



IPASVI-BS

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. L.27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Brescia.

Tempo di Nursing

Organo di stampa
del Collegio
Infermieri
Professionali,
Assistenti Sanitari
e Vigilatrici
d'Infanzia della
Provincia di
Brescia

numero 46
Settembre 2006

Editoriale..... p. 1
Osservatorio..... p. 3
Nursing e Ricerca..... p. 1
Focus..... p. 2
Aspetti Giuridici..... p. 3
Comunicazioni Collegio.... p. 4
Scaffale..... p. 4

EDITORIALE

1

Lo scenario Politico/Professionale

di Federica Renica

3

OSSERVATORIO

La telemedicina nella riabilitazione cardiocirurgica

di Angelo Bianchetti

11

NURSING E RICERCA

Il trasporto intraospedaliero del paziente critico

di Gaia Nurra

21

FOCUS

Assemblea annuale

a cura di Federica Renica

39

ASPETTI GIURIDICI della PROFESSIONE

Legge 21 Febbraio 2006, N° 49

a cura di Stefano Bazzana

43

COMUNICAZIONI del COLLEGIO

Questionari per la rilevazione del fabbisogno formativo e del gradimento delle riviste

46

SCAFFALE

La pedagogia degli oppressi. Paulo Freire - EGA Editore, 2002

a cura di Carla Noci

Guardami, senza fretta intensamente. Carlo Mori, 2006

a cura della Redazione

Le foto all'interno si riferiscono all'assemblea annuale degli iscritti tenutasi il 20 maggio 2006.
Si ringrazia Banca Lombarda per la concessione della sede.

Rivista trimestrale del Collegio I.P.A.S.V.I. di Brescia - N° 46/2006

Direttore responsabile: Federica Renica

Responsabile comitato di redazione: Stefano Bazzana

Comitato di redazione:

Angela Ferrari, Guglielmo Guerriero, Carla Noci, Claudio Prandelli, Stefano Bazzana, Maria Lorena Bazzani, Laura Carlot, Moreno Crotti Partel, Stefania Pace, Francesco Pantaleo

Direzione, Redazione, Amministrazione: Via Moretto, 42/a - Brescia - Tel. 030 291478 - Fax 030 43194

Prestampa: Media Maker s.r.l. - www.imk.it

Fotocomposizione e Stampa:

Com & Print (BS) c/o Grafiche Opera Pavoniana (BS) - Via Lodovico Pavoni, 9 - Tel. 030 300261 - Fax 030 300262

Registrazione: n° 37/90 del 21 luglio 1990 del Tribunale di Brescia

Distribuzione e Abbonamento:

*La rivista è inviata gratuitamente a tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia. Per i non iscritti il costo dell'abbonamento annuo è di euro 10,00
Singolo fascicolo euro 2,50*

Editore: Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'infanzia della Provincia di Brescia.

Presidente: Federica Renica

Consiglio Direttivo: Stefano Bazzana, Giovanna Bertoglio, Claudio Prandelli, Federica Renica, Maria Lorena Bazzani, Elisa Micheli, Angelo Benedetti, Giandomenica Brodini, Paola Busi, Laura Carlot, Lorena Cavagnini, Simona Maspero, Desiree Matteotti, Stefania Pace, Lidia Annamaria Tomaselli

*Tutti coloro che desiderano inviare materiale per la pubblicazione dovranno recapitarlo alla Segreteria di Redazione della Rivista presso:
Collegio I.P.A.S.V.I., Via Moretto, 42/a - 25122 Brescia oppure via email in formato Word all'indirizzo info@ipasvibs.it*

Gli articoli firmati impegnano soltanto gli autori, benché approvati dal Comitato di Redazione.

Lo scenario Politico/Professionale

Federica Renica

Presidente Collegio IPASVI di Brescia

Negli ultimi anni la professione è stata coinvolta positivamente in un processo di evoluzione normativo che si è concretizzato con l'approvazione della legge n° 43 dell'1/02/2006 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi Ordini (G.U. del 17/02/2006).

Si tratta di un significativo successo nel percorso di valorizzazione di oltre 700 mila professionisti della sanità e di un ulteriore riconoscimento per gli infermieri italiani perché viene data la possibilità alle professioni sanitarie di vedersi riconoscere i titoli accademici post-laurea nelle varie discipline come requisito obbligatorio per occupare un ruolo di "esperto", di specialista. Finalmente si ha la possibilità di vedersi riconosciute competenze e conoscenze avanzate.

Questo era l'anello mancante al riconoscimento di un ruolo autonomo nell'assistenza alle persone.

Viene inoltre ribadito che anche per le funzioni del management sono necessari i master di 1° livello e, come titolo per arrivare alla dirigenza massima del management delle aziende sanitarie pubbliche e private, vengono riconosciuti i nuovi titoli di laurea magistrale.

Nella nostra Provincia, ad oggi, hanno acquisito il titolo della laurea magistrale n° 13 colleghi infermieri.

Inoltre la norma fissa la delega al governo per la trasformazione dei Collegi in Ordini e l'attivazione di nuovi Ordini professionali per le professioni che ne sono attualmente prive.

Il tema aperto, dalla Legge 1° febbraio 2006, n.43, esige un radicale ripensamento del ruolo del Collegio, dalla storica posi-

EDITORIALE



zione di tutela del professionista ad una più attuale forma di tutela dell'utenza e della società.

E' necessario che il Collegio superi la mera funzione disciplinare in ambito deontologico assumendo un ruolo centrale nel processo di accreditamento professionale; contrastando l'inaccettabile disparità fra sistemi di accreditamento diversi che minacciano di livellare in basso il grado di competenza professionale degli infermieri.

Con la libera circolazione dei lavoratori in ambito UE e il riconoscimento reciproco fra gli Stati membri del titolo di studio e delle qualifiche professionali richieste per l'esercizio della professione, dovrebbe essere garantito il rigore della formazione imposta ai colleghi italiani, con condizioni minime di formazione, standards minimi di competenza professionali, curricula formativi omogenei, accettati da tutti gli Stati membri.

Standard accettabili di competenza professionale e il possesso della conoscenza della lingua italiana sono elementi indispensabili per conferire un'ulteriore garanzia di sicurezza e competenza ai cittadini.

La garanzia di un processo continuo di formazione e aggiornamento professionale, con l'accREDITamento dei professionisti, sono gli obiettivi che animeranno il nostro agire nei prossimi anni di trasformazione da Collegio a Ordine.

Per realizzare ciò il nuovo Consiglio Direttivo del Collegio IPA-SVI di Brescia nell'assemblea ordinaria, tenutasi il 20 maggio 2006, ha posto all'attenzione dell'Assemblea la valutazione di aumento della quota per onestà nei confronti di tutte quelle attività che, sempre più, coinvolgono il Collegio/Ordine, e per l'acquisto della sede.

Un ampio parcheggio, per facilitare l'accesso agli iscritti, una sala conferenze, aule modulabili, una biblioteca, un laboratorio informatico, aule per le sedute di consiglio e per le associazioni accreditate, sono alcune delle caratteristiche individuate che la "casa degli infermieri bresciani" dovrà possedere.

La telemedicina nella riabilitazione cardiocirurgica

Bianchetti Angelo, Infermiere,

Azienda Ospedaliera "Mellino Mellini" - Chiari

Tesi di Laurea - Università Cattolica del Sacro Cuore - Facoltà di Medicina

e Chirurgia "A. Gemelli" - Roma

Corso di Laurea in Infermieristica

a.a. 2004/2005

Riassunto

Nell'età del progresso della scienza e in special modo della sanità, che si sta evolvendo nell' "Information and Communication Technology", le richieste agli operatori sanitari sono molteplici.

E' richiesta un'assistenza accurata, puntuale ed efficiente, che non si limiti alla sola cura degli episodi acuti, ma tratti la salute come condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico, e psichico della persona dinamicamente integrata nel suo ambiente naturale e sociale, e tutto questo richiede nuovi approcci al problema.

In quest'ottica la telematica, convergenza tra le tecnologie informatiche e quelle di telecomunicazione, permette l'abbattimento delle barriere geografiche e può diventare uno strumento fondamentale per la gestione della salute del cittadino.

La telemedicina, intesa come l'applicazione della telematica alla sanità, è in grado di soddisfare il bisogno crescente di soluzioni che mettano in contatto pazienti, medici e infermieri indipendentemente dal luogo in cui essi fisicamente si trovano.

Avviandosi da un'esigenza basata su evidenze cliniche si possono sviluppare modelli organizzativi ed applicativi efficaci, che determinino risparmi economici ed aumento di funzionalità del sistema sanitario nazionale.

In quest'ambito la possibilità di monitoraggio di parametri clinici significativi attraverso l'uso delle tecnologie informatiche, ha reso possibili modelli di cura alternativi rispetto all'ospedalizzazione, tramite un servizio di sorveglianza a pazienti assistiti direttamente a casa loro, con indubbi vantaggi economici e sensibili miglioramenti della qualità di vita percepita.

OSSERVATORIO

La Regione Lombardia ha coordinato le cardiocirurgie presenti nel proprio territorio sperimentando un'esperienza di telemedicina attraverso un programma di Ospedalizzazione Domiciliare Riabilitativa denominato progetto "CRITERIA: Confronto tra Reti Integrate TECnologiche per gestire a domicilio pazienti post-acuti e cronici - Ricerca Applicata". La telemedicina, intesa come l'applicazione della telematica alla sanità, è sicuramente una nuova branca dell'assistenza, importante per coloro che si prendono cura dei bisogni della persona. E' in grado di soddisfare il bisogno crescente di soluzioni che mettano in contatto pazienti, medici e infermieri indipendentemente dal luogo in cui essi fisicamente si trovano.

Introduzione

La Regione Lombardia in collaborazione con le cardiocirurgie Lombarde ha sperimentato un'esperienza di telemedicina realizzando un programma di Ospedalizzazione Domiciliare Riabilitativa denominato progetto "CRI-TERIA: Confronto tra Reti Integrate Tecnologiche per gestire a domicilio pazienti post-acuti e cronici - ricerca applicata".

Questo perchè la domanda di ricoveri in riabilitazione a seguito di un intervento cardiocirurgico è cresciuta negli anni seguendo il trend di crescita dell'offerta di interventi.

Le principali cardiocirurgie della Regione sono organizzate per effettuare il passaggio diretto dal reparto di cardiocirurgia al reparto di riabilitazione, interno all'ospedale o presso altro istituto.

Nella tabella I sono riportati i tempi di latenza tra la dimissione ed il successivo ricovero in riabilitazione nel 2000 e nel 2001 a seguito di un intervento cardiocirurgico (DRG 104-108).

Tabella I - tempi di latenza tra dimissione da parte della cardiocirurgia e il ricovero in riabilitazione, dati raccolti tra il 2000-2001

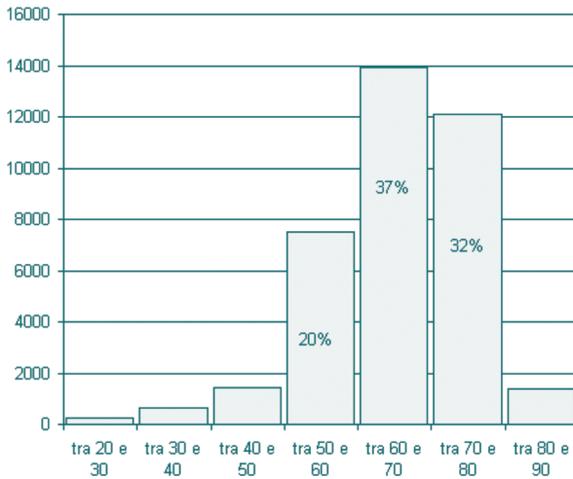
Riabilitazione post chirurgica in ospedale						
Anno	Interventi	Trasferimento diretto	Tra 0 e 7 gg	Tra 8 e 30 gg	> 30 gg	
2000	9	5.699	834	84	149	2.439
2001	9.6	6.54	741	81	76	2.234
		12.23	1.575	165	225	4.67

La degenza media in cardiocirurgia è di 13-14 giorni. La durata della degenza in riabilitazione negli ospedali, vedi figura 1, è solitamente compresa tra 10 e 20 giorni (70% dei casi) con una media di 2 settimane di degenza.

I casi di riabilitazione inferiori ai 10 giorni sono il 10%. Si tratta solitamente interruzioni del ciclo riabilitativo per un successivo ricovero in reparto acuto. Nel 70% questi vedono un ricovero successivo in riabilitazione con durata delle degenze analoga a quella del primo ricovero.

I ricoveri di lunga durata non sono numerosi e solo l'1% supera i 40 giorni. Viceversa negli IDR (Istituti di riabilitazione) che accolgono parte degli operati in cardiocirurgia la degenza supera regolarmente i 40-50 giorni. E' difficile standardizzare il tipo di intervento riabilitativo anche in considerazione dell'età dei pazienti operati. Se il 30% degli operati è inferiore ai 60 anni va detto che il 40% è tra i 60 ed i 70 anni ed un ulteriore 30% di età superiore ai 70. Quindi l'intervento riabilitativo deve essere coniugato con la garanzia della continuità tra assistenza post-intensiva e riabilitazione e deve essere rafforzata con l'uso di sistemi di monitoraggio.

Figura 1 - raffronto tra età del paziente e degenza media



Obbiettivo

Il progetto aveva l'obbiettivo di valutare un nuovo percorso riabilitativo del paziente cardioperato a domicilio.

Esso avrebbe dovuto consentire una ripresa veloce delle consuete abitudini di vita con l'ausilio di infermieri e fisioterapisti che garantivano la continuità assistenziale e la fisiochinesiterapia.

La persona assistita sceglieva liberamente la soluzione di riabilitazione a lui più idonea. Tale progetto non aveva come fine il demonizzare le strutture riabilitative, ma voleva dare una possibilità di scelta all'utente.

Nel mio lavoro di tesi ho illustrato che oggi è fattibile una riabilitazione domiciliare con buoni risultati, e che dal punto di vista infermieristico la cura e l'assistenza alla persona è accurata e abbisogna di una notevole competenza specifica.

Metodi

Il paziente candidato alla Ospedalizzazione Domiciliare doveva possedere i seguenti requisiti di inclusione:

Generali

- Presenza di un familiare o convivente in grado di fornire assistenza informale per tutto il periodo di ospedalizzazione domiciliare.
- Età superiore ai 18 anni.
- Residenza nel territorio delle ASL oggetto del progetto CRITERIA
- Idoneità della collocazione abitativa.

Specifici

- Profilo di rischio preoperatorio Euroscore compreso tra 0 e 8.

- Assenza di complicanze maggiori nella fase post intervento (Ima perioperatorio, dissezione aortica)
- Valori di emoglobina maggiori o uguali a 8.5.
- Assenza di diabete insulino dipendente e /o di insufficienza respiratoria cronica conclamata.
- Consenso informato del paziente alla ospedalizzazione domiciliare .

Il Medico Curante/Ricoverante pre individuava i pazienti candidabili al trattamento riabilitativo domiciliare che possedevano i requisiti generali e quelli specifici di inclusione e proponeva loro l'ospedalizzazione domiciliare.

Dopo l'intervento chirurgico in 3°- 4° giornata post-operatoria il medico curante, verificava che non vi fossero controindicazioni, ribadiva al paziente la proposta di Ospedalizzazione Domiciliare e gli faceva firmare il Consenso Informato all'Ospedalizzazione Domiciliare ed il Consenso al trattamento dei dati.

Infine il Medico Curante/Ricoverante, stilava la Scheda di Ammissione all'ospedalizzazione domiciliare in accordo con la Struttura di gestione del servizio di Ospedalizzazione Domiciliare (OD) di riferimento con tutte le necessarie indicazioni logistiche e cliniche nonché la proposta dei controlli previsti durante la riabilitazione domiciliare. Il Responsabile dell'Ospedalizzazione Domiciliare organizzava l'avvio dell'OD ed avvisava il Medico di Medicina Generale .Il giorno della dimissione il Medico Curante scriveva la lettera di dimissione e ne dava copia sia al paziente che alla Struttura di Gestione dell'Ospedalizzazione Domiciliare. Il Responsabile della Struttura di Gestione dell'Ospedalizzazione Domiciliare confermava alla cardiocirurgia la possibilità di presa in carico del paziente, la data ed l'ora della prima visita di presa in carico a domicilio e comunicava al paziente il nome del personale sanitario di riferimento. La struttura di Gestione del Servizio di OD aveva già concordato prima della dimissione del paziente un percorso operativo personalizzato e aveva ricevuto la lettera di trasferimento.

L'infermiere di riferimento si presentava in reparto e prendeva in carico il paziente e compiendo le azioni indicate nella tabella II, e confermando a lui ed ai famigliari l'ora prevista per il primo accesso domiciliare, che deve avvenire entro 72 ore dalla dimissione.



Tabella II - Azioni infermieristiche nelle giornate di pre-dimissione e in dimissione del paziente in ospedalizzazione domiciliare

Nella giornata di pre dimissione vengono eseguite le seguenti azioni

- 1) Contattare e riferire Nome e Cognome indirizzo del paziente e fissare appuntamento per la consegna della cyclette.
- 2) Procurarsi la terapia di dimissione del paziente
- 3) Scatola per l'emergenza e materiale per la medicazione
- 4) Videocassetta riabilitazione e rilassamento
- 5) CG 7000D elettrocardiografo a 12 derivazioni
- 6) CG 2206 elettrocardiografo a 6 derivazioni
- 7) Lettera per il Medico di Medicina Generale
- 8) Comodato d'uso
- 9) Diario clinico del paziente e scheda della terapia (in una cartelletta bianca)
- 10) Documento esplicativo per il paziente di come si svolgerà la giornata di riabilitazione
- 11) Lettera con specificato il nome dell'infermiera di riferimento e la data e l'ora della prima visita domiciliare che comprende anche le istruzioni dell'apparecchio ed i numeri utili".

Il giorno della dimissione il Cardiologo e l'infermiera vanno nel Centro di cardiocirurgia per reclutare il paziente. Le azioni che l'infermiere deve svolgere sono le seguenti:

- 1) Avvisare il call-center dell'arruolamento del paziente in ospedalizzazione domiciliare
- 2) Presentarsi alla persona assistita ed al familiare di riferimento recuperando tutti i numeri telefonici dello stesso
- 3) Eseguire elettrocardiogramma basale 2206° a 12 derivazioni
- 4) Trasferire il tracciato al call-center ed aprire la cartella telematica
- 5) Compilare il comodato d'uso
- 6) Eseguire elettrocardiogramma basale con 7000D, a 6 derivazioni
- 7) Consegna farmaci, scatola per l'emergenza e materiale per la medicazione effettuando una medicazione per educare il parente sul corretto modo per eseguire tale manovra. Se necessario ripetere più volte la sequenza della procedura affinché il parente la esegua correttamente
- 8) Consegnare la cartella con il diario clinico e la terapia assunta dalla persona assistita
- 9) Consegnare lettera per il Medico di Medicina Generale
- 10) Consegnare lettera con specificato il nome dell'infermiera, l'ora e la data della prima visita domiciliare, i numeri utili e le istruzioni all'utilizzo dell' elettrocardiografo .
- 11) Salutare la persona assistita ricordando che il giorno successivo riceverà la visita del terapeuta.
- 12) Recuperare lettera di dimissione, consenso informato, fotocopia tessera sanitaria e codice fiscale
- 13) Il paziente dovrà compilare i seguenti moduli:
 - a) Questionario Minnesota
 - b) Questionario EQ
 - c) Consenso informato (se non già firmato)
- 14) Comodato d'uso dispositivo: verranno consegnati al paziente i seguenti materiali:
 - Kit per l'emergenza
 - Materiale per la medicazione
 - ECG 2006 per esecuzione tracciati
 - Terapia farmacologia giornaliera per la durata di circa 15 giorni
 - Verrà inoltre consegnata la seguente documentazione cartacea:
 - Numeri utili per il paziente
 - Modulo Giornata tipo del paziente
 - Istruzioni dettagliate all'uso del dispositivo monotraccia
- 15) Consegna la paziente la lettera per il proprio medico di medicina generale
- 16) Lettera con specificata la data della prima visita domiciliare
- 17) Recupera dal reparto di cardiocirurgia il cartellino di dimissione del paziente, facendo attenzione che siano stati effettuati tutti gli esami richiesti
- 18) Tomata in sede, in accettazione apre la cartella clinica
- 19) Completa la cartella telematica che dovrà aver compilato i seguenti campi:
 - Anamnesi: cardiologica e non
 - Fattori di rischio
 - Terapia
 - ECG monotraccia refertato come basale di riferimento
 - ECG 12 derivazioni refertato dal nostro cardiologo
 - Ecocardiogramma
 - Esami ematochimici
 - Rx torace
 - Scheda Evento con la data dell'intervento cardiocirurgico".

Inoltre il paziente nel suo percorso quotidiano a casa doveva svolgere una serie di attività e di esercizi, vedi tabella III, uguali a quelle che si svolgono nei centri di riabilitazione, sotto la guida vigile e scrupolosa dell'infermiere.

Tabella III - Descrizione giornata tipo

AL MATTINO	NEL POMERIGGIO
<p>La persona assistita dopo aver fatto colazione ed aver assunto la terapia stabilita, deve eseguire la medicazione della ferita verificando eventuali arrossamenti e/o dolenze</p> <p>Dopo di che effettua un tracciato di base</p> <p>Chiamare il call-center riferire il proprio Nome e Cognome ed attendere il via dell'operatore per la trasmissione del tracciato. Il risponditore la metterà in comunicazione con la sua infermiera di riferimento. Durante il contatto telefonico con l'infermiera riferirà eventuali problematiche riscontrate nella notte o durante la medicazione. Valutata la traccia e la sua condizione l'infermiera darà il via alla riabilitazione.</p> <p>Nb. Durante la riabilitazione dovrà eseguire i tracciati nei seguenti momenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dopo aver eseguito gli esercizi descritti nella videocassetta. 2) Prima di iniziare la cyclette 3) Al massimo carico 4) Al termine della cyclette <p>Finita la Riabilitazione chiamare il call-center ed invia tutti i tracciati effettuati. Durante il successivo contatto telefonico con l'infermiera dovrà riferire eventuali problematiche riscontrate.</p>	<p>La persona assistita dovrà rilevare la temperatura corporea, ed eseguire un tracciato elettrocardiografico</p> <p>Deve chiamare il call-center riferire il proprio Nome e Cognome ed attendere il via dell'operatore per la trasmissione del tracciato. Il risponditore la metterà in comunicazione con la sua infermiera di riferimento. Valutata la traccia e la sua condizione e quindi l'infermiera darà il via alla riabilitazione.</p> <p>Nb. Se il paziente vuole potrà effettuare gli esercizi di rilassamento descritti nella 2° videocassetta.</p> <p>Al termine inizierà il riallenamento con la cyclette e dovrà eseguire i tracciati nel seguente ordine:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Prima di iniziare la cyclette 2) Al massimo carico 3) Al termine della cyclette <p>Terminata la seduta di riabilitazione chiamare il call-center ed inviare tutti i tracciati effettuati. Durante il successivo contatto telefonico con l'infermiera dovrà riferire eventuali problematiche riscontrate.</p>

A lui spetta il compito gravoso di educare quotidianamente la persona e il familiare con strategie atte a spronare i pazienti poco volenterosi e a frenare coloro che vorrebbero strafare.

Risultati

I dati riportati in questa parte sono stati raccolti e si riferiscono alla casistica interna stilata dall' Unità Operativa di Cardiochirurgia dell'Istituto Ospedaliero "Poliambulanza" di Brescia nel periodo Settembre 2005\Giugno 2006.

Durante il periodo in cui il progetto pilota Criteria era operativo trenta pazienti hanno accettato di aderirvi e sono stati arruolati nel progetto di riabilitazione domiciliare.

Nella tabella IV sono descritte le diverse tipologie di intervento cardiocirurgico da loro subito.

Tabella IV - Tipologia interventi pazienti arruolati

Tipologia intervento	Numero pazienti
Chirurgia valvolare	5
Chirurgia coronarica	17
Chirurgia valvolare e coronarica	1
Chirurgia valvolare dell' Aorta ascendente	2
Chirurgia Aorta ascendente	2
Chirurgia coronarica e reshaping Ventricolo sinistro	1
Chirurgia coronarica e ablazione della fibrillazione striale con radiofrequenza	1
Chirurgia coronarica e dell' Aorta ascendente	1
Totale interventi	30

I tempi di permanenza media in ospedale sono stati di cinque giorni post intervento, periodo pari a quello trascorso anche da coloro che scelgono la riabilitazione tradizionale, un tempo congruo per avere la “sicurezza” che il decorso del post intervento sia ottimale.

La durata della riabilitazione si è aggirata attorno ai ventiquattro giorni di media

Durante il periodo di Ospedalizzazione Domiciliare per alcuni pazienti arruolati si sono riscontrati dei problemi.

Nella tabella V sono indicate le varie complicanze avvenute e la relativa risoluzione con il numero di persone coinvolte.

Tabella V – Tipi di problematiche insorte a domicilio

Motivo di ricovero nel reparto di cardiocirurgia	Numero pazienti	Modalità di risoluzione
Scarsa collaborazione del paziente e dei parenti	1	Viene ricoverato presso un centro di riabilitazione post intervento cardiocirurgico
Versamento pericardico in paziente scoagulato	1	Dopo la pericardiocentesi rientro in ospedalizzazione domiciliare
Insufficienza respiratoria ed edemi declivi	1	Viene ricoverato presso un centro di riabilitazione post intervento cardiocirurgico
Versamento pericardico	2	Questi due pazienti erano in Riabilitazione ospedaliera e, a seguito della pericardiocentesi hanno deciso il ricovero in ospedalizzazione domiciliare

Conclusioni

Ponendo a confronto il numero dei pazienti arruolati in ospedalizzazione domiciliare (trenta), e il numero dei ri-ospedalizzati in riabilitazione tradizionale (due), si può evincere la qualità complessiva del progetto, ovviamente perfezionabile in molti suoi aspetti, ma comunque sostanzialmente capace di fornire una nuova tipologia di riabilitazione.

Inoltre dai questionari redatti dalla Facoltà di Sociologia dell'Università degli studi di Trento, e forniti alla popolazione dello studio alla fine del periodo di Ospedalizzazione Domiciliare risulta una buona soddisfazione di questi e una impressione favorevole da parte dei parenti.

La telemedicina è sicuramente una nuova branca dell'assistenza che non può trovare impreparato un professionista che ha come compito specifico il prendersi cura dei bisogni della persona sofferente.

BIBLIOGRAFIA

LIBRI

Wootton R-Telemedicine: Clinical review. *BMJ* 2001

Buratti E., Carnevale F., Geddes M., Ma ciocco G., - "Trattato di sanità pubblica" - La Nuova Italia Scientifica, Roma 2003

Cespi L. - "Guida all'esercizio professionale per il personale infermieristico ostetrico e tecnico sanitario e della riabilitazione" - , Cg Ed. Medico - scientifiche, Torino 2001

Cosmacini G., - "Storia della medicina e della sanità in Italia" - , Laterza, Bari 1997

Olga Tancredi, - "Psicologia sociale e applicativa per operatori sanitari" - , Edizioni Ermes Milano 1999

G. Magni, - "La famiglia psicosomatica" - Piccin, Padova 1998

Zani B, Selleri P, David D. - "La comunicazione" - Roma: Carocci Editore, 7a ristampa, gennaio 2000.

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. - "Pragmatica della comunicazione umana" - Roma: Astrolabio, 1971.

Moja EA, Vegni E. - "La visita medica centrata sul paziente" - Milano: Raffaello Cortina Editore, prima edizione 2000

ARTICOLI

Comitato Ospedalizzazione domiciliare. - "Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari" - Documento conclusivo, Roma, 30 settembre 2002

Freeman K, Wynn-Jones J, Groves-Phillips S, and Lewis L (1996) - "Teleconsulting: A practical account of pitfalls, problems and promise" - Experience from the TEAM project group. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2 (Suppl 1) : 1-3.

Aanestad M, and Hanseth O (2000) - "Implementing open network technologies in complex work practices: A case from telemedicine. *Proceedings of the Conference on the Social and Organizational Perspective on Research and Practice in Information Technology*" - (Baskerville R, Stage J, and DeGross JI, eds.) Kluwer Academic, Norwell, MA, USA: 255-69.

Miller EA (2001) - "Telemedicine and doctor-patient communication: An analytical survey of the literature" - . *Journal of Telemedicine and Telecare* 7(1) : 1-17.

Casper, M.J. and Berg, M (1995) - "Constructivistic perspectives on medical work: medical practices and science and technology studies" - *Science, Technology, and Human Values*, 20: 395-407.

Taylor P (1998) - "A survey of research in telemedicine" - *Telemedicine services. Journal of Telemedicine and Telecare* 4(2) : 63-71.

Beolchi, L. Ed. (2001) - "European Telemedicine Glossary" - Printed by Directorate General Information Society, Unit B1: Applications relating to Health, version 3.10.

Lynch, M. and Collins, H.M. (1998) *Introduction: Human, Animals and Machines. Science, Technology and Human Values* 23/4: 371-383.

"Riduzione potenziale dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale mediante un servizio di telecardiologia dedicato ai Medici di Medicina Generale" - *Italian heart. Journal Suppl.* 2001; 2 (10):1091-1097

"Telecardiologia: una nuova modalità per gestire il territorio" - *Monaldi Archives for chest disease*; sept 2002 58:2,132 134

Wootton R - "Telemedicine: Clinical review" - *BMJ*

S.Urbinati et AL - "Il progetto ISYDE (Italian Survey on Cardiac Rehabilitation). Lo stato della Cardiologia Riabilitativa in Itali" - in *Monaldi Arch Chest Dis*, 2003;60,1, pag.16-24

SITI INTERNET

Comitato Ospedalizzazione domiciliare. "Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari" Documento conclusivo, Roma, 30 settembre 2002 -

<http://www.sanita.it>

Presidenza del Consiglio dei Ministri. Linee Guida per l'organizzazione, l'usabilità e l'accessibilità dei siti web delle pubbliche amministrazioni.

http://www.governo.it/sez_dossier/linee_web/direttiva.html

Il trasporto intraospedaliero del paziente critico

Nurra Gaia, infermiere

U.O. di Geriatria – Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero

Tesi di Laurea - Università Cattolica del Sacro Cuore - Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" – Roma - Corso di Laurea in Infermieristica – a.a. 2004/2005

INTRODUZIONE

Il trasporto di uno o più pazienti all'interno di una struttura sanitaria è un evento quotidiano estremamente frequente che sottintende la presa in carico del paziente da parte dell'operatore che effettua il trasporto stesso.

Ad un attento esame delle fasi che compongono ogni singola procedura del trasporto intraospedaliero, nello specifico di un paziente critico, emerge una serie di fattori che, in misura più o meno variabile, possono comportare dei rischi (effettivi e/o potenziali) per la sicurezza del paziente.

La letteratura definisce queste situazioni come *mishaps*, cioè tutti quegli eventi non pianificati che possono avere effetti negativi sul paziente.

L'elaborazione di questa Tesi di Laurea nasce dall'esigenza, peraltro già manifesta nella letteratura infermieristica internazionale e poco trattata in quella italiana, di approfondire temi di ricerca

relativi alle fasi del trasporto intraospedaliero del paziente critico e ad aspetti quali le modificazioni delle condizioni cliniche durante il trasporto, le diverse risorse necessarie per effettuarlo in sicurezza e di verificare, se e quanto, si presentino eventi non pianificati.

IL TRASPORTO INTRAOSPEDALIERO

Il trasporto intraospedaliero fa parte del trasporto secondario. Dal 1992, con il DPR del 27 Marzo che definisce l'istituzione delle centrali operative per l'emergenza territoriale, l'attenzione dei professionisti sanitari di area critica si è concentrata verso il raggiungimento di standard organizzativi ed assistenziali per quanto riguarda il trasporto primario (extraospedaliero).

Non per questo si deve ritenere che gli spostamenti del paziente critico all'interno dell'ospedale costituiscano una pratica esente da rischi perché effettuati in ambiente protetto.

Il trasporto intraospedaliero è, di fatto, un evento estremamente fre-

NURSING E RICERCA

Non potremo mai eliminare completamente la possibilità che, durante un trasporto intraospedaliero, si verifichino degli eventi rischiosi, ma possiamo certamente evitarne le conseguenze. La rilevazione di dati e di casistiche può rappresentare un notevole ausilio per l'elaborazione di strategie assistenziali adeguate ai rischi realmente riscontrati in contesti clinici complessi, come nel caso esaminato.

La segnalazione da parte degli operatori di eventi significativi è molto utile, non solo per la sicurezza del paziente che rimane comunque lo scopo principale dell'assistenza, ma anche per modificare la percezione del rischio di ognuno e, soprattutto, per vedere nell'individuazione dell'errore un'occasione di crescita e di miglioramento.

quente, che coinvolge le unità operative afferenti al D.E.A. quali Terapie intensive, Sale operatorie, Diagnostiche strumentali e Radiologie interventistiche. Attualmente, sono numerose le procedure diagnostiche (TAC, RMN, angiografie, ecc.) e terapeutiche che, non dilazionabili nel tempo, non sono eseguibili al letto del malato; l'impossibilità tecnica e logistica di effettuare tutti gli esami previsti dall'iter diagnostico e terapeutico nella sala di emergenza del Pronto Soccorso, determina la necessità di trasportare il malato verso altre unità operative all'interno dell'ospedale.

IL TRASPORTO CRITICO

Il fatto di definire un trasporto come critico, nasce dalla considerazione che l'esigenza di eseguirlo avviene normalmente nelle prime ore dopo l'arrivo del paziente all'interno della struttura; durante questo periodo egli viene sottoposto a vari accertamenti strumentali più o meno invasivi e, dal pronto soccorso, viene poi trasferito verso l'unità di ricovero più idonea.

Durante le prime ore il paziente è pertanto esposto ad alterazioni del suo stato che possono essere causate dalla patologia stessa o dalla esposizione allo stesso trasporto che può provocare instabilità, anche importanti, dovute a una serie di "mishaps", cioè a tutti quegli eventi non pianificati che possono avere effetti negativi sulla stabilità delle condizioni del paziente; fra tali eventi sono da considerare:

il dislocamento di linee venose e/o arteriose centrali o periferiche con conseguente emorragia o inadeguata somministrazione di terapia
l'estubazione o il dislocamento accidentale del tubo endotracheale
l'inadeguata immobilizzazione
l'esaurimento delle riserve d'ossigeno, e molti altri.

Inoltre il trasporto espone il paziente a permanere per dei periodi, più o meno lunghi, in ambienti non protetti (ascensori, corridoi o sale d'attesa) che aumentano la probabilità di dover utilizzare presidi che sono comunque più limitati rispetto a quelli presenti nei reparti.

Da queste considerazioni nasce la necessità di prendere atto dei potenziali rischi che possono scaturire da tali situazioni, allo scopo di mettere in atto tutti gli interventi preventivi necessari per garantire la sicurezza del paziente trasportato e che ci portano a definire un trasporto come critico.

RESPONSABILITA' INFERMIERISTICHE

Il trasferimento intraospedaliero del paziente critico si prefigura come un processo di natura organizzativa e clinica che richiede la partecipazione sinergica di tutte le professionalità che ruotano intorno al malato, con l'obiettivo comune di assicurare la massima continuità assistenziale anche fuori dall'ambiente intensivo.

Quando un paziente critico deve essere trasportato dalla sala di emergenza verso altre unità operative si tiene conto di numerosissimi fattori e,

una volta effettuato il bilancio delle lesioni riscontrate e di quelle potenziali, l'iter terapeutico viene generalmente deciso dai vari professionisti coinvolti nelle cure soprattutto sulla base della gravità clinica. Poiché lo stesso trasporto non è esente da rischi, questi possono essere ridotti al minimo con un'attenta pianificazione di tutte le fasi che lo compongono, tenendo conto di tutta una serie di variabili che, se ignorate, possono mettere seriamente a repentaglio la vita del paziente quali: le caratteristiche architettoniche ospedaliere, il tempo necessario al trasferimento e quindi alla permanenza fuori dall'ambiente protetto, l'unità di destinazione, il mezzo di trasporto, le possibili alterazioni fisiologiche del paziente durante il trasporto e le complicità legate al trasporto stesso (mishaps).

L'infermiere ha il compito di: coordinare i tempi di trasporto con le unità operative di destinazione; assicurarsi della presenza di materiale e dispositivi necessari per il supporto terapeutico; controllare l'efficienza e la completezza dell'equipaggiamento per il trasporto; gestire correttamente i farmaci, soprattutto degli stupefacenti dei quali risponde direttamente; coordinare e supervisionare il personale di supporto delegandogli azioni complementari che richiedono tempo potenzialmente sottratto ad attività di supporto vitale, predisporre tutta la documentazione clinica e verificarne la completezza e la correttezza; verificare, prima della partenza, la corretta immobilizzazione del paziente; scegliere il mezzo più idoneo; verificare il corretto posizionamento dello strumentario e il suo funzionamento.

Le responsabilità che l'infermiere deve assumersi durante il trasporto intraospedaliero del paziente critico, che sono proprie della sua professione e il cui obiettivo primario rimane la sicurezza della persona, sono dunque numerose e complesse.

“L'infermiere...declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza” (codice deontologico dell'infermiere, art. 3.3); “...l'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica generale” (D.P.R. 739 de 1994); in entrambi questi importantissimi e fondamentali documenti per la professione infermieristica, è racchiuso il significato della responsabilità che l'infermiere ha nei confronti del paziente e del suo ruolo, che risulta essere di fondamentale rilevanza durante tutte le fasi del trasporto intraospedaliero. Il bisogno di sicurezza, oltre ad essere un bisogno fondamentale per la persona, in emergenza (quindi in caso di pazienti critici) è fondamentale sia per il paziente che per tutti gli operatori coinvolti.

Fatte queste precisazioni, anche se chi decide di effettuare il trasporto di un paziente critico è l'intera équipe costituita da diversi professionisti, il ruolo che l'infermiere riveste è determinante; infatti, se ravvisa la mancata sicurezza di contesti operativi, può assumersi la responsabilità di rifiutare un ordine medico che comporti un rischio reale o potenziale di



danno al paziente o ai componenti del team e mettere in atto gli interventi necessari per la risoluzione del problema (cod. deontologico dell'infermiere, art. 4.9).

Ridurre sensibilmente i rischi e le complicanze legate al trasporto intraospedaliero ed aumentare la qualità delle prestazioni erogate con effetti benefici per il paziente, rimane l'obiettivo primario per quanto riguarda la sicurezza del trasporto stesso.

LA GESTIONE DEL RISCHIO

Nell'ambito della "Gestione del rischio nelle strutture sanitarie" si stanno sviluppando numerosi strumenti da applicarsi per l'identificazione e l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie.

L'*incident reporting* è la modalità di raccolta delle segnalazioni, in modo strutturato, su eventi indesiderati; esso fornisce una base di analisi per la predisposizione di strategie e azioni di miglioramento per prevenire il riaccadimento di tali episodi in futuro.

Questo sistema, nato nel settore aeronautico per la segnalazione volontaria e confidenziale di eventi da parte di piloti e controllori di volo per migliorare la sicurezza aerea, è stato importato da alcuni anni dai sistemi sanitari anglosassoni (Australia, Gran Bretagna, Stati Uniti) adattandolo alle organizzazioni sanitarie, con l'obiettivo di migliorare la sicurezza del paziente.

L'approccio adottato si fonda sulla psico-sociologia dell'organizzazione e in particolare sul modello di interpretazione degli eventi indesiderati (incidenti con o senza danno) o dei quasi-eventi (*near miss*), introdotto da una ventina di anni da

James Reason e diffuso nella gestione del rischio delle organizzazioni che necessitano di garantire alta affidabilità (traffico aereo, spaziale, nucleare).

Sulla base di questo approccio, già ampiamente noto anche nelle organizzazioni sanitarie, il miglioramento della sicurezza del contesto è possibile se si ammette l'eventualità che "qualcosa può andare storto" e se si utilizzano le informazioni che derivano dall'analisi degli eventi per sviluppare azioni correttive o migliorative; ciò che si vuole ottenere è lo sviluppo di una cultura del rischio, basata sulla volontaria adesione degli operatori. La segnalazione di eventi significativi (incidenti o *near-miss*, ovvero avvenimenti che avrebbero potuto evolvere in incidenti) assume rilevanza e utilità se viene effettuata ed inserita con un approccio sistematico, il cui obiettivo è il miglioramento della sicurezza per il paziente. L'*incident reporting* è quindi la modalità di raccolta delle segnalazioni di eventi in modo strutturato, allo scopo di fornire una base per l'analisi e la predisposizione di strategie e di azioni correttive volte al miglioramento dell'organizzazione, in particolare nei suoi aspetti di sicurezza. Lo scopo principale di tale approccio è quello di comprendere meglio l'organizzazione identificando le situazioni che favoriscono l'insorgere di eventi, prima

che questi si manifestino con conseguenze dannose.

L'obiettivo è monitorare gli eventi, compresa l'efficacia dell'introduzione di azioni correttive, ma soprattutto creare consapevolezza negli operatori in relazione alle azioni, agli eventi e ai loro effetti sulla sicurezza.

ANALISI DEI RISCHI DEL TRASPORTO INTRAOSPEDALIERO IN UN E.A.S.

Considerando l'importanza e la rilevanza che l'identificazione e l'analisi del rischio può avere sulla buona riuscita dell'intero processo di trasporto intraospedaliero del paziente critico, ho ritenuto interessante e significativo per la stesura della mia Tesi di laurea, porre l'attenzione sulle varie fasi del trasporto attraverso l'osservazione diretta e l'analisi di dati riguardanti alcuni aspetti specifici del processo, basandomi su un'importante iniziativa presa dall'Istituto Ospedaliero della Fondazione Poliambulanza di Brescia, più precisamente dalla Direzione Generale e dal Servizio Qualità che si occupa di programmi interni di miglioramento.

Il programma che l'Istituto ha applicato prevede l'introduzione di una scheda denominata "*Gestione del rischio clinico – Scheda di segnalazione spontanea degli eventi*" il cui scopo è attivare un sistema di *incident-reporting*.

In relazione al trasporto intraospedaliero del paziente critico, la gestione del rischio è fondamentale per perseguire l'obiettivo più importante del trasporto stesso, cioè garantire la sicurezza del paziente.

Obiettivo dello studio

Osservare se, su un certo numero di trasporti intraospedalieri di pazienti critici o potenzialmente critici, si verificassero eventi non pianificati.

Soggetto

Il campione studiato era composto da 140 trasporti intraospedalieri di pazienti critici o potenzialmente tali effettuati su 6069 pazienti accettati in Pronto Soccorso.

Periodo

47 giorni (tra Maggio e Giugno 2005)

Metodo

Raccolta dati mediante somministrazione di una scheda anonima sia per il paziente che per l'operatore (previa presentazione), finalizzata alla segnalazione di eventi verificatisi nella pratica clinica tali da poter costituire un rischio per il paziente.

La scheda si compone di parti dedicate relative al codice colore di trasporto (cod. Rosso = paziente critico; cod. Giallo = paziente potenzialmente critico), al mezzo utilizzato per effettuarlo, all'equipe che accompagna, alla destinazione (luogo) e agli eventi intercorsi.

CODICE	<input type="checkbox"/>	GIALLO
	<input type="checkbox"/>	ROSSO
MEZZO	<input type="checkbox"/>	LETTO
	<input type="checkbox"/>	BARELLA
	<input type="checkbox"/>	STRIKER
EQUIPE	<input type="checkbox"/>	AUS. O OSS.
	<input type="checkbox"/>	INF./AUS.
	<input type="checkbox"/>	INF./MED.
	<input type="checkbox"/>	INF./AUS./MED.
LUOGO EVENTO	<input type="checkbox"/>	ALL' ACCOGLIENZA
	<input type="checkbox"/>	B.O.P.
	<input type="checkbox"/>	EMODINAMICA
	<input type="checkbox"/>	ENDOSCOPIA
	<input type="checkbox"/>	ECOGRAFIA
	<input type="checkbox"/>	TAC
	<input type="checkbox"/>	RMN
	<input type="checkbox"/>	RX
	<input type="checkbox"/>	A DESTINAZIONE
EVENTI	<input type="checkbox"/>	PERDITA ACCESSO VENOSO
	<input type="checkbox"/>	DISLOCAZIONE TUBO OROTRACHEALE
	<input type="checkbox"/>	ESAURIMENTO OSSIGENO
	<input type="checkbox"/>	ESAURIMENTO BATTERIE STRUMENTARIO
	<input type="checkbox"/>	DISTACCO VENTILATORE
	<input type="checkbox"/>	DISTACCO MONITOR
	<input type="checkbox"/>	OCCLUSIONE LINEE INTRAVASCOLARI
	<input type="checkbox"/>	OCCLUSIONE DRENAGGI
	<input type="checkbox"/>	INADEGUATA IMMOBILIZZAZIONE
	<input type="checkbox"/>	ROTTURA/CADUTA STRUMENTARIO
	<input type="checkbox"/>	EVENTI RIGUARDANTI LA STRUTTURA
	<input type="checkbox"/>	EVENTI RIGUARDANTI IL PERSONALE
	<input type="checkbox"/>	PROBLEMATICHE ORGANIZZATIVE
	<input type="checkbox"/>	KIT TRASPORTO INCOMPLETO
	<input type="checkbox"/>	KIT TRASPORTO ASSENTE
<input type="checkbox"/>	DOCUMENTAZIONE INCOMPLETA	
<input type="checkbox"/>	DOCUMENTAZIONE ASSENTE	
<input type="checkbox"/>	ALTRO	

TABELLA I

Bibliografia

Agrò F., Urgenze ed Emergenze medico-chirurgiche, Torino, Edizioni Minerva Medica, 2000

Chiaranda M., Guida illustrata delle emergenze, Padova, Piccin Nuova Libreria, 1999

Clawson J.J. Democoeu, Principles of emergency medical dispatching, Prentice Hall, 1998

Balzanelli M.G., Coraggio F., Manuale di medicina di emergenza e pronto soccorso, CIC Edizioni Internazionali, 2000

Gentili A., Il paziente critico, 1ª Edizione, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2005

Rossi Prodi F. Stecchetti A., L'architettura dell'ospedale, Firenze, Alinea Editrice, 1998

Benci L., Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing, seconda edizione, Mc Graw Hill, 2002

Brunner S., Nursing medico-chirurgico, seconda edizione, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2001, Vol. 2°

Craven R. F., Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica: promuovere la salute, prima edizione, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 1998, Vol. 1°

Calamandrei C., L'assistenza infermieristica: storia, teoria, metodi, seconda edizione, Roma, Nuova Italia Scientifica, 1993

Grant H. Limmer D., Pronto soccorso

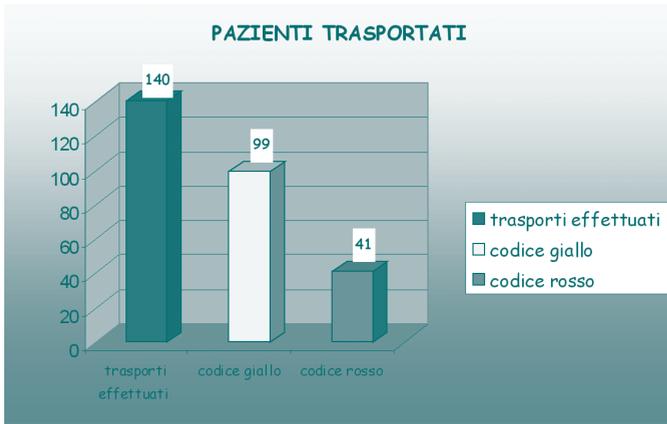


TABELLA II

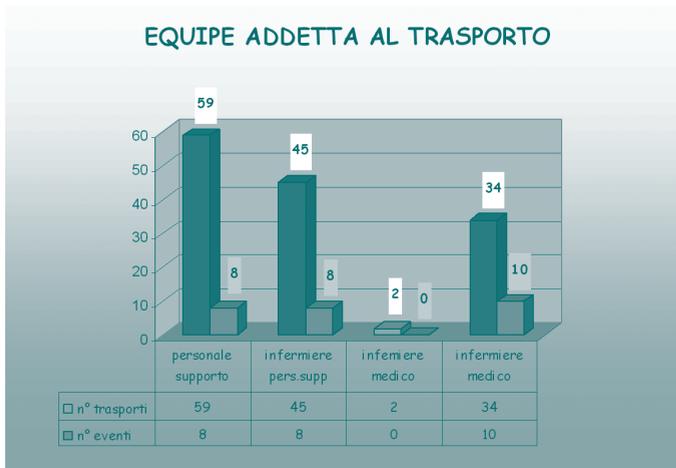


TABELLA III

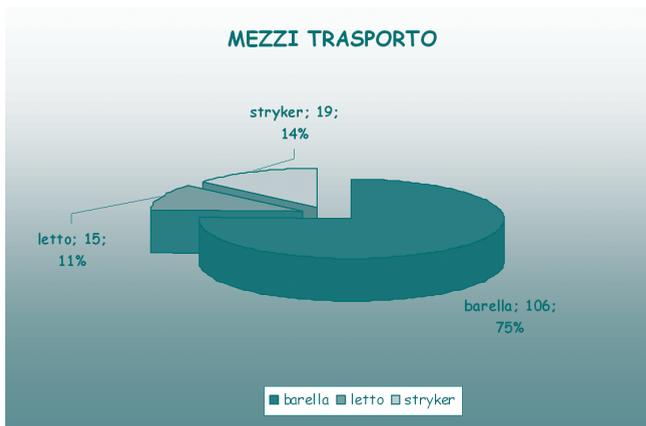


TABELLA IV

e interventi di emergenza, nona edizione, Milano, Mc Graw Hill, 2001

Reason J., Human error: models and management, BMJ, 2000

Ciccione G., Guida pratica al trattamento del paziente chirurgico e traumatizzato in Pronto Soccorso, prima edizione, Torino, Centro Scientifico Editore, 2004

Ruffinato F., Soccorso Preospedaliero, prima edizione, Torino, Centro Scientifico Editore, 2004

Ministero della Salute, Risk management in Sanità: il problema degli errori, Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, Roma, Marzo 2003

Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica, terza edizione, Milano, Mc Graw Hill

Calamandrei C., Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere, Milano, Mc Graw Hill, 1999

American Heart association, Manuale ACLS trattamento avanzato dell'emergenza medica, Milano, Masson, 2000

Albanese P., Prehospital trauma care: approccio e trattamento del traumatizzato secondo le linee guida I. R. C., Bologna, Noema, 1998

Sarti F., Dossier 86-2003 "Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie", Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia Romagna, Bologna, Regione Emilia Romagna, 2003

Linee Guida e Protocolli
American College of Critical Care Medicine, Guidelines for the inter-and intrahospital transport of critically ill patient, Crit Care Med, 2004, Vol. 32

American Association of Critical Care Nurse, American College of Critical

DESTINAZIONE DEL PAZIENTE

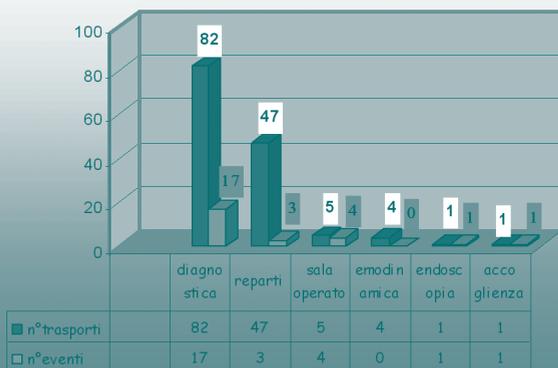


TABELLA V

TIPOLOGIA EVENTI

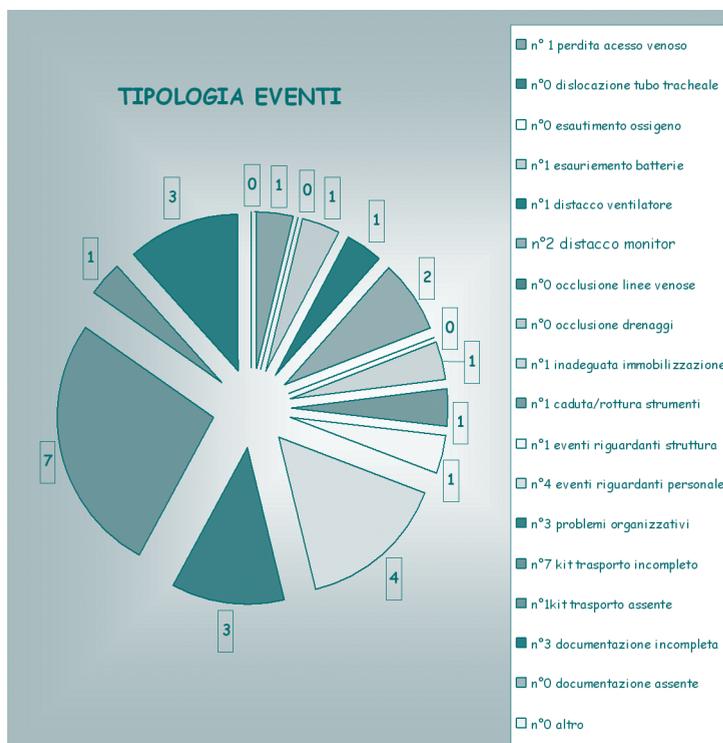


TABELLA VI

Care Medicine, Guidelines for the Transfer of the Critically Ill Patient, 1992

Protocollo operativo n. 14, Elenco materiale trasporto adulto, Programmi interni di miglioramento della qualità, U.O. Pronto Soccorso Casa di Cura Poliambulanza, Brescia, ultima revisione 30/09/2005

Protocollo operativo n. 9, Letto per trasporto paziente critico, Programmi interni di miglioramento della qualità, U. O. Pronto Soccorso Casa di Cura Poliambulanza, Brescia, ultima revisione 30/09/2005

Department of Health and Social Services, Trauma Triage, Transport and Transfer Guidelines, Community Health and Emergency Medical Services, State of Alaska, 2002

Protocolli soccorso extra-ospedaliero in uso presso SSUEm 118 di Brescia Linee Guida ILCOR, traduzione a cura del Dott. A. Toninelli

Articoli di riviste e Atti di convegni

Stearley H. E., Patient's outcomes: intrahospital transportation and monitoring of critically ill patients by a specially trained ICU nursing staff, American Journal of Critical Care, n°4, 1998

Bambi S., Il trasferimento intraospedaliero del paziente critico adulto: responsabilità ed interventi infermieristici, Nursing Oggi, n°4, 2000

Bambi S., Il processo di trasferimento del politraumatizzato dalla sala emergenze ai servizi di diagnostica, I convegni dell'assistenza infermieristica XX Congresso Nazionale Aniasi, Rimini, 2001

Albanese P. e altri, Pre-hospital Trauma Care, Italian Resuscitation Council, 1998

COMMENTI

Dall'osservazione che è stata fatta possiamo confermare che gli eventi

non pianificati che si verificano durante il trasporto intraospedaliero, in particolare se il codice colore di trasporto è Rosso o Giallo, sono un aspetto da non sottovalutare, anche se comunque non hanno in nessun caso creato danni o disagi al paziente o compromesso in qualche modo la sua sicurezza o la buona riuscita del trasporto stesso.

Rimangono comunque da considerare come potenzialmente dannosi, perché solo così si potranno adottare misure preventive affinché si arrivi a non correre il minimo rischio per il paziente.

Gli eventi non sono stati infrequenti, si è infatti verificato 1 evento ogni 43 ore; il fatto che nessuno di questi abbia portato a un danno, a un ritardo nell'esecuzione della procedura o messo a rischio la sicurezza del paziente è stato sicuramente grazie alla formazione e alle capacità organizzative e di gestione di tutto il personale, che è il diretto responsabile del trasporto del paziente all'interno dell'ospedale.

CONCLUSIONI

Sono in molti a credere che la realtà dei servizi ospedalieri e di pronto soccorso siano come vengono presentati dai mass-media, ma non è affatto così; spesso infatti ci si trova a dover gestire situazioni che non sono previste dai protocolli e che possono mettere in serio pericolo la vita stessa del paziente. Il trasporto, più di ogni altro, può costituire un elemento che favorisce l'insorgere di queste situazioni, per questo l'operatore che ne è responsabile, qualsiasi sia il suo livello professionale, non può e non deve sottovalutarlo.

Riuscire a raggiungere obiettivi qualitativamente elevati in contesti clinici complessi come quello preso in esame, significa dare risalto a ciò che, troppo spesso in alcune realtà, viene considerato solo un dettaglio.

L'adozione di strumenti e strategie volti ad ottimizzare la gestione delle risorse e la qualità delle prestazioni, sono un modo efficace per evitare che gli eventi non pianificati portino a degli esiti.

La rilevazione di dati e di casistiche può rappresentare un notevole ausilio per l'elaborazione di strategie assistenziali adeguate ai rischi realmente riscontrati nella pratica clinica.

La segnalazione da parte degli operatori di eventi significativi, nonostante sia potuta sembrare solo incidere sul carico di lavoro, si è in realtà rivelata utile, non solo per la sicurezza del paziente che rimane comunque lo scopo principale dell'assistenza, ma anche (grazie all'interesse e alla disponibilità dimostrati) per modificare la percezione del rischio di ognuno e, soprattutto, per vedere nell'individuazione dell'errore un'occasione di crescita e di miglioramento.

Non potremo mai eliminare completamente la possibilità che, durante un trasporto intraospedaliero, si verifichino degli eventi rischiosi, ma possiamo certamente evitarne le conseguenze.

Appunti e dispense

Dr Terragnoli P., Trasporto del paziente critico: norme generali, Dispense del Master post-Laurea in Area Critica, Università Cattolica del Sacro Cuore sede di Brescia, 2004

A.F.D. Giossi Delia, Il trasporto del paziente critico intraospedaliero, Dispense del Corso di Laurea in Infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore sede di Brescia, 2004

Appunti del Corso Integrato di Metodologia Infermieristica applicata all'emergenza medico-chirurgica e all'area critica del Corso di Laurea in Infermieristica, Anno Accademico 2004/2005

Appunti delle lezioni di Chirurgia d'urgenza e di Pronto Soccorso del Dr. Postiglione Vittorio

Appunti delle lezioni di Infermieristica di Pronto Soccorso della Prof.ssa Giossi Delia

Materiale didattico del "Corso per Infermieri Soccorritori SSUEm 118" di Brescia

Riferimenti normativi

Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, Anno XXVIII, n.164, Milano, 9/07/1998
DPR 27 Marzo 1992
Codice Civile, art. 2229
DM n. 739, 14 Settembre 1994
DPR n. 225, 14 Marzo 1994
Legge n. 42, 26 Febbraio 1999
DM 5 Marzo 2003

Siti Internet

Ricerche effettuate su: chest , bmj, google, key word: transport, patient transfer

Riceviamo e pubblichiamo

Riceviamo e pubblichiamo la lettera della Presidente bresciana dell'A.C.O.S. rivolta a tutti gli iscritti, in particolare a coloro che condividono i valori professionali e religiosi dell'Associazione.

Brescia, 27 luglio 2006

Carissimi colleghi,

quale presidente dell'ACOS (Associazione Cattolica Operatori Sanitari) sento l'esigenza di comunicarvi il forte disagio che la nostra Associazione sta vivendo in quanto, dopo oltre venticinque anni di intensa attività, ci si presenta un futuro molto incerto. Sono convinta che i valori cristiani, ai quali ci ispiriamo, rappresentino ancora la forza del nostro agire professionale; tuttavia non si riesce a capire perché l'Associazione sia frequentata soltanto dalle stesse persone: poche, stanche, non più giovani e probabilmente senza nuovi stimoli e idee, poiché, i giovani professionisti decidono di non aderirvi.

E' quindi necessario rendere Voi protagonisti! Personalmente e unitamente al Consiglio Direttivo dell'Associazione, Vi invito a prendervi cura dell'ACOS. San Camillo De Lellis diceva: "Uomini nuovi per tempi nuovi". Siamo convinti che questo sia il tempo per voi: voi giovani, che così numerosi avete seguito il Santo Padre, che avete scelto i valori cristiani e cattolici, voi generazione del domani: siate generosi anche con l'ACOS!

Siamo pronti ad accogliervi e a cedervi il passo, con tutto il cuore. Rendetevi disponibili con il vostro entusiasmo e le vostre idee, preoccupati di animare nella tolleranza e nell'amore la professione infermieristica, il servizio sanitario e sanitario-sociale.

La società ha bisogno di professionisti competenti, responsabili, solidali e generosi.

Attendiamo fiduciosi che vi facciate vivi, il Consiglio attualmente in carica è disponibile a ricevervi e se ritenete ad affiancarvi. In attesa di ricevere il vostro contributo al seguente indirizzo Clara Facchi Via C. Fenzi 22 25135 Bs e-mail: clara.facchi@libero.it, anticipatamente vi ringrazio per quanto vorrete fare e cordialmente vi saluto.

LA PRESIDENTE ACOS
ASV Clara Facchi

Per saperne di più visitate il sito: www.acosnazionale.com

20 maggio 2006: Assemblea annuale

Relazione della Presidente **Federica Renica**

Cari colleghi, prima di procedere alla presentazione delle attività svolte nell'anno trascorso, ritengo opportuno porgere un sincero ringraziamento ai Colleghi che hanno cessato l'incarico di Membri del Consiglio direttivo del Collegio Provinciale IPASVI di Brescia.

Un ringraziamento perché gestire il Collegio richiede impegno quotidiano non sempre visibile ma, ci auguriamo, apprezzato.

La disponibilità è documentata dagli incontri e relazioni svolte anche se siamo consapevoli di non riuscire a soddisfare tutte le richieste e non certamente per mancanza di volontà e impegno.

Questa è la prima assemblea degli iscritti dopo il rinnovo delle cariche.

Le elezioni per il rinnovo dei componenti gli Organi che devono condurre istituzionalmente il Collegio per il triennio 2006-2008, si sono svolte con la consueta regolarità.

L'affluenza alle votazioni è stata modesta; auspichiamo che in futuro ci sia maggiore disponibilità in quanto è fondamentale la partecipazione degli iscritti ai momenti istituzionali quale espressione della percezione del valore della nostra professione nella società.

Ringraziamo tutti coloro che ci hanno accordato la loro fiducia, nella speranza di fare sempre le scelte giuste.

ATTIVITA' SVOLTE DURANTE L'ANNO 2005:

L'attività del Collegio è stata caratterizzata da un'intensa fruizione di consulenza agli iscritti fornita da esperti: consulenze legali, consulenze fiscali e del lavoro e per l'esercizio libero professionale. A queste attività bisogna sommare le consulenze fornite telefonicamente o via e-mail e l'attività di ricevimento in sede.

Significativa è stata anche l'attività deontologico - disciplinare, aspetto a cui il Collegio riserva grande attenzione in quanto istituzionalmente è il garante della deontologia dei propri iscritti.

FOCUS

L'assemblea degli iscritti è stata aperta dalla lettura del "Patto infermiere-cittadino" da parte di un collega a nome di tutti gli infermieri nuovi iscritti che hanno fatto il loro ingresso nella professione nel corso del 2005.



QUESTIONARIO

Questionario per la rilevazione del gradimento delle riviste edite dal Collegio IP.AS.VI. di Brescia

PREMESSA

Le riviste provinciali “Tempo di Nursing” e “Tempo di Nursing News” hanno lo scopo di garantire l’informazione/formazione dei propri iscritti, al fine di favorire il processo di aggiornamento/formazione su tematiche di attualità o che richiedono un approfondimento.

Poiché questo Collegio ha come obiettivo l’esigenza di rispondere ai bisogni dei propri iscritti oltre che quello di implementare azioni volte ad un miglioramento continuo dei servizi offerti, al fine di valutare il gradimento delle riviste edite, saremmo lieti di tenere nella debita considerazione i giudizi espressi e gli eventuali suggerimenti che deriveranno dalla compilazione del questionario di seguito riportato.

COMUNICAZIONI COLLEGIO

Il **questionario** che trovate nelle pagine seguenti va compilato e rispedito al **Collegio** nel più breve tempo possibile.

La pagina dovrà essere ritagliata oppure fotocopiata, quindi spedita via fax oppure per posta.

Ovviamente, se utilizzate il fax, ricordate di inviare ambedue le facciate.

Il numero di fax del Collegio è: **030.43194**

L’indirizzo a cui spedirlo è:

**Collegio IP.AS.VI. - Via Moretto, 42/a
25121 Brescia**

Tempo di Nursing

Organo di stampa
del Collegio
Infermieri
Professionali,
Assistenti Sanitari
e Viglatrici
d’infanzia della
Provincia di
Brescia



Tempo di Nursing News

n. 20 - 2004

Editore: Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Viglatrici d’infanzia di Brescia
Direttore Responsabile: Federica Renica - Stampa: Artigianelli S.p.a. - Via Piamarta, 6 - 25187 Brescia
Registrazione N. 36 del 3 luglio 2001 del Tribunale di Brescia
N.° 20-2004 - Poste italiane Spedizione in A.P. art.2, comma 20/D, legge 662/96 - Brescia

**Questionario di rilevazione del gradimento delle Riviste
Tempo di Nursing e Tempo di Nursing News**

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____ E-mail _____

In quale struttura svolge la Sua attività (Azienda Ospedaliera/Presidio Ospedaliero – ASL – Clinica – Università – RSA – Unità Operativa – Sede – Libera Professione: settore d'intervento – Sede)

Incarico svolto

Rivista Tempo di Nursing

2 - **Barrare con una crocetta la casella** che maggiormente corrisponde al giudizio da Lei attribuito agli indicatori individuati per valutare il gradimento della rivista **Tempo di Nursing**, pubblicata dal Collegio IP.AS.VI. di Brescia, secondo il gradiente sottoriportato

4 = completamente soddisfatto
3 = molto soddisfatto
2 = poco soddisfatto
1 = per niente soddisfatto

Come giudica la veste grafica e l'impaginazione della rivista ?	4	3	2	1
Esprima l' interesse attribuito agli articoli.	4	3	2	1
Come giudica l' utilità della rivista in riferimento alla Sua attività?	4	3	2	1
Esprima il Suo giudizio sui tempi di consegna della posta, rispetto alla data di emissione della rivista.	4	3	2	1
Come giudica il numero di pubblicazioni annue (tre) della rivista?	4	3	2	1

3 - Quali altri aspetti fondamentali, ritiene debbano essere presi in considerazione per migliorare ulteriormente il servizio?

4 - Eventuali osservazioni e/o suggerimenti



Rivista **Tempo di Nursing News**

5 - **Barrare con una crocetta la casella** che maggiormente corrisponde al giudizio da Lei attribuito agli indicatori individuati per valutare il gradimento della rivista **Tempo di Nursing News**, pubblicata dal Collegio IP.AS.VI. di Brescia, secondo il gradiente sottoriportato

4 = completamente soddisfatto
3 = molto soddisfatto
2 = poco soddisfatto
1 = per niente soddisfatto

Come giudica la veste grafica e il formato della rivista ?	4	3	2	1
Esprima l' interesse attribuito alle notizie riportate.	4	3	2	1
Come giudica l' utilità della rivista in riferimento alla Sua attività?	4	3	2	1
Esprima il Suo giudizio sui tempi di consegna della posta , rispetto alla data di emissione della rivista.	4	3	2	1
Come giudica il numero di pubblicazioni annue (tre) della rivista?	4	3	2	1

6 - Quali altri aspetti fondamentali, ritiene debbano essere presi in considerazione per migliorare ulteriormente il servizio?

7 - Eventuali osservazioni e/o suggerimenti

8 - Preferireste ricevere la rivista TEMPO DI NURSING:

- Solo in formato elettronico
- Solo in formato cartaceo
- Entrambi

9- Avreste preferito compilare il questionario direttamente sul web?

- No
- Si

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE ...

... le risposte ricevute serviranno a migliorare il servizio offerto agli iscritti.

Per qualsiasi chiarimento contattare la segreteria del Collegio IP.AS.VI.

Il Consiglio Direttivo

NB - Il questionario dovrà essere inviato via Fax al seguente numero: 030 43194

Oppure potrà essere spedito per posta al seguente indirizzo:

Collegio IP.AS.VI. - Via Moretto, 42/a - 25121 Brescia

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Indietro - - - - - Cerca Preferiti

Indirizzo Vai

IPASVI-BS Home Page | Mappa | Registrati | Contattaci

- Lunedì, 14 Agosto 2006

LOGIN AREA User ID Password ARGOMENTI Seleziona un argomento ...

FDRUM Comunicati stampa News letter

COLLEGIO

SERVIZI

FORMAZIONE

LIBERA PROFESSIONE

LINKS

REGISTRAZIONE

TEMPO DI NURSING

AREA RISERVATA

AREA DOWNLOAD

ALBO DEL COLLEGIO

Vai nelle pagine degli infermieri professionali



IN EVIDENZA

ISCRIZIONI CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA UNIV. DEGLI STUDI
 le iscrizioni sono già aperte, chiusura il 31 agosto '06 ore 12.00. PROVA DI AMMISSIONE: 8 settembre h.8.30 per visu...>>>

ISCRIZIONI CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA UNIV. CATTOLICA
 le iscrizioni sono già aperte, chiusura il 28 agosto '06 ore 16.00. PROVA DI AMMISSIONE: 7 settembre h.8.30 per infor...>>>

MASTER MANAGEMENT INFERMIERISTICO PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO UNIV. CATTOLICA
 Chiusura delle iscrizioni 16/11/06 ore 12.00 PROVA DI AMMISSIONE: 30/11/06 ore 8.30 Per informazioni rivolgersi alla ...>>>

COMUNICATO STAMPA
 "Incontro fra gli infermieri lombardi e l'assessore Cé: aperto il Tavolo di confronto permanente. Scarica il documento."...>>>

PIANO SOCIO SANITARIO 2006-2008
 "PIANO SOCIO SANITARIO - 2006-2008 In allegato la bozza del Piano Socio Sanitario 2006-2008 ricevuto dalla Regione Lomb...>>>

LEGGE RIORDINO PUBBLICATA!
 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della ...>>>

NEWS

Dal prossimo 4 settembre L'orario di apertura al pubblico del Collegio IPASVI di Brescia sarà il seguente: Lunedì e Gio...>>>

E' disponibile on-line il numero 45 di Tempo di Nursing, consultabile cliccando sulla sinistra nel menu TEMPO DI NURSING...>>>

La vera sfida che la professione infermieristica sta affrontando riguarda soprattutto il passaggio da una pratica fondat...>>>

Decalogo per una nuova politica della salute e Carta europea degli assistiti




Sede:
 Via Moretto, 42/a
 Brescia
 Tel. 030.291478
 Fax 030.43194

Orari del Collegio:
 Lunedì: 14,00 - 17,00
 Martedì: 9,00 - 11,00
 Mercoledì: chiuso
 Giovedì: 9,00 - 11,00
 Venerdì: 14,00 - 17,00

MAPPA:
 clicca per vedere dove siamo

IPASVI-BS

Via Moretto, 42/A - 25122 BRESCIA
 Codice fiscale: 090063080172
 Telefono 030 291478, Fax 030 43194
 E-mail: info@ipasvibs.it - Sito Web: www.ipasvibs.it

La Rivista Tempo di Nursing è scaricabile dal sito www.ipasvibs.it

A ciò si affianca l'azione di tutela legale con esposti/denuncia contro forme di abusivismo.

Abbiamo denunciato alle autorità competenti i fenomeni di caporalato di cui siamo venuti a conoscenza.

Oltre a ciò si deve tener conto dei periodici incontri del Consiglio Direttivo per la realizzazione delle attività istituzionali; i periodici incontri delle Commissioni per il raggiungimento degli obiettivi specifici; la collaborazione attiva con il Coordinamento Regionale Collegi Lombardi; la partecipazione agli incontri e l'adesione agli indirizzi della Federazione Nazionale. Prima di procedere alla presentazione, ed alla successiva votazione del bilancio consuntivo 2005, ritengo opportuno descrivere seppure in modo schematico le attività realizzate nel corso dell'anno.

Tale descrizione di fatto supporta e consente di meglio comprendere il bilancio consuntivo che verrà illustrato dal Tesoriere.

Attività svolte dal collegio IP.AS.VI. della provincia di Brescia nell'anno 2005

1. OPPORTUNITA' FORMATIVE ACCREDITATE ECM

29-30 giugno 2005

"IL TUTOR NELLA FORMAZIONE CONTINUA DEGLI ADULTI: i possibili ruoli e le competenze".

Partecipanti n° 13 Infermieri

10-11-13-14 giugno 2005

"CORSO DI FORMAZIONE PER PROGETTATORI DI INTERVENTI FORMATIVI".

Partecipanti n° 17 Infermieri

Dall'11 maggio al 20 luglio 2005

"CORSO INGLESE BASE"

Partecipanti n° 9 Infermieri

Dal 12 maggio al 21 luglio 2005

"CORSO INGLESE PRE-INTERMEDIO"

Partecipanti n° 8 Infermieri

Dal 13 maggio al 22 luglio 2005

"CORSO INGLESE INTERMEDIO"

Partecipanti n° 8 Infermieri

11 giugno 2005

"IL PROGRAMMA TRIENNALE PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE IN REGIONE LOMBARDA: le implicazioni per la professione infermieristica"

Partecipanti n° 68 Infermieri, n° 2 Assistenti Sanitari, n° 2 Vigilatrici d'Infanzia

25 giugno 2005

“IL RUOLO E IL SIGNIFICATO DELLA FORMAZIONE CONTINUA NELLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE: dall’obbligo legislativo alla crescita professionale”

Partecipanti n° 92 Infermieri, n° 2 Assistenti sanitari

2. OPPORTUNITA' FORMATIVE NON ACCREDITATE ECM

26 febbraio 2005

“RIFORMA DELLA PREVIDENZA: disciplina del trattamento di fine rapporto e fondi di previdenza complementare”.

Partecipanti n°64 Infermieri, n°11 Assistenti Sanitari, n°1 Vigilatrice d’infanzia

16 dicembre 2005

“GIORNATA LIBERA PROFESSIONE: Nuovi profili di responsabilità e modelli organizzativi della libera professione infermieristica”

Partecipanti n° 68 infermieri

Per un totale di:

n°347 Infermieri, n°3 Vigilatrici D’Infanzia, n°15 Assistenti Sanitari, partecipanti all’offerta formativa del Collegio

3. INCONTRI FORMATIVI INDIVIDUALIZZATI:

per infermieri non appartenenti alla U.E.;

4. INCONTRI PER LA SENSIBILIZZAZIONE DEI GIOVANI

alla scelta professionale infermieristica “ORIENTANDO SENIOR”

10-11-12 febbraio 05 presso Istituto IPSSCS SRAFFA, Via Comboni 6, Brescia.



5. SUPPORTO E CONSULENZA AI COLLEGHI PER L’ATTIVAZIONE E LA GESTIONE DELLA LIBERA PROFESSIONE;

n° 102 incontri individualizzati o di gruppo in sede

n° 3 Studi Associati deliberati

n° 2 Studi Associati cancellati

n° 1 Cooperativa sociale deliberata

n° 2 nulla osta pubblicità sanitaria

6. PROMOSSA LA VISIBILITA' DELLA PROFESSIONE MEDIANTE PUBBLICAZIONE DI UN INSERTO IN CONCOMITANZA DELLA GIORNATA DEL 12 MAGGIO

7. N°33 AGGIORNAMENTI DEL SITO WEB DEL COLLE-

GIO: www.ipasvibs.it PER UN MIGLIORE COLLEGAMENTO/RAPPORTO CON GLI UTENTI.

8. CERTIFICAZIONE QUALITA': confermata, con la visita di sorveglianza del mese di ottobre 05, il rinnovo della certificazione di conformità dell'Ente Collegio alla norma ISO 9001/2000, riconoscimento rilasciatoci dall'organismo internazionale di certificazione SGS.

Alle attività ricordate vanno aggiunte quelle di tipo più strettamente istituzionali, di rappresentanza e di consulenza che da tempo vengono assicurate e che sono riassunte negli schemi seguenti:

Collegio IPASVI – BS attività istituzionali svolte nel 2005

ATTIVITA' ISTITUZIONALE

- SEDUTE CONSIGLIO DIRETTIVO
- COMMISSIONE DISCIPLINA
- ISCRITTI ALBO COMUNITARI PROVENIENTI DA ALTRI COLLEGI
- ISCRIZIONE ALL'ALBO INFERMIERI EXTRACOMUNITARI
- CANCELLAZIONI DAL RUOLO
- INCONTRI PER ATTIVAZIONE PROCEDURA RICONOSCIMENTO TITOLO CITTADINI NON U.E.
- CORSO DI FORMAZIONE PER CITTADINI STRANIERI

LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA

- N°23 SEDUTE
- N° 3 PROVVEDIMENTI conclusi nell'anno con sanzione
- N° 146 ISCRITTI COMUNITARI
- N° 39 PROVENIENTI
- N° 40 ISCRITTI EXTRACOMUNITARI

TOT. N° 225 Iscrizioni

- N° 82 così suddivisi:
 - 32 cessata attività
 - 29 trasferiti ad altri Collegi
 - 5 Deceduti
 - 1 passaggio Albo IP
 - 1 passaggio Albo Ostetriche
 - 7 per morosità
 - 2 per morosità e irreperibilità
 - 3 rientro in patria
 - 2 scadenza permesso soggiorno

TOT. N° 82 Cancellazioni

N° 8 COMMISSIONI INSEDIATE PER ESPLETAMENTO

ESAMI per un totale di 44 esaminandi

- ATTESTAZIONE SUPERAMENTO ESAME
36 esaminandi
- N° 1 Corso

ATTIVITA' ISTITUZIONALE

- INCONTRI COORDINAMENTO COLLEGI LOMBARDI
- RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'
- RAPPORTI CON LA REGIONE

LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA

- N° 8 INCONTRI A MILANO PER STUDIO E PREPARAZIONE DOCUMENTI DA PRESENTARE ALLE ISTITUZIONI, REGIONE, O ISCRITTI
 - NOMINA DI 2 RAPPRESENTANTI DEL COLLEGIO PER COMMISSIONE ESAMI DL, PER LE 2 SESSIONI ANNUE PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA E PRESSO LA CATTOLICA- POLIAMBULANZA PER UN TOTALE DI 15 GIORNI DI PRESENZA
 - N° 3 INCONTRI E RELAZIONI CON ASSESSORATO ALLA SANITA'
- N° 33 COMMISSIONI ESAMI OSS

ATTIVITA' ISTITUZIONALE

- RAPPORTI CON LA FEDERAZIONE
- RAPPORTI CON LA CASSA DI PREVIDENZA
- RAPPORTI CON I MASS MEDIA
- RAPPORTI CON LE STRUTTURE SANITARIE

LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA

- N° 4 INCONTRI CONSIGLIO NAZIONALE
- n° 137 RICHIESTE ATTIVAZIONE POLIZZA ASSICURATIVA WILLIS
- CONFRONTO DATI LIBERI PROFESSIONISTI ISCRITTI COLLEGIO IPASVI DI BRESCIA E CASSA ENPAPI
- INCONTRI IN SEDE, SU RICHIESTA, PER RISOLUZIONE PROBLEMATICHE INERENTI LA CASSA DI PREVIDENZA.
- INSERTI SUI QUOTIDIANI PER PUBBLICIZZAZIONE INIZIATIVE FORMATIVE, ASSEMBLEA E GIORNATA 12 MAGGIO
- N° 13 INCONTRI COMITATO ETICO AZIENDA SPEDALI CIVILI

ATTIVITA' ISTITUZIONALE

- INCONTRI SULL'ESERCIZIO LIBERO PROFESSIONALE
- RISPOSTE A QUESITI PROFESSIONALI
- CONSULENZE
- RINNOVO E MANTENIMENTO CERTIFICAZIONE DEL COLLEGIO IPASVBS 4 OTTOBRE 2005

LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA

- N°102 CON VERBALI D'INCONTRO
- N° 25 CONSULENZE PROFESSIONALI
- N° 3 CONSULENZE LEGALI
- N° 15 CONSULENZE FISCALI
- ATTIVITA' SVOLTA IN SEDE RESPONSABILE QUALITA', PER IL 2005, BAZZOLI LAURA

ATTIVITA' SEGRETERIA

- RISPOSTE A QUESITI DEGLI ISCRITTI PRESSO SEDE E TELEFONICI

LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA

- n° 1500 INFORMAZIONI RELATIVI A:
 - ORARI DI APERTURA, RICHIESTA N. FAX, E-MAIL, N. C/C, ETC.
 - ISCRIZIONE ALBO, TASSE ECC.
 - POLIZZA WILLIS
 - CREDITI ECM
 - RICONOSCIMENTO TITOLI STRANIERI
 - CASSA PREVIDENZA

RELAZIONE DEL TESORIERE

Dopo la relazione del Tesoriere, Simona Maspero, e la Relazione di Laura Bazzoli Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti, seguono le:

OPERAZIONI DI VOTO DEL BILANCIO CONSUNTIVO 2005

E' stato consegnato un tesserino di voto, in numero identico alla capacità di espressione di voto che il singolo iscritto ha : 1, 2 o 3 a seconda del numero delle deleghe ricevute (ogni iscritto non può essere investito di più di due deleghe).

I presenti sono: 41, i deleganti sono 16 e, quindi, la capacità di espressione di voto e' di 57 voti.

La messa in votazione del bilancio consuntivo 2005 da il seguente risultato delle operazioni di voto :

Favorevoli n° 57
Contrari n° 0
Astenuti n° 0

OBIETTIVI ED ATTIVITA' PER IL 2006

In questa relazione è riportata una sintesi delle attività che il Collegio intende svolgere attraverso il lavoro delle sue commissioni e soprattutto gli obiettivi operativi che queste si pongono per il triennio 2006-2008.

COSA VOGLIAMO FARE:

1. Seguire l'evoluzione relativa alla riforma del sistema ordinistico nazionale e nel frattempo:

- a) Contrastare il rischio di esercizio abusivo della professione;
- b) Garantire l'iscrizione all'Albo, degli aventi diritto, la tenuta dello stesso, certificando, agli Enti che lo richiedono, il possesso e il mantenimento del requisito da parte degli iscritti.

2. Favorire la crescita professionale degli iscritti assicurando l'accreditamento professionale:

- a) certificando il percorso formativo dei professionisti;

- b) certificando la periodica revisione delle competenze dei professionisti;
- c) Favorendo l'accreditamento professionale anche con iniziative formative accreditate ECM;
- d) Sviluppando la cultura dell'accreditamento fra gli iscritti.

3. Promuovere la visibilità della professione

- a) garantendo un confronto permanente con il Coordinamento Collegi IPASVI della Lombardia, la Regione, l'Università, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni e le istituzioni ed Enti locali.
- b) Consolidare il sistema comunicativo in atto attraverso il mantenimento e lo sviluppo delle riviste Tempo di Nursing e Tempo di Nursing News e del sito internet "www.ipasvibs.it".
- c) Fornire ai cittadini l'opportunità di reperire informazioni inerenti il Collegio IPASVI di Brescia, e dei Professionisti iscritti, tramite la consultazione on-line del sito web.
- d) Promuovere la visibilità della categoria sui media locali.
- e) Attivare un servizio convenzioni.

4. Libera Professione

- a) Sostenere e promuovere la libera professione mediante incontri di consulenza ai colleghi interessati ad attivare e a gestire modalità di esercizio libero professionale;
- b) Difendere il decoro della professione contro il lavoro nero e "la somministrazione di lavoro" che sta espandendosi approfittando della situazione di debolezza in cui si trovano ad operare i colleghi provenienti da Paesi non UE;
- c) Contrastare la concorrenza sleale;
- d) Intervenire a livello locale, in sinergia con il Coordinamento Collegi IPASVI della Lombardia, e di concerto con le OO.SS. nel promuovere la trasformazione delle prestazioni aggiuntive in attività libero professionale.
- e) Garantire l'aggiornamento dell'elenco degli iscritti che esercitano la libera professione, sia che venga svolta in forma individuale che in forma associata.

COME REALIZZARE GLI OBIETTIVI

Anche per il 2006 il Collegio IP.AS.VI. di Brescia intende strutturare le attività, delle varie commissioni, come asse portante per rendere concreti gli obiettivi programmatici.

Per realizzare ciò è necessario incrementare la partecipazione degli iscritti alle attività delle commissioni del Consiglio Direttivo.

Il mio è un invito affinché qualcuno offra la sua adesione.

Le commissioni attive sono:

ELENCO COMMISSIONI

Commissione Libera Professione

Referente Giovanna Bertoglio, Brodini Giandomenica, Carlot Laura

Comitato Tecnico Scientifico

Responsabile Federica Renica, Bazzana Stefano, Bazzoli Laura, Tarantini Francesco, Carli Emma, Pasotti Elena, Noci Carla, Zeziola Francesco

Commissione Pareri Legali- Fiscali-Professionali

Responsabile Federica Renica, Angelo Benedetti, Bertoglio Giovanna, Brodini Giandomenica

Sito Web

Responsabile Federica Renica

Comitato di Redazione Rivista Tempo di Nursing

Referente Stefano Bazzana, Bazzani Maria Lorena, Carlot Laura, Crotti Partel Moreno, Ferrari Angela, Guerriero Guglielmo, Noci Carla, Pace Stefania, Prandelli Claudio, Pantaleo Francesco

Pubbliche Relazioni

Referente Stefano Bazzana

CIVES

Rappresentanti del Collegio: Tomaselli Lidia e Busi Paola

Consulta provinciale educazione alla salute dell'ASL

Referente Giandomenica Brodini

Comitato Etico – Spedali Civili

Referente Stefano Bazzana, sostituto Angelo Benedetti

Coordinamento Regionale Collegi IPASVI Lombardia

Federica Renica e/o Bertoglio Giovanna

Rapporti con Federazione Nazionale Collegi-Consigli Nazionali

Federica Renica e/o Bertoglio Giovanna o altro Consigliere

Commissione esami – formazione cittadini stranieri

Referente Angelo Benedetti, Micheli Elisa, Matteotti Desiree', Busi Paola, Tomaselli Lidia

Commissione Accreditamento Professionale

Referente Prandelli Claudio, Bazzana Stefano, Benedetti Angelo, Tomaselli Lidia, Matteotti Desiree' Cavagnini Lorena

Responsabile sistema qualità:

Bazzani Maria Lorena

Responsabile Sicurezza:

Bazzani Maria Lorena

Addetto al servizio di Pronto Soccorso Aziendale:

Valeria Gelmi

PRIMA DI LASCIARE LA PAROLA AL TESORIERE

Un ringraziamento anche ai professionisti consulenti che ci aiutano in tutti

quei campi, non specifici della professione infermieristica, ritenuti indispensabili per la funzionalità del Collegio e a tutti gli iscritti che partecipano, in vario modo, alla vita del Collegio.

OPERAZIONI DI VOTO DEL BILANCIO PREVENTIVO 2006

E' stato consegnato un tesserino di voto, in numero identico alla capacità di espressione di voto che il singolo iscritto ha: 1, 2 o 3 a seconda del numero delle deleghe ricevute.

I presenti sono: 41, i deleganti sono 16 e, quindi, la capacità di espressione di voto e' di 57 voti.

La messa in votazione del bilancio preventivo 2006 da il seguente risultato delle operazioni di voto:

Favorevoli n° 57

Contrari n° 0

Astenuti n° 0

MOZIONE AUMENTO DELLA QUOTA

Dal punto di vista economico questo Consiglio porta all'attenzione dell'Assemblea la valutazione di aumento della quota per onerosità nel sostegno a tutte le attività in essere e si propone l'acquisto della sede. Valutati gli obiettivi da raggiungere, alla luce della continuità e delle trasformazioni in atto, si chiede la fiducia e l'approvazione degli iscritti alla mozione proposta.

Dopo discussione che vede Serafino Tregambe proporre la quota aumentata a Euro 70 per l'acquisto della sede del Collegio come luogo più adatto alle attività anche di formazione, convegni ecc. con una capacità ampia di parcheggio, e Laura Bazzoli che è d'accordo solo se si pone un termine di 2 anni, si definisce un aumento della quota di Euro 20 per 3 anni rivalutabile al nuovo rinnovo di cariche fra tre anni.

La messa in votazione dell'aumento della quota da il seguente risultato delle operazioni di voto :

Presenti n° 65

Favorevoli n°64

Contrari n°1 Anselmini (chiede un aumento più contenuto ma più prolungato nel tempo)

Astenuti n° 0

Vanna Pelizzoli evidenzia che i colleghi non hanno il senso di appartenenza (vedi la scarsità dei partecipanti all'assemblea e alle elezioni) che, secondo lei, è dovuto ai dirigenti dell'assistenza che non trasmettono questo valore. Denuncia anche la criticità della formazione degli OSS, dovuto ad agenzie formative che non sono adeguate e per il divario dei contenuti del programma.

Suggerisce di investire di più in formazione, come anche Serafino Tregambe sostiene, e di spostare Euro 5000 dagli impegni istituzionali alla formazione.

La proposta viene accolta con la seguente votazione

Presenti n° 65, Favorevoli n° 46, Contrari n° 4, Astenuti n° 5

Pelizzoli stimola altresì il Collegio a prendere in considerazione di coinvolgere maggiormente gli esterni per la partecipazione alle Commissioni e di dare ospitalità alle Associazioni che non vengono riconosciute.

Luca Maffei sostiene invece che da 3 anni le Associazioni sono riconosciute dal Collegio.

Pelizzoli sostiene che la rivista "Tempo di Nursing" in cartaceo deve essere eliminata perché eccessivamente costosa, ma messa a disposizione sul sito.

Si ritiene di valutare cosa è opportuno fare dopo l'invio, agli iscritti, del questionario di gradimento della rivista. Sarà il Consiglio Direttivo a decidere sulle azioni da intraprendere dopo elaborazione dei questionari.

I risultati saranno comunicati agli iscritti.

PREMIATI 35 ANNI DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PER UNA FESTA "PARTECIPATA"

Nel corso dell'assemblea ordinaria annuale degli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia, come di consueto, abbiamo voluto premiare chi per 35 e, per la prima volta, per 50 anni ha mantenuto l'iscrizione al Collegio. In questo modo hanno affermato il loro senso di identità e di appartenenza alla professione.

Affinché il percorso fatto da questi professionisti sia visibile, e apprezzato da tutta la comunità, di seguito riportiamo una loro breve biografia.

PREMIATI PER I 35 ANNI DI ISCRIZIONE BAZZOLI LAURA

Diplomata nel 1971 iscritta al Collegio il 11/25/1971 come IP

Carissimi colleghi, penso sia un esercizio inutile ed una noia mortale descrivervi la mia storia professionale poiché i 35 anni di iscrizione all'Albo e di esercizio professionale sono già di per sé eloquenti.

Vorrei invece fare una breve riflessione rivolta prima a me stessa, e poi da condividere con voi tutti, sul senso della professione infermieristica oggi. La Professione Infermieristica oggi ha raggiunto dei traguardi importanti con l'istituzione dei corsi di laurea di 1° livello e della laurea magistrale, ma se non si recupera il senso, la ragione e la motivazione della necessità di una professione così importante per la nostra società, questi importanti traguardi non servono a nulla.

BENUZZI MIRIAM

Diplomata nel 1970 a BRESCIA iscritta al Collegio 25/11/1971 come AS
Subito dopo aver conseguito il diploma di AS ho lavorato come ferrista
presso la sala operatoria dell'Osp. Civile di Iseo.

E' stata una esperienza bellissima e interessante che purtroppo dopo solo
un anno ho dovuto abbandonare per problemi di salute.

Successivamente ho fatto varie supplente presso l'istituto INAM di Breno
dove lavorava come infermiera anche mia madre. Dopo aver superato il
concorso nazionale a Roma (scritto e orale) sono stata assunta alla sede
INAM di Darfo B.T., divenuta in seguito ASL, svolgendo la mia attività
presso i vari ambulatori specialistici e visite fiscali. Nel frattempo ho
prestato servizio come volontaria presso l'Avis e al Centro di Medicina
sportiva. Dal gennaio 1994 sono in pensione perché in quel periodo c'era
bisogno di me come mamma, moglie e soprattutto come figlia poiché aven-
do i genitori anziani avevano bisogno di assistenza.

BERTINI ANGELA

Diplomata nel 1970 a Brescia iscritta al Collegio nel 9/6/1971 come IP
1970 Diploma di Infermiera professionale Presso scuola Paola di Rosa.
1971 Iscrizione Albo professionale.

1970-71 Attività professionale presso il Reparto di Medicina Interna
dell'Ospedale Civile di Darfo B.T.

1971-72 Conseguimento diploma AFD presso Istituti Clinici di perfeziona-
mento Milano.

Attività professionale presso i reparti di Chirurgia Infantile e di Medicina
del lavoro degli istituti Clinici di perfezionamento di Milano presso il
Reparto di Nefrologia e Dialisi Spedali Civili di Brescia.

1972-1980 Svolgimento dell'attività professionale in qualità di Capo
Sala presso la divisione di Medicina Interna, Reparto di Dialisi Ospedale
Civile di Darfo Boario Terme.

Direzione della Scuola per Infermiere Generiche dell'Osp. Civile di Darfo
Boario Terme e insegnamento presso la stessa.

1980-1986 Attività di Capo Servizi Sanitari Ausiliari presso L'Ente
Ospedaliero di Breno e Darfo

1986 Prepensionamento

1997-2006 Attività libero professionale dal 2000 ad oggi presso la RSA
ondazione fratelli Bona di Capo di Ponte in qualità di coordinatrice del per-
sonale e capo sala.

BIONDI ANGIOLA

Diplomata nel 1969 a Parma iscritta al Collegio 11/09/1971 come IP

CAPPELLI RENATA SR.ROSETTA

Diplomata nel 1970 a Brescia iscritta al Collegio nel 23/1/1971 come IP

CATTANEO BATTISTINA

Diplomata nel 1970 a Milano iscritta al Collegio il 9/6/1971 come IP
Inizio attività come ausiliaria nel 1965 presso l'Istituto Palazzolo di
Milano presso il quale ho frequentato la Scuola per I.P. conseguendo il
diploma nell'anno 1971

Dal 1971 al 1974 in servizio presso l'Ospedale dei Bambini Umberto I
di Brescia.

Dal 1974 al 1985 presso l'Ospedale "La Memoria" di Gavardo.

Pensionata nel 1985 inizio la libera professione nel 1988 cessando per
motivi di salute nel 1998.

COMINELLI GIULIANA

Diplomata nel 1969 a Biella iscritta al Collegio il 9/6/1971 come IP

FRANZINELLI DONATELLA

Diplomata nel 1970 a Brescia iscritta al Collegio il 25/11/1971 come AS

GAFFURINI BRUNA

Diplomata nel 1970 a Brescia iscritta al Collegio il 29/12/1971 come AS.

Formata presso la Scuola Paola di Rosa di Brescia conseguendo il diploma
di Infermiera Professionale Assistente Sanitaria ed il certificato di abili-
tazione a funzioni direttive.

Si è diplomata I.I.D. nel 1979 presso la Scuola Universitaria di Discipline
Infermieristiche dell'Universitaria degli Studi di Milano discutendo una
tesi sperimentale ad indirizzo sociopedagogico.

Ho esercitato la professione presso gli Spedali Civili di Brescia in qualità
di Capo Sala presso varie Divisioni e l'Ufficio Infermieristico. Ha diretto
le scuole e i corsi di specializzazione dell'Ente Tecnici di Radiologia,
Terapisti della Riabilitazione, Tecnici di Laboratorio, Tecnici di nefrologia,
Tecnici di assistenza chirurgica.

E' stata vice-Direttrice della Scuola Paola Di Rosa presso la quale ha
anche insegnato sia nei corsi della sede che delle sezioni coordinate di
Gavardo e Breno.

Ha inoltre svolto incarichi di docenza ai corsi per Operatori della pro-
vincia di Brescia alla scuola per infermieri professionali del Policlinico di
Milano, alla Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche dell'uni-
versità degli Studi di Milano, alla scuola Universitaria di Discipline
Infermieristiche dell'Università degli Studi di Milano, ai corsi di aggiorna-
mento della provincia di Trento.

Nell'anno 1981 ha assunto la direzione della Scuola per Infermieri
Professionali di Desenzano del Garda, Castiglione delle Stiviere che ha
condotto fino al 1989.

In seguito è stata consulente delle U.S.S.L. N. 40, U.S.S.L. N. 44 e innume-
revoli Direzioni di Istituti scolastici di ogni ordine e grado della Provincia
di Brescia per il coordinamento e la conduzione di attività di formazione
nell'ambito della prevenzione primaria del disagio giovanile, dell'educa-

zione sanitaria, dell'educazione alla sessualità e della socio-affettività rivolte ad alunni, genitori e insegnanti.

MARCHIORI FIORELLA SR.MARINA

Diplomata 1958 a Roma iscritta al Collegio il 9/6/1971 come IP

MONTI SANTINA SR.MARIA

Diplomata nel 1957 a Brescia iscritta al Collegio il 18/12/1971 come IP

PECORINI RITA

Diplomata nel 1971 a Brescia iscritta al Collegio il 29/12/1971 come AS

PERONI ANGELICE

Diplomata nel 1970 a Brescia iscritta al Collegio il 18/2/1971 come AS

SALVONI ANNA MARIA

Diplomata nel 1970 a Como iscritta al Collegio il 25/11/1971 come AS

1969 Diploma IP Scuola S.Anna Osp. Como

1970 Diploma ASV "Scuola Paola di Rosa" "Spedali Civili Brescia"

1975 Diploma AFD Scuola Paola di Rosa

1987 Diploma Dirigente Ass. Infermieristica "Policlinico Gemelli Roma"

1970/1976 IP Spedali Civili di Brescia

1976/1993 ASV Servizio Medicina Preventiva Spedali Civili di Brescia

Per un triennio Consigliere (Segretaria) IPASVI di Brescia

1978 -1992 Guido tirocinio Studenti ASV Scuola Paola di Rosa

1980-1983 Segretaria ACOS e fino al 1988 Progettatore attività di aggiornamento ACOS

Docente presso la Scuola I.P. Paola di Rosa e presso la Scuola APICOLF di Brescia.

Attualmente impegnata nel volontariato ad Orzinuovi: Centro Diurno Anziani "Scuola alfabetizzazione Badanti"

Impegnata nella composizione del "Bollettino Parrocchiale"

Attività Teatrali come costumista.

TERENGI GABRIELLA

Diplomata nel 1971 a Brescia iscritta al Collegio il 11/09/1971 come AS

TREGAMBE SERAFINO

Diplomato nel 1962 a Milano iscritto al Collegio il 9/6/1971 come IP

Infermiere psichiatrico presso le strutture dei Fatebenefratelli

IP Ospedale di Erba Como Fatebenefratelli

IP presso la IV Medicina Spedali Civili, Gussago

Capo Sala P.S. Chiari

C.S.S.A. Ospedale dei Bambini Brescia per due anni

Operatore Professionale Dirigente Ospedale Chiari-Rovato

Dirigente del Personale Infermieristico e non con compiti della Formazione presso "Azienda Sanitaria M.Mellini di Chiari"

Attualmente libero professionista presso "Casa di cura S.Clemente Mantova congregazione Ancelle delle Carità."

PREMIATI PER I 50 ANNI DI ISCRIZIONE

BONOMI VENANZIA SR. LUCIA

Diplomata nel 1949 iscritta al Collegio il 26/05/1955 come IP

BOTTELLI MARIA LUCIA SR.COSTANZA

Diplomata nel 1949 a Brescia iscritta al Collegio il 26/6/1955 come IP

CANTONI MARIA TERESA

Diplomata nel 1954 a Brescia iscritta al Collegio il 26/6/1955 come AS
1954/1959 Ufficio Igiene di Brescia – Servizio medico scolastico –
Servizio vaccinale – Servizio profilassi.

1959/1975 Opera Nazionale Maternità e Infanzia X° Zona ValleSabbia

1976/1992 Servizio nel caos della Riforma Sanitaria(Consorzi Sanitari,
USSL, ASL, Consultori famigliari, etc.)

Attività presso il Collegio IP.AS.VI di Brescia

Dal 1960 al 1963 Consigliere

Dal 1963 al 1987 Presidente

FERRARI ADA SR. NAZARENA

Diplomata nel 1947 a Brescia iscritta al Collegio il 26/6/1955 come IP

GELMI JOLE SR.ENRICA

Diplomata nel 1953 a Brescia iscritta al Collegio il 26/6/1955 come IP

LUSSIGNOLI LIDIA SR.ADELAIDE

Diplomata nel 1940 iscritta al Collegio il 26/6/1955 come IP

MAGONI GIULIA SR. PAOLINA

Diplomata nel 1949 a Brescia iscritta al Collegio il 26/6/1955 come IP

PODAVINI MARIA SR. TERESA

Diplomata nel 1954 a Brescia iscritta al Collegio il 26/6/1955 come IP

SAVOLDI INES

Diplomata nel 1954 a Brescia, iscritta al Collegio il 26/6/1955 come AS

Dal 1958 ho lavorato all'Ufficio Igiene;

Ufficio vaccinazioni dove avevo il consultorio pediatrico;

Scuola materna elementare e media, con compilazione di cartelle sanitarie per visite mediche, prevenzione malattie infettive (con tamponi orali e esami) e controllo vaccinazioni, inchieste domiciliari; dimessi dai sanatori (per TBC) e per richiesta assistenza patronato. Preparazione di cartelle per ragazzi per colonie invernali o estive.

Vi ringrazio per la fiducia accordata, con l'espressione delle votazioni, al Consiglio Direttivo.

UN GRAZIE E UN SALUTO A TUTTI

Legge 21 febbraio 2006, n°49

Presentazione a cura di **Stefano Bazzana**

C'è molto dibattito quest'anno sul tema degli oppioidi perché il 21 febbraio è stata promulgata la Legge n° 49, che al di là del titolo un po' fuorviante, rappresenta in realtà il nuovo Testo Unico sugli stupefacenti¹. Gli Spedali Civili di Brescia hanno già promosso una giornata di studio per farmacisti, medici e infermieri con il patrocinio, fra gli altri, dell'IPASVI e, sempre a Brescia, la Società Italiana di Cure Palliative terrà un convegno il 24 novembre prossimo. L'emanazione di questa legge infatti è stata vista da più parti come un'occasione per parlare (o riparlare) di temi come la gestione degli stupefacenti, il recupero dei tossicodipendenti, ma soprattutto della terapia del dolore. La semplificazione apportata in passato, con leggi ad hoc, alla ricetta di questi farmaci aveva fatto sperare in una incentivazione dei trattamenti, soprattutto in ambito oncologico. In realtà in Italia siamo messi veramente male, addirittura dietro la Grecia. Non sono nuove leggi che servono pare, a frenare l'utilizzo degli oppioidi sono i pregiudizi.

Il pregiudizio che il dolore sia inevitabile, perché connesso alla malattia, l'associazione della morfina per uso terapeutico con le sostanze stupefacenti che inducono assuefazione, le difficoltà burocratiche nella prescrizione dei farmaci oppioidi, l'accettazione rassegnata alla sofferenza fisica, hanno impedito di concepire la terapia del dolore come un obbligo terapeutico e un preciso dovere di cura. L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma: "Troppo spesso i malati considerano normale la sofferenza fisica, un ineluttabile tributo da pagare alla malattia. E gli stessi medici sembrano poco sensibili al problema". Un quarto della popolazione italiana soffre di dolore cronico, in media, da 7,7 anni; nelle aree chirurgiche, si stima una sofferenza intorno al 60% dei ricoverati; nei Pronti Soccorsi, i pazienti traumatizzati soffrono dolori lancinanti durante le manovre di riduzione delle fratture; nei malati all'ultimo stadio, frequentemente, la terapia analgesica è inadeguata; nei

ASPETTI GIURIDICI

Legge 21.02.2006, N° 49

"Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi"

pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 48 del 27 febbraio 2006 - Supplemento Ordinario n. 45

L'emanazione della legge 49 sugli oppioidi è stata vista da più parti come un'occasione per parlare (o riparlare) di temi come la gestione degli stupefacenti, il recupero dei tossicodipendenti, ma soprattutto della terapia del dolore. L'infermiere ricopre un ruolo centrale nell'informazione e nel trattamento del dolore poiché rispetto ad altre figure sanitarie è quella che rimane più tempo a contatto diretto con il malato ed è sicuramente anche quella che meglio di altri può valutare l'efficacia della terapia analgesica impostata. Anche il codice deontologico degli infermieri indica come dovere quello "di attivarsi per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili" della malattia (art. 4-14), tra i quali ha un ruolo prevalente il dolore.

¹ Il testo della Legge risulta molto corposo. Si è deciso pertanto di pubblicarlo integralmente sul sito del Collegio www.ipasvibs.it nell'area download.

malati cronici senza prevedibile guarigione non c'è impiego di analgesici efficaci; negli accertamenti diagnostici invasivi, quando sarebbe agevolmente attuabile, non viene praticata alcuna riduzione dell'ansia e del dolore, ecc. ecc.

E gli Infermieri?

L'attuale codice deontologico della professione infermieristica si ispira ai principi e agli orientamenti del Comitato Nazionale di Bioetica, con importanti cambiamenti che si registrano nell'evoluzione dei codici: mentre la versione del 1977 indicava come dovere dell'infermiere quello di aiutare il paziente a "sopportare la sofferenza", nella recente versione del codice del 1999 viene indicato come dovere quello "di attivarsi per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili" della malattia (art. 4-14), tra i quali ha un ruolo prevalente il dolore. Il trattamento del dolore è tuttavia del tutto insoddisfacente nella pratica quotidiana, e questa realtà è comune a gran parte degli Ospedali del nostro Paese. Il paziente stesso poi è convinto che un certo grado di sofferenza debba far parte del suo iter terapeutico e subisce passivamente tale realtà. Per fortuna da alcuni anni si è imposta la convinzione che non è più moralmente ed eticamente accettabile non alleviare il dolore (postoperatorio, oncologico...) e che il suo trattamento è parte centrale delle cure mediche e infermieristiche. Quindi è dovere degli operatori sanitari riuscire a fare cambiare le aspettative del malato per il sollievo del suo dolore e a soddisfare in tal senso le sue richieste. L'infermiere ricopre un ruolo centrale nell'informazione e nel trattamento del dolore poiché rispetto ad altre figure sanitarie è quella che rimane più tempo a contatto diretto con il malato ed è sicuramente anche quella che meglio di altri può valutare l'efficacia della terapia analgesica impostata. Per quanto riguarda ad esempio il dolore post operatorio un recente studio condotto in Svezia e pubblicato sulle riviste specializzate ha dimostrato una maggiore qualità del trattamento del dolore post operatorio qualora sia coinvolto lo staff infermieristico. L'intensità del dolore viene misurata ogni 3 ore assieme alla rilevazione dei parametri vitali e tutti i pazienti che superano una precisa soglia ricevono un pronto trattamento analgesico. Esiste poi una figura di infermiera responsabile che giornalmente fa la verifica tra i reparti e ha funzioni di coordinamento dell'attività tra lo staff infermieristico delle corsie chirurgiche e il servizio di anestesia che è il diretto responsabile della terapia. Tale infermiera ha poi compiti di addestramento del personale e di verifica trimestrale dell'attività svolta e regolarmente si promuovono riunioni di aggiornamento e revisione dei protocolli. Tale sistema si è rivelato semplice, efficace e molto meno costoso rispetto ad altri sistemi di gestione (es. USA) che prevedono la figura medica per le verifiche del trattamento del dolore.

Gli oppioidi e i loro derivati

Con il termine oppioide si indicano le sostanze derivate dall'oppio, come la codeina, la morfina, che ne è l'alcaloide principale, e gli altri derivati semisintetici di quest'ultima molecola, prima fra tutti la diacetilmorfina: l'eroina. Esistono forti somiglianze strutturali tra alcune parti delle molecole di oppioidi e le endorfine. Per questa ragione, gli oppioidi sono in grado di modulare le funzioni dei neuroni che presentano recettori per le endorfine, legandosi ad essi. Gli effetti indotti dall'assunzione di oppioidi, pertanto, sono mediati dalle alterazioni funzionali da essi prodotte sulle strutture cerebrali in cui sono localizzati i recettori per le endorfine.

Problemi connessi all'abuso di oppioidi

La patologia più importante direttamente legata all'abuso di oppioidi è la sindrome da iperdosaggio, l'overdose. Il sintomo più grave dell'iperdosaggio da oppioidi è la depressione respiratoria, che può portare alla morte immediata per insufficienza respiratoria, per asfissia. Marcata è anche una generale inibizione delle funzioni del sistema nervoso centrale che può portare al coma. E' presente quindi una grave depressione cardiovascolare che determina notevoli alterazioni nei processi di scambio dei liquidi tra sistema circolatorio e tessuti e quindi formazione di edemi, soprattutto del cervello e dei polmoni. I

decessi da complicazioni da overdose sono dovuti nella maggior parte dei casi a gravi edemi cerebrali acuti. L'overdose può causare inoltre gravi problemi vascolari, come la formazione di trombi nelle arterie cerebrali. L'occlusione delle arterie determinata dalla presenza dei trombi provoca una ischemia delle cellule cerebrali e quindi la loro morte. La gran parte dei decessi connessi all'uso di eroina, tuttavia, non sembra imputabile a iperdosaggio dell'oppioide. La morte da reale overdose generalmente si dà nei soggetti che non hanno sviluppato tolleranza alla droga, e questo non è il caso dei tossicodipendenti, ma di coloro che assumono eroina per la prima volta o dei tossicomani disintossicati che si riavvicinano nuovamente all'eroina. Per comprendere le cause dei decessi dei tossicodipendenti, in numero di gran lunga superiore a quello registrato nelle fila dei neofiti dell'eroina, invece, occorre tenere presente, in primo luogo, che l'eroina di strada è una miscela di più sostanze e che molto spesso l'auto-somministrazione della droga è accompagnata dall'assunzione di altre sostanze intossicanti, come droghe diverse dall'eroina, alcool e psicofar-



maci come benzodiazepine e barbiturici. Ancora frequenti sono inoltre i casi di morte per shock anafilattico, per reazioni immunitarie acute alle sostanze da taglio o ad altre impurità presenti nell'eroina "da strada".

Rischi legati alla proibizione

A parte il suo costo assurdo, l'eroina da strada è spesso contaminata da microrganismi patogeni o mescolata a "tagli" potenzialmente tossici, e quindi è ben lontana dall'aver le caratteristiche farmaceutiche richieste a una sostanza iniettabile. I rischi dell'uso di eroina illegale sono appunto l'overdose, perché la dose effettivamente assunta è imprevedibile, dato che quello che si compra come "eroina" può avere concentrazioni variabili dall'1 all'80% di sostanza attiva; tutti quelli connessi alle iniezioni fatte senza rispettare le regole: al primo posto le infezioni - flebiti, epatiti, endocarditi, AIDS, ecc. - perché l'eroina stessa è contaminata, perché si usano strumenti non sterili, perché non ci si disinfetta la pelle, perché si usano siringhe già usate da altri.

Il nodo vero è la dipendenza psicologica

Da un punto di vista clinico, interrompere la dipendenza fisica è relativamente semplice: oppioidi o cocaina che sia, la spinta fisica si esaurisce nell'arco di giorni, non mesi. La dipendenza psicologica, però, è altra cosa. Lo prova indirettamente il fatto che i malati di tumore, anche se trattati ad alti dosaggi di analgesici oppioidi, ben difficilmente sviluppano la dipendenza psicologica. E su questo presupposto, per gli oppioidi, si basano le terapie sostitutive a base di sostanze che mimano gli effetti dell'oppiode ma con profili d'azione più blando e duraturo, come nel caso del metadone. Qui si intersecano due filosofie di intervento: si può cercare, anche con interventi drastici, di rimuovere la dipendenza fisica e poi agire con la terapia di supporto psicologico per rimuovere le condizioni che hanno portato la persona

all'uso della droga. Un'altra possibilità, ed è stata sostenuta a lungo anche negli Stati Uniti, è ricorrere alla terapia sostitutiva non in funzione di svezzamento ma di mantenimento. Somministrare il metadone consente di spegnere nella persona lo stimolo a ricercare la droga, il che significa limitare le attività criminali (prostituzione, furti, scippi...) e anche svuotare la micro-economia criminale che si sviluppa attorno alla tossicodipendenza (chi ricetta autoradio e motorini?) e la macro-economia dello spaccio. Alcuni studi hanno sostenuto che questo approccio spesso falli-



sce soltanto perché si somministra il metadone a dosi insufficienti. Forse, come in tutta la sfera del comportamento umano è la sintesi dei diversi approcci che funziona.

Conclusioni

Dopo aver brevemente accennato (senza alcuna pretesa di esaustività) al problema della dipendenza e del dolore postoperatorio vorrei concludere con due parole ancora sul dolore oncologico, in particolare in ambito domiciliare. I dati epidemiologici attualmente indicano chiaramente che le persone malate di cancro che richiederanno in futuro un trattamento del dolore è in continua ascesa. La cura di questi pazienti, spesso terminali, nei servizi domiciliari richiede medici, infermieri ed altre figure sanitarie che sappiano poi delegare un ampio numero di responsabilità ai pazienti e alle loro famiglie. Per questi pazienti sono essenziali vie alternative di somministrazione di oppioidi che siano sicure, semplici ed efficaci. Ricerche urgenti (perché no, anche infermieristiche) sono necessarie su questa materia e, per di più, applicabili in ambiente domestico. Tecniche tradizionali di valutazione e trattamento potrebbero subire modificazioni sostanziali in modo da raggiungere favorevolmente, a casa dei pazienti, gli obiettivi di sicurezza, efficacia e gradimento del paziente. Queste modifiche in ogni caso sono necessarie vista la difficoltà di trasferimento dei risultati ottenuti nella ricerca ospedaliera in ambito domiciliare. L'infermiere inoltre non ha a disposizione solo l'uso dei farmaci, ma può avvalersi di tecniche relazionali, educative ed anche complementari. "Le cure infermieristiche complementari sono cure 'olistiche' o 'naturali' che possono essere utilmente affiancate alle cure ufficiali, sia infermieristiche, sia mediche e possono essere parte integrante del piano di cura. Non si fermano alla malattia o all'organo colpito, ma a tutti gli effetti possono essere considerate 'cura della persona' (...) Riconoscono come fondamentale la creazione di un ambiente relazionale fra curante e pazienti"².

Un esempio di ricerca infermieristica in questo campo è stato pubblicato sul n° 3/2005 della Rivista Italiana di Cure Palliative. Un gruppo di colleghi ha condotto uno studio prospettico (non controllato), comunque molto originale dal titolo "Il Reiki nell'assistenza infermieristica al paziente anziano con neoplasia avanzata". La ricerca ha dimostrato che la tecnica (peraltro di facile acquisizione) contribuisce ad alleviare i sintomi correlati alla malattia neoplastica e migliora la qualità dell'assistenza.

² Bini B., Brizio E. et al.,
Bienne Guida per un percorso di
Alta Formazione in infermieristica e Cure Complementari,
Federazione Nazionale IPASVI,
Roma, 2002

Questionario per la rilevazione del fabbisogno formativo degli iscritti al Collegio IP.AS.U.I. di Brescia

Premessa

La formazione continua e l'aggiornamento professionale costituiscono uno dei cardini sui quali si fonda la professione infermieristica.

Tale affermazione è supportata dall'art. 3 – punto 3.1 del Codice deontologico che recita: “L’infermiere aggiorna le proprie

conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull’esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L’infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l’assistenza più efficaci. L’infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l’assistenza infermieristica”.

Il tema della formazione continua e dell’aggiornamento professionale dei professionisti della salute è stato sancito, peraltro, dal Ministero della Salute prima e dalla Regione Lombardia oggi con la DGR 5 agosto 2004, n. 7/18576 che detta le linee di indirizzo per l’attivazione del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) in Lombardia.

L’idea guida di questo Collegio, al fine di sostenere gli infermieri nel fondare il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate, è quella di attivare eventi formativi scelti sulla base degli effettivi bisogni dei propri iscritti .

Scopo generale dello studio

Tale studio si prefigge 2 scopi:

- Il primo riguarda la progettazione di eventi formativi, da realizzare nel corso dell’anno 2007, su argomenti che avranno ottenuto il maggior numero di consensi
- Il secondo riguarda le modalità di iscrizione ai corsi e alcuni aspetti organizzativi

Scelta degli obiettivi formativi

Nel presente studio, gli obiettivi formativi da sottoporre ad indagine sono gli obiettivi formativi definiti dalla Conferenza permanente per i rapporti

COMUNICAZIONI COLLEGIO

Il **questionario** che trovate al centro della rivista va compilato e rispedito al **Collegio** nel più breve tempo possibile.

Il modulo è stato formattato affinché sia possibile ritaglierlo in formato **A4**, in modo da poter entrare in tutti i fax.

Ovviamente ricordate di inviare ambedue le facciate.

Il numero di fax del Collegio è: **030.43194**

tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Ciascun evento inserito nel sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) per ottenere i crediti formativi deve necessariamente far riferimento ad uno di essi.

L'espressione delle vostre preferenze determineranno la qualità, l'efficacia e la rispondenza del servizio offerto agli effettivi bisogni degli iscritti al Collegio IP.AS.VI di Brescia.

La loro individuazione costituisce un momento fondamentale dell'intera iniziativa.

Il Questionario

Il questionario, che costituisce un importante momento per l'individuazione dei bisogni degli iscritti, è strutturato in 6 parti:

1. Dati anagrafici
2. Obiettivi formativi
3. Interesse per l'aggiornamento professionale
4. Disponibilità
5. Modalità di iscrizione
6. Eventuali osservazioni

Le risposte verranno utilizzate solo allo scopo qui dichiarato del questionario, nel rispetto delle norme sulla privacy secondo la legge 196/2003.

Per qualsiasi chiarimento rivolgersi alla Segreteria del Collegio IP.AS.VI.

AVVISI AGLI ISCRITTI

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA
Collegio Provinciale di Brescia

Gentile Collega,
ti ricordiamo di seguito:

l'indirizzo del sito Web:
www.ipasvibs.it

l'indirizzo e-mail:
info@ipasvibs.it

i numeri di telefono e fax:
030 291478 / 030 43194



**Da lunedì 4 settembre 2006
gli orari di apertura al pubblico saranno:**

lunedì e giovedì - dalle 14,00 alle 17,00
martedì e venerdì - dalle 9,00 alle 11,00
mercoledì - CHIUSO

La pedagogia degli oppressi

Paulo Freire

EGA Editore 2002

a cura di **Carla Noci**

Pedagogista brasiliano, fondatore del Movimento di cultura popolare di Recife, Paulo Freire (1921-1997) propone in questo libro un'originale interpretazione del termine "oppresso": oppressi sono tutti coloro che vivono privi di libertà e che nemmeno la desiderano, perché della libertà hanno paura.

Tale paura, quasi sempre inconsapevole, deriva spesso da una condizione di svantaggio materiale, ma è sempre (e soprattutto) determinata da una povertà di strumenti culturali necessari per vivere in condizioni umanamente dignitose.

La paura della libertà è più diffusa di quanto si pensi, anche se molti lo negano e, per dissimulare i loro timori, si atteggiavano a zelanti difensori del diritto ad essere liberi.

Hanno paura della libertà gli oppressori, in quanto non vogliono condividere con altri una serie di privilegi che il caso, la fortuna e un certo tipo di ordine sociale consente loro di mantenere. Ma temono la libertà anche gli oppressi, indotti a credere che, in mancanza di imposizioni o comportamenti prescritti, non saprebbero più dove andare e che cosa fare.

Gli oppressi sono tali perché esistono gli oppressori, e questa ovvia verità, sostiene Freire, è tanto più inquietante quando si scopre che anch'essi "ospitano in sé l'oppressore". Questa è la ragione per la quale le più radicali e sanguinose rivoluzioni hanno sempre avuto, come effetto finale, solo quello di sostituire un oppressore con un altro, senza modificare la struttura delle relazioni fra sfruttatori e sfruttati.

Sotto accusa dunque, per Freire, è la mentalità, comune sia agli oppressori, sia agli oppressi, secondo la quale il mondo appare ineluttabilmente diviso fra chi comanda e chi ubbidisce, fra chi può sfruttare gli altri e chi si deve rassegnare ad essere sfruttato.

Questa visione della vita è così diffusa da non essere più neppure percepita come problema ed è diventata il modello di quasi tutte le relazioni umane.

Una volta risolto il problema dei mezzi basilari di sussistenza, lo svantaggio più grosso degli "straccioni", secondo Paulo Freire, non è la povertà materiale, ma la mancanza di quegli strumenti culturali minimi che consentono loro di percepire l'ingiustizia alla quale soggiacciono senza protestare. E l'ingiustizia più grossa, la più devastante e subdola, è quella di negare l'accesso ai mezzi di comprensione e di comunicazione, ossia agli strumenti necessari per potersi

SCAFFALE

*Agli straccioni nel mondo
e a coloro che in essi
si riconoscono
e così riconoscendosi
con loro soffrono
ma soprattutto con
loro lottano
(Paulo Freire)*



esprimere, per conoscere il mondo e saperlo trasformare insieme con gli altri, in condizioni di dignità e di libertà.

All'educazione, generatrice di libertà, Freire assegna il potere di cambiare il destino degli oppressi. "L'educazione" - scrive - è una pratica che genera libertà", assai più del denaro e del benessere materiale.

L'educazione fa sì che le persone abbiano parole alle quali affidare i propri pensieri sul mondo, pensieri che, diversamente, non potrebbero essere comunicati, discussi, criticati ed approfonditi, come si conviene agli abitanti di un mondo realmente "umano", ossia popolato da esseri liberi di parlare e di agire secondo quanto ritengono giusto per sé e per la collettività alla quale appartengono.

E la vera educazione, per Freire, non è quella accademica, spesso nozionistica e priva di autentico valore esistenziale per chi la acquisisce, ma è quella che porta a prendere coscienza del proprio "essere nel mondo", quella che consente di sviluppare la capacità di capire la radice dei problemi che assillano gli esseri umani e che consente di affrontarli attraverso la ricerca comune di strategie appropriate per la loro soluzione.

Le condizioni di vita "disumane" sono per lo più, secondo Freire, la conseguenza di un ordine ingiusto che non solo divide il mondo fra oppressori (pochi) e oppressi (assai più numerosi), ma crea anche i presupposti culturali perché gli stessi oppressi ritengano tale "ordine" giusto e immutabile.

La portata innovativa del messaggio di Paulo Freire continua ad essere, ancor oggi, enorme ed attuale, sebbene il testo sia stato scritto negli anni '70 con un linguaggio che molti giudicano ormai fuori moda. E' ingenuo credere che il vero "riscatto" dei poveri (di qualunque forma di "povertà" si tratti) possa essere tutelato da coloro che vivono in condizioni di privilegio. I ricchi possono avere anche gesti di grande generosità, ma non agiranno mai contro se stessi, rinunciando spontaneamente ai propri privilegi.

Chi vuole stare realmente dalla parte degli svantaggiati deve condividere con loro i percorsi per acquisire ed utilizzare gli strumenti della libertà, primi fra tutti l'istruzione e l'educazione.

Sembra, a prima vista, una posizione fortemente ideologica e poco concretizzabile nella pratica educativa. L'autore però ne ha sperimentato (e sofferto con l'esilio) la potenza innovatrice: nel Nordest del Brasile egli ha lavorato, nei cosiddetti "circoli di cultura", con persone adulte analfabete e ha osservato la loro graduale emersione dal silenzio e dalla passività.

Questi soggetti, inizialmente rassegnati a vivere in un sistema che impediva loro l'accesso all'istruzione basilare (dunque alla parola), si sono gradualmente impadroniti della capacità di mettere in discussione il proprio destino, imparando a non accettarlo come inesorabile fatalità e sperimentando la possibilità di progettare un futuro migliore per sé e per i propri figli.

"...il grande compito umanista e storico degli oppressi - scrive Freire- è liberare se stessi e i loro oppressori" perché l'educazione è una vera e propria "pratica di libertà".



CARLO MORI

*Guardami,
senza fretta...
intensamente...*

...Io ti parlo
tramite ogni
bellezza,
anche attraverso
un piccolo fiore!

Il nostro collega Carlo Mori ha pubblicato questa interessante raccolta di fotografie, un omaggio alla natura narrato con occhio spirituale. Parte del ricavato della vendita sarà devoluto in beneficenza; chi volesse ulteriori informazioni può rivolgersi in Collegio.



IPASVI-BS

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. L.27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Brescia.

Tempo di Nursing

Organo di stampa
del Collegio
Infermieri
Professionali,
Assistenti Sanitari
e Vigilatrici
d'Infanzia della
Provincia di
Brescia

numero 46
Settembre 2006

Editoriale.....	p. 1
Osservatorio.....	p. 3
Nursing e Ricerca.....	p. 11
Focus.....	p. 21
Aspetti Giuridici.....	p. 39
Comunicazioni Collegio.....	p. 43
Scaffale.....	p. 46