiche all'atto della trasfusione vera e propria.

Solo la *Circolare del Ministero della Sanità 1993* - Commissione nazionale per il Servizio Trasfusionale, definisce i vari compiti professionali di cui all'art 12: "(...) la trasfusione è un atto medico e va pertanto prescritta ed effettuata dal medico che è responsabile dei seguenti atti:

- accertamento all'indicazione; valutazione per l'autotrasfusione;

- ottenimento del consenso informato;
- richiesta di sangue;
- verifica e sottoscrizione della corretta compilazione dei dati anagrafici del paziente sulla richiesta e sui campioni di sangue;
- accertamento della compatibilità teorica di gruppo ABO e tipo Rh, tra l'unità da trasfondere e il ricevente; ispezione dell'unità prima della trasfusione;

- registrazione dell'ora di inizio della trasfusione e del numero di carico dell'unità; trasfusione di sangue (sorveglianza del paziente e valutazione di efficacia);
- segnalazione di eventuali complicanze della trasfusione.

Inoltre il medico è corresponsabile, con il personale infermieristico, dei seguenti atti:

- identificazione del paziente al momento dei prelievi di sangue e della trasfusione;
- verifica dell'identità tra il paziente che deve ricevere la trasfusione ed il nominativo del ricevente riportato sull'unità;
- registrazione dei dati.

Il personale infermieristico di reparto è responsabile dei seguenti atti:

- compilazione della parte anagrafica della richiesta di sangue o di gruppo sanguigno;
- esecuzione dei prelievi di sangue e compilazione delle relative etichette;
- invio della richiesta e dei campioni di sangue al servizio trasfusionale;
- gestione in reparto delle unità consegnate sino al momento della trasfusione;
- registrazione dell'ora in cui termina la trasfusione ed eliminazione del contenitore;
- invio al servizio trasfusionale di una copia del modulo di assegnazione e trasfusione;
- invio al servizio trasfusionale delle segnalazioni di reazione trasfusionale e dei materiali necessari alle indagini conseguenti (...).

Con l'abolizione del mansionario dell'infermiere (emanato con DPR n. 225 14 marzo 1974 tramite D.M. 26/2/1999, n. 42), egli ha avuto la possibilità di agire in autonomia ed è tenuto ad assumersi una responsabilità penale che prima era propria del medico, divenendo quindi un professionista partecipe di una professione intellettuale. In materia di trasfusioni gli infermieri e tutti gli operatori coinvolti si sono trovati ad agire senza un limite preciso entro il quale mantenersi. Gli eventuali danni che ricadono nelle responsabilità dell'infermiere in caso di emotrasfusione, sono tutti riconducibili a mancanza di prudenza, perizia, diligenza e, considerato il vuoto normativo derivante dalla mancanza di protocolli operativi, al pericolo di ricadere nel reato di abuso di professione medica. Gli errori tipici riguardano: l'errore da ABO, lo scambio di sacca; la mancata assistenza e vigilanza. In quest'ultimo caso l'omesso controllo dei parametri vitali, o lo stesso eseguito in maniera superficiale, insieme alla ricerca dei segni tardivi di reazione ricadono nelle responsabilità del professionista dell'assistenza.

A tutt'oggi nella maggior parte delle Aziende Ospedaliere non sono stati prodotti quei protocolli operativi che le norme (Decreto Ministeriale del 25 gennaio 2001¹, e la Raccomandazione n. 5 del Marzo 2008: Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO – paragrafo 6)², hanno demandato alle suddette Aziende di produrre per prevenire il verificarsi di errori trasfusionali, tale mancan-

za si presenta gravida di conseguenze. La Federazione Ipasvi, sensibile al tema della responsabilità, ha costituito un "Comitato tecnico-scientifico per lo studio della responsabilità professionale" che, attraverso l'analisi dei sinistri che di anno in anno si verificano in materia, può porre le basi per svolgere una efficace azione di prevenzione. Il Comitato, inoltre, potrà impegnarsi anche nell'individuazione di consulenti tecnici di parte da inserire nei procedimenti giudiziari: nell'attività di difesa, infatti, un ruolo di primaria importanza è svolto dall'infermiere esperto che si affianca al medico legale nella definizione concreta della responsabilità.

Gli ambiti dell'attività infermieristica non sono aumentati, ma sono aumentate le responsabilità inerenti le stesse attività svolte. L'assistenza al paziente era ed è un aspetto essenziale dell'attività dell'infermiere e lo è ancor di più alla luce della professionalizzazione del ruolo svolto. Le norme però non sono al passo con le novità apportate alla professione, vedi ad esempio quelle riguardanti le trasfusioni di emoderivati dove l'iter normativo, lascia dei vuoti che da un lato non esimono l'infermiere dalle proprie responsabilità, mentre dall'altro lo espongono a rischi.

La ricerca di un modello organizzativo condiviso all'interno dell'Azienda è quello che ad oggi preme di più a chi opera quotidianamente nelle Unità Operative e, nonostante la delimitazione data dai criteri guida (il profilo professionale, il codice deontologico e la formazione di base e post-base,) e dai

limiti che la legge pone (le competenze previste per i medici e le competenze degli altri professionisti sanitari forniti di laurea), la mancanza di questo modello comporta l'impossibilità o quanto meno la difficoltà di lavorare in sicurezza limitando il rischio di errore. Questa mancanza di protocolli specifici aziendali comporta l'impossibilità dell'attribuzione dei ruoli separando in maniera netta la responsabilità della prescrizione e del controllo iniziale dalla responsabilità dell'atto tecnico. Purtroppo, ancora adesso, quando si realizza l'evento trasfusione (sangue intero e emocomponenti che necessitano di prove di compatibilità), sono ancora in vigore disposizioni che considerano medica anche l'esecuzione tecnica. Ribadito il fatto che: la prescrizione della trasfusione è atto medico; che il controllo dei dati del paziente, della sacca e del paziente stesso sono atti condivisi medico-infermiere; perché non lasciare che gli atti puramente tecnici dell'incannulare la vena, effettuare la trasfusione, il controllo dei parametri vitali e dei segni di reazione siano atto infermieristico come accade per altre terapie? ➔

NOTE

¹ In tema di identificazione del ricevente si ha cura di prescrivere che "presso ogni struttura trasfusionale deve essere adottato, per ciascuna unità di sangue e/o di emocomponenti distribuita, un sistema sicuro di riconoscimento del ricevente cui la stessa unità è stata assegnata con l'indicazione se siano state eseguite le prove di compatibilità. Ogni unità di sangue e/o di emocomponenti, all'atto della distribuzione, deve essere accompagnata dal modulo di trasfusione recante i dati del ricevente, la



MOBILITÀ

Natale M. Rosaria

Cell. 347.0116101

da: ASL Caserta

a: Azienda Perugia-Terni
ASL nn. 1-2-3-4

Prezioso Pietro

Cell. 333.8265309

Via Nazionale

Torre del Greco

da: ASL n. 3 Spoleto

a: ASL n. 4 Prato

Latini Anna Maria

Cell. 347.3211479

anna.latini@yahoo.it

Via delle Ginestre, 2

Spello

da: Azienda Perugia

a: ASL n. 2 Assisi ●

cui identità deve essere verificata immediatamente prima della trasfusione". Non quindi un protocollo nazionale, ma un sistema certo, coerente in ogni unità operativa afferente alle strutture trasfusionali di riferimento.

² La Direzione aziendale, con il supporto del Comitato per il buon uso del sangue, sulla base delle indicazioni fornite dalla presente raccomandazione, deve predisporre ed implementare una procedura standardizzata per prevenire il verificarsi di errori trasfusionali.

BIBLIOGRAFIA

[1] Ministero della salute, <http://www.ministerosalute.it/programmazione/qualita/sezQualita>.

[2] STAINSBY D., COHEN H., JONES H., KNOWLES S., MILKINS C. ET AL., *Serious Hazards of Transfusion, Annual Report 2004*, novembre 2005.

[3] Sentinel event alert: Blood transfusion errors. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea>.

[4] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, *Rapporto di attività emovigilanza*, 2003 (12/07/06). <http://ag-med.sante.gouv.fr/htm/5/in-drap.htm>

[5] Direttiva n. 98/2002 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 gennaio 2003. *Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea*, L 33/30 dell'08/02/2003.

[6] Decreto Ministero della Salute 3 marzo 2003. Caratteristiche e modalità per la donazione di sangue e di emocomponenti, *Gazzetta Ufficiale*; 13-4-2005 (85).

[7] Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna: Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Suscidi per la gestione del rischio 5. Dossier 122-2006, Decreto Ministeriale 1° settembre 1995. Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri. *Gazzetta Ufficiale*; 13 ottobre 1995 (240).

[8] Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO, *Raccomandazione*; marzo 2008 (5).

[9] Regione Marche - Legge Regionale 13 - Capo V - Art. 25 (Dipartimento regionale di medicina trasfusionale).

[10] D.M. 1 settembre 1995; Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri.

[11] D.M. 1 settembre 1995; Disciplina dei rapporti tra le strutture pubbliche provviste di servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private, accreditate e non accreditate, dotate di frigoemoteche.

[12] D.M. 1 marzo 2000; Adozione del progetto relativo al piano nazionale sangue e plasma per il triennio 1999-2001.

[13] D.P.C.M. 1 settembre 2000; Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale.

[14] D.M. 25 gennaio 2001; Caratteristiche e modalità per la donazione del sangue e degli emoderivati.

[15] D.M. 26 gennaio 2001; Protocolli per l'accertamento dell'idoneità del donatore di sangue e degli emocomponenti.

[16] Decreto ministeriale 739 del 1994.

[17] *Codice deontologico dell'Infermiere*, 1999.

[18] Legge 251 del 2000.

[19] Istituto Superiore di Sanità, *Primo Programma di emovigilanza sulle reazioni avverse e gli errori trasfusionali in Italia: dati 2004-2005*.

NELLE TUE MANI...



Realtà ospedaliere: temi d'attualità

Ignazio Marino, chirurgo e senatore del Partito Democratico, ha pubblicato per Einaudi "Nelle Tue Mani", in cui basandosi non solo sulle competenze professionali, ma anche sulla propria sensibilità verso le tematiche sociali ed una certa introspezione morale, descrive le differenti realtà ospedaliere fino a virare su temi d'attualità di grande rilevanza quali l'eutanasia, ricordando i casi di Eluana Englaro e di Piergiorgio Welby, la questione del testamento biologico, le decisioni sui trapianti e la ricerca sulle cellule staminali. La trattazione intreccia inevitabilmente considerazioni mediche, bioetiche e politiche, Marino mantiene un saldo equilibrio tra approccio "laico", seppur ribadendo le origini cattoliche, e la sensazione di "umano dubbio" nella sua evoluzione sia come professionista, sia come politico di un paese. L'argomentazione è assolutamente lucida ed asciutta, tant'è che le critiche ai numerosi *deficit* della sanità nelle strutture del Sud non sono evitate, ma poste in evidenza, a testimonianza di una capacità di giudizio libera da condizionamenti ideologici.

La regola del merito

Un libro che vuole essere anche uno spunto di riflessione per tutti coloro a cui le persone affidano la propria salute, professionisti che dovrebbero agire partendo dal presupposto che «chi sceglie di fare il medico ancora oggi lo faccia soprattutto per passione, con grande impegno e con la volontà di condividere sofferenze e gioie altrui»: la sanità è ogni giorno sotto il mirino dei media e dell'opinione pubblica per gli episodi di malasanità, negligenza e a causa di tutti quegli individui che agiscono solo per il tornaconto personale ed economico, fondamentale è un'analisi che porti ad una partenza da zero.

"Da domani - scrive Marino - facciamo valere negli ospedali solo la regola del merito e della valutazione dei risultati di qualità, tutti misurabili" ●

- [20] *Dossier infad 2008: trasfusioni.*
- [21] Istituto Superiore di Sanità, *Convegno nazionale "Buon uso del sangue"*, Roma 25-26 febbraio 2003.
- [22] Dott. ALESSANDRO DA PONTE, Servizio Immunotrasfusionale e Analisi Cliniche Centro di Riferimento Oncologico, *Linee guida per il buon uso del sangue*, Aviano, giugno 2004.
- [23] CARLA FERRETTI, Ematologia DH, Dipartimento di Onco Ematologia Pediatrica Ospedale Infantile Regina Margherita, *La trasfusione di sangue ed emoderivati.*
- [24] Parlamento europeo, Direttiva del Consiglio 2002/98/CE del 27 gennaio 2003; *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*, febbraio 2003 (8).
- [25] Ministero della Sanità, Decreto Ministeriale 1 settembre 1995 "Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri"; *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale*; 13 ottobre 1995 (240).
- [26] Avvocato GIANNANTONIO BARBIERI, La responsabilità giuridica dell'infermiere, *Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini*, Rimini 2003.
- [27] Professionalità, autonomia e responsabilità infermieristica, *I quaderni dell'infermiere*; aprile 2008, (22).
- [28] Ministero della Salute, Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO; *Raccomandazione*; marzo 2008 (5).
- [29] Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale, Regione Marche, *Manuale della qualità.*
- [30] Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale, Regione Marche, *Manuale delle procedure generali.*
- [31] Blocco Operatorio A.O., *Protocollo: Gestione delle richieste di emoderivati e sua restituzione*, Ospedali Riuniti Ancona.
- [32] Clinica di Ematologia A.O., *Protocollo: Emotrasfusioni*, Ospedali Riuniti Ancona.
- [33] Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgia area T.I.P.O., A.O., *Protocollo: La trasfusione di sangue ed emoderivati*, Ospedali Riuniti Ancona.
- [34] BERNE ROBERT M. & LEVY MATTHEW N., *Principi di fisiologia*, Ed. CEA.
- [35] Guyton Arthur C. & Hall John E., *Fisiologia medica*, seconda edizione, Ed Edises.

DELIBERATI I CREDITI FORMATIVI E.C.M. 2007-2009

La commissione E.C.M. della Regione Umbria ha deliberato i crediti formativi degli eventi organizzati dai Collegi IP.AS.VI. di Perugia e di Terni.

Di seguito sono riportate le descrizioni degli incontri, i crediti attribuiti e le modalità di consegna degli attestati

ESERCIZIO LIBERO-PROFESSIONALE E PREVIDENZA: COMPATIBILITÀ ED OPPORTUNITÀ

9 MAGGIO 2007

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Terni, tenutosi presso la Sala Conferenze dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni, assegnando all'evento stesso **5 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2007 (Determinazione Dirigenziale n. 726 del 12/02/2008).

Gli attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso la segreteria del Collegio di Terni negli orari di apertura al pubblico (lunedì 9-11 martedì e giovedì 16-19)

CURE PRIMARIE: L'INFERMIERE E IL CITTADINO OLTRE L'OSPEDALE

9 OTTOBRE 2007

Organizzato dal Coordinamento Collegi IP.AS.VI. dell'Um-

bria, tenutosi presso Alborno Palace Hotel di Spoleto, assegnando all'evento stesso **8 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2007 (Determinazione Dirigenziale n. 1118 del 25/02/2008).

Gli attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso le segreterie dei rispettivi Collegi

INGLESE SCIENTIFICO DI BASE - 1° EDIZIONE

**10-12-17-24-31
OTTOBRE 2007**

**7-14-21-28
NOVEMBRE 2007**

5 DICEMBRE 2007

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso la sede del Collegio, assegnando all'evento stesso **10 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2007 (Determinazione Dirigenziale n. 1118 del 25/02/2008).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso

L'EBN E LA PRATICA CLINICA 1° EDIZIONE

15-22-29 NOVEMBRE 2007

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso la sede del Collegio, assegnando all'evento stesso **15 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2007 (Determinazione Dirigenziale n. 1118 del 25/02/2008).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso

INGLESE SCIENTIFICO DI BASE" - II° EDIZIONE

**13-20-27 FEBBRAIO 2008
5-12-19-26 MARZO 2008
2-9-16 APRILE 2008**

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso la sede del Collegio, assegnando all'evento stesso **10 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 10321 del 17/11/2008).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso

**L'EBN
E LA PRATICA CLINICA
II° EDIZIONE**

15-22-29 APRILE 2008

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso la sede del Collegio, assegnando all'evento stesso **15 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 8544 del 26/9/2008).

Gli Attestati sono stati spediti agli indirizzi dichiarati dai partecipanti al momento dell'iscrizione al corso

**LA RESPONSABILITÀ
PROFESSIONALE
E LA GESTIONE
DEL RISCHIO CLINICO
NELLE AZIENDE SANITARIE**

16 MAGGIO 2008

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Terni, tenutosi presso la Sala Conferenze dell'Azienda Ospedaliera di "S. Maria" di Terni, assegnando all'evento stesso **6 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 8544 del 26/9/2008).

Gli attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento di riconoscimento presso la segreteria del rispettivo Terni negli orari di apertura

ra al pubblico (lunedì 9-11 Martedì e Giovedì 16-19)

**LA COMPETENZA
INFERMIERISTICA:
QUALE CONTRIBUTO
AL SISTEMA SANITARIO
E AL MIGLIORAMENTO
DELLA QUALITÀ
DELL'ASSISTENZA**

12 MAGGIO 2008

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Perugia, tenutosi presso il Centro Bufalini di Città di Castello, assegnando all'evento stesso **6 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 8544 del 26/9/2008).

Gli attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso le segreterie del Collegio

**IL NUOVO CODICE
DEONTOLOGICO DEGLI
INFERMIERI ITALIANI**

16 MAGGIO 2009

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Terni, tenutosi presso il presidio Ospedaliero "S. Maria della Stella" di Orvieto, assegnando all'evento stesso **6 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** (Determinazione Dirigenziale n. 7377 del 4/8/2009).

Gli attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso la segreteria del Collegio negli orari di apertura al pubblico (lunedì 9-11 martedì e giovedì 16-19)

**1° CORSO FORMATIVO
SULLA GESTIONE
DELLE STOMIE:
TRACHEOSTOMIA
E STOMIE
DELL'APPARATO
URINARIO**

1ª EDIZIONE

TERNI 28 GIUGNO 2008

2ª EDIZIONE

TERNI 18 APRILE 2009

Organizzato dal Collegio IP.AS.VI. di Terni, assegnando all'evento stesso **13 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** (Determinazione Dirigenziale n. 10321 del 17/11/2008).

Gli attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso la segreteria del Collegio negli orari di apertura al pubblico (lunedì 9-11 martedì e giovedì 16-19)

**IL NUOVO
CODICE DEONTOLOGICO
DEGLI INFERMIERI**

10 OTTOBRE 2008

Organizzato dal Coordinamento Collegi IP.AS.VI. dell'Umbria, tenutosi presso Auditorium Enea Urbani di Passignano Sul Trasimeno, assegnando all'evento stesso **9 CREDITI FORMATIVI E.C.M.** per l'anno 2008 (Determinazione Dirigenziale n. 1303 del 17/02/2009).

Gli attestati devono essere ritirati personalmente o su delega scritta con copia di un documento presso le segreterie dei rispettivi Collegi

