



# Sommario



## Per contattarci

### EDITORIALE DEL PRESIDENTE 1

### IN PRIMO PIANO 2

### APPROFONDIMENTI 5

- Il lavoro notturno in sanità sarà considerato usurante.
- "I medici temono il pieno riconoscimento degli infermieri".

### ARTICOLI ORIGINALI 7

- *Progetto di educazione terapeutica.*  
Prevenzione delle lesioni da pressione in assistenza domiciliare.
- L'efficacia del tutorato clinico, nella formazione di base dell'infermiere.

### L'ARTICOLO DI COPERTINA 20

- Infermieri 2.0 "Il futuro è adesso"

### EVIDENCE BASED PRACTICE 22

- Il momento ottimale per la sostituzione del set per la somministrazione endovenosa.
- Reidratazione orale versus endovenosa per il trattamento della disidratazione dovuta a gastroenterite nel bambino
- L'utilizzo del sapone antisettico nella doccia preoperatoria, riduce l'incidenza di infezione del sito chirurgico?

### CONGRESSI IN COMPRESSA 26

### LETTERE AL COLLEGIO 28

### NORME PER GLI AUTORI 34

### Orari di apertura al pubblico:

Lunedì e Giovedì	15.30 - 18.00
Martedì	09.00 - 12.00
Venerdì	09.00 - 11.00

### Biblioteca:

Lunedì e Giovedì	15.30 - 18.00
Martedì	09.00 - 12.00

Tel. 0532-64302 Fax 0532-67140

E-mail: info@ipasvife.it

Sito internet: www.ipasvife.it

Collegio Provinciale IPASVI di Ferrara  
via del Naviglio 33/a - 44123 Ferrara

Il Collegio è disponibile per iscrizioni, trasferimenti ad altro Collegio, cancellazioni, rilascio di Certificati d'iscrizione e variazioni di residenza.

## L'ISCRIZIONE ALL'ALBO È "AUTOCERTIFICABILE"

Il Certificato d'iscrizione, viene rilasciato in tempo reale dalla Segreteria del Collegio e quindi può essere ritirato immediatamente dal richiedente, presentandosi presso la sede del Collegio; per ragioni burocratiche legate alla normativa sulla privacy, se il richiedente è impossibilitato al ritiro presso la sede, deve rilasciare delega al ritirante, oppure può richiedere l'invio presso il proprio domicilio tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, rifondendo il Collegio per il costo sostenuto.

È possibile inoltre, proporre al Collegio, quesiti inerenti la professione.



31 marzo 2011. Convegno organizzato in occasione dell'Assemblea degli iscritti che ha visto la partecipazione di Annalisa Silvestro e dei Direttori Sanitari delle due Aziende Sanitarie Provinciali.

### INFERMIERE COLLEGIO

Periodico del Collegio Provinciale IPASVI di Ferrara - anno XXII n. 1

Direzione, Redazione, Amministrazione:

via del Naviglio 33/a - Ferrara

Tel. 0532 64302 - Fax 0532 67140 - E-mail: info@ipasvife.it

Direttore responsabile: Sandro Arnofi

Stampa: Cartografica Artigiana

via Béla Bartók 20/22 - 44124 Ferrara

Rivista chiusa in tipografia il 28 aprile 2011

Poste Italiane S.p.A. - spedizione in Abbonamento Postale - DL. 353/2003 (conv. in L. 27/02 /2004 n. 46) Art. 1, comma 2, DCB Ferrara

Redazione e progetto grafico: Commissione Comunicazione  
Annamaria Ferraresi, Andrea Menegatti, Cinzia Guidi,  
Marco Marani, Rita Roboni, Paolo Scalambra

# Editoriale

*del Presidente*

Tutti gli addetti ai lavori della Sanità dichiarano sempre di porre il cittadino al centro dell'interesse della professione, ma quando si arriva ai fatti non è sempre così. Mi riferisco a quanto sta accadendo nel Parlamento Italiano ed alla discussione sul "testamento biologico".

L'art. 37 del nostro Codice Deontologico indica all'Infermiere di tutelare le scelte del paziente e di rispettarne la volontà, ma se il disegno di Legge cosiddetto "Calabrò" arriverà a conclusione, nella realtà non sarà così.

Infatti il medico curante sentito il fiduciario e raccolte le volontà dell'interessato potrà decidere, secondo la propria responsabilità, se rispettarle oppure agire autonomamente anche se in totale dissenso con la persona o la famiglia.

E pensare che sarebbero sufficienti il rispetto della Costituzione (art. 32 comma 2) e delle disposizioni sul consenso informato per lasciare la libertà al paziente di farsi o non farsi curare. Invece si sta scrivendo una legge che complicherà ulteriormente l'argomento.

La Corte di Cassazione ha recentemente emesso una sentenza dove ribadisce la libertà del paziente e condanna il medico esecutore di interventi senza prospettiva di beneficio.

Sono subito sorti molti commenti contrastanti, perché non è chiaro quando un intervento può dirsi inutile. E quindi il malato non ha ancora l'ultima parola.

Negli anni recenti, alcuni casi hanno sollevato l'opinione pubblica, l'ultimo riguarda Eluana. La ragazza che a seguito di un incidente stradale per 17 anni ha vis-



*Il Presidente del Collegio IPASVI di Ferrara* **Sandro Arnofi**

suto la sua vita in stato vegetativo. La vicenda balzò all'attenzione dei media in quanto il padre, assecondando le volontà della figlia, che non avrebbe accettato tale accanimento, chiese alla giustizia di porre fine alla sofferenza di Eluana autorizzando l'interruzione della nutrizione e dell'idratazione artificiale. La politica italiana si divise e come accade in Italia, a prescindere dal contenuto dell'argomento, si formarono tifoserie contrapposte.

Fino al punto che nonostante la Corte di Cassazione avesse riconosciuto legittima la facoltà di scelta delle cure espressa dal cittadino (Sentenza del 13 novembre 2008), il Governo ricorse in fretta e furia a un Decreto Legge d'urgenza. Se ricordate bene per "salvare" la vita ad Eluana. La disgrazia ed il dolore di quella famiglia furono sfruttate dalla politica per il carico emotivo che contenevano perché potevano facilmente toccare l'emotività degli elettori.

L'ultimo atto di questa vicenda,

l'ultimo affronto al malato è stato compiuto dedicando la giornata del 9 Febbraio 2011 (secondo anniversario della morte di Eluana) agli stati vegetativi, riprendendo una battaglia ideologica tra chi vuole la morte e chi la vita. Come se esistesse una corrente di pensiero che promuove la morte (sbagliata) che si scontra con una che sostiene la vita (giusta). Il punto è che ognuno di noi ha una idea diversa sulla qualità della vita, pertanto è questa percezione che suggerisce o meno di acconsentire l'amputazione di un arto tanto per fare un esempio.

È necessario che tutti capiscano l'importanza della dignità altrui e dell'altrui pensiero che è presupposto del rispetto reciproco.

Nessuno chiede di accorciare la vita delle persone e la recente sentenza della Cassazione distingue il rifiuto alle cure dall'eutanasia che mira ad abbreviare la vita. Gli Infermieri vogliono lavorare secondo scienza e coscienza stringendo un'alleanza con la persona assistita, alla quale devono sempre essere garantite la dignità e la decisione finale.

Siamo fieri dei valori espressi dal nostro Codice Deontologico.

L'Infermiere tutela le scelte del paziente e ne rispetta la volontà, garantendo l'autodeterminazione della persona e riprendendo un semplice slogan di una recente campagna in favore dei diritti del malato, ...l'Infermiere non costringe, cura.

**"Infermiere Collegio" è come sempre disponibile ad accogliere opinioni e scritti che esprimano posizioni diverse.**

## Breve rassegna degli articoli di maggiore interesse comparsi sulla Newsletter della Federazione Nazionale Collegi IPASVI

### FARE L'INFERMIERE: UN LAVORO SEMPRE PIÙ... STRAORDINARIO

Le giornate di lavoro sembrano non finire mai per i lavoratori della sanità pubblica italiana. È questo il dato che emerge dal conteggio sulla spesa relativa alle ore di straordinario fatte dal personale del Ssn, effettuata per l'agenzia di stampa *Adnkronos Salute* dalla Ragioneria generale dello Stato. In pratica, negli ultimi anni sta crescendo a dismisura il ricorso (e di conseguenza la spesa) al lavoro straordinario del personale del Servizio sanitario nazionale. Nel nostro Paese, il costo per le ore extra di medici, infermieri, biologi, psicologi, tecnici, amministrativi e altri lavoratori di ospedali e strutture sanitarie pubbliche, ammonta a circa mezzo miliardo di euro l'anno e, soprattutto in alcune Regioni, sembra in continua crescita.



È il caso della Puglia e del Lazio, dove dal 2007 al 2009 la spesa per gli straordinari è passata da 112 a 122 milioni. Ma a parte qualche eccezione (Toscana, Emilia Romagna e Sicilia) questa corsa al rialzo si registra un po' ovunque, portando a una spesa complessiva di 499,8 milioni nel 2009. Solo per gli straordinari.

L'analisi ha esaminato la spesa degli anni 2007, 2008, 2009, suddivisa per Regioni e per categoria professionale: medici, dirigenti non medici e personale non dirigente.

Come detto, il boom di lavoro straordinario si registra in Puglia e nel Lazio. Nel primo caso, l'esborso pubblico per queste ore aggiuntive di lavoro è passato da 29,2 a 34,8 milioni, mentre nel Lazio è salito da 83 a 88 milioni di euro. Anche in Abruzzo si segnala un corposo balzo della spesa: da 8,8 a 10,4 milioni. Seppure in misura minore, il rialzo si è comunque registrato anche in Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Campania, Basilicata e Molise. Meno straordinari invece, stando ai dati della Ragioneria dello Stato, per chi presta servizio nelle strutture pubbliche della Toscana, dell'Emilia Romagna e della Sicilia.

Segno di una migliore organizzazione, di minore richiesta di salute pubblica o semplicemente di dati "bugiardi" rispetto alla reale mole di lavoro? È soprattutto in Sicilia che registra il calo maggiore degli straordinari inseriti in busta paga: si è passati dai 31,8 milioni del 2007 ai 26,4 del 2009. Leggeri ribassi anche in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Liguria, Umbria,

Calabria e Sardegna.

Dati che in ogni caso pongono ancora una volta l'accento sul problema della carenza di professionisti sanitari all'interno del Ssn.

Secondo l'ultimo *Annuario statistico* pubblicato dal ministero della Salute, il numero dei lavoratori della sanità pubblica è in calo: dai 649.248 dipendenti del 2007 si è infatti passati ai 638.459 del 2008.

Con questi numeri, il ricorso eccessivo al lavoro straordinario di medici e infermieri rischia di avere ripercussioni negative sia sui camici bianchi sia sui pazienti, in quanto si configura un vero e proprio allungamento dell'orario di lavoro, spesso imposto dalle aziende al di là delle norme contrattuali. Il tutto in un contesto di responsabilità sempre più gravose e con possibili ricadute negative sulla qualità dell'assistenza.

(Tratto dalla Newsletter della Federazione Nazionale Collegi Ipsavi n 14/2011)

### 2009: CALATI RICOVERI E DEGENZE OSPEDALIERE

Secondo il *Rapporto annuale* del ministero della Salute, calano i ricoveri ospedalieri.

Infatti, pure con più di 11 milioni di pazienti dimessi e 73 milioni di giornate di degenza, l'attività ospedaliera, nel 2009, ha fatto registrare circa 500mila ricoveri e due milioni di giornate in meno rispetto al 2008.

La maggior parte dei ricoveri si effettuano per malattie e disturbi del sistema cardio-circolatorio (oltre il 14%), malattie del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo (12,6%), malattie dell'apparato digerente e gravidanze e parti (9,7%).

La riduzione più consistente (quasi -9%) si osserva nell'attività per acuti in *day hospital*, grazie alla forte spinta al trasferimento verso il regime ambulatoriale.

Si è ridotto anche il *day hospital* riabilitativo (-3,6%), mentre aumenta leggermente l'attività di riabilitazione in regime ordinario.

Resta in diminuzione l'attività per acuti in regime ordinario, mentre si assesta su valori analoghi all'anno precedente l'attività di lungodegenza.

La durata della degenza per riabilitazione non si protrae oltre 60 giorni nel 93,8% dei casi, e la degenza media è di 27,7 giorni.

L'attività ospedaliera di riabilitazione riguarda quasi esclusivamente tre gruppi nosologici: "malattie e disturbi del si-



stema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (41,2% della riabilitazione in regime ordinario e 22,6% di quella in *day hospital*); "malattie e disturbi del sistema nervoso" (23% % della riabilitazione in regime ordinario e 30,8% in *day hospital*), "malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio" (16,1% della riabilitazione in regime ordinario e 12% in *day hospital*). I ricoveri in lungodegenza sono 110.384, con un aumento del 1% rispetto al 2008.

Gli ospedali a gestione diretta (42,3%) e le case di cura private accreditate (45,9%) erogano la quasi totalità dell'attività.

(Tratto dalla Newsletter della Federazione Nazionale Collegi Ipsavi n 12/2011)

### IN SALITA IL TREND DI RICHIESTE PER RISARCIMENTO DANNI

Dal 2° Rapporto della *Medmal Claims Italia*, realizzato da Marsh su un campione di 74 ospedali pubblici (più del 90% delle Aziende ospedaliere e sanitarie), è emerso che continuano a salire le richieste di risarcimento danni avanzate dai pazienti per presunti errori medici.

Da una media di 50 sinistri l'anno, infatti, si è passati a circa 65 per ogni ospedale (circa, il 30% in più).

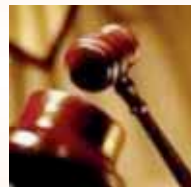
Il Centro e il Sud, più del Nord, fanno registrare numeri allarmanti: se nel 2004, infatti, nei confronti delle strutture pubbliche del Centro si registravano, di media, 58 richieste danni annuali, nel 2009 si è passati a 85.

Dall'indagine emerge che il numero complessivo delle richieste danni è salito di anno in anno, per un totale, in sei anni, di circa 20mila.

Il Rapporto scompone i dati anche in base all'area geografica e, così, si scopre che, mentre al Nord la media dei sinistri per singolo ospedale è passata, in sei anni, da 63 a 68, nel Centro da 58 a 85 e al Sud da 14 a 43.

L'indagine traccia anche l'identikit delle persone che chiedono i danni: l'82% delle richieste è avanzata dai pazienti; il 10% dai familiari dei ricoverati e il 3% dagli operatori sanitari.

Rispetto alla classifica per "tipologia di rischio", è quello clinico, con il 69,16%, a guidare la "classifica"; seguito dagli infortuni (dentro e fuori le strutture) con l'11,65%; i danni per furto con l'11,31% e i rischi professionali con il 2,30%.



I motivi che inducono ad avanzare la richiesta di risarcimento vede, al primo posto, le lesioni (74,88%), quindi: i danni alle proprietà (11,30%), il decesso 7,60% ed il danno economico (circa 1%).

Le principali tipologie di errori denunciati sono chirurgici (25%), diagnostici (16%) e terapeutici (13%), cadute di pazienti e visitatori (11%), danneggiamenti a cose (7%), smarrimenti e furti (5%).

Le aree cliniche più interessate sono: struttura e parti comuni (15%), pronto soccorso (14%), ortopedia (12%), chirurgia generale (11%), ostetricia e ginecologia (7%) e medicina generale (4%).

Inoltre, è emerso che, ogni 100 posti letto, vengono denunciati 9,68 sinistri; 2,59, ogni 1.000 ricoveri; 16 ogni cento medici e 7,05 ogni cento infermieri, con tassi variabili rispetto all'area geografica (meno al Nord, di più al Centro e leggermente in diminuzione al Sud).

(Tratto dalla Newsletter della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi n 11/2011)

## OSSERVASALUTE, CITTADINI ED ESPERTI PASSANO AI RAGGI X LA SANITÀ ITALIANA

L'8 marzo, al Policlinico universitario "Gemelli" di Roma, è stato presentato l'ottavo Rapporto Osservasalute, un appuntamento per fare il punto sulla Sanità in Italia.



Un vero e proprio "check-up dello stato fisico" del Paese, corredato di dati ed indicatori di qualità, con un'analisi critica sulla qualità dell'assistenza sanitaria nazionale e regionale, per far emergere problematiche ed eccellenze.

Il Rapporto, di oltre 500 pagine, è frutto del lavoro di 203 ricercatori che operano nei maggiori istituti di ricerca, assieme all'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ed è diviso in due parti: la prima, sulla salute ed i bisogni dei cittadini; la seconda, sui sistemi sanitari regionali e la qualità dei servizi.

L'Italia è sì in salute, ma sempre più grassa, vecchia e poco dedita all'attività fisica.

Ogni anno, in Italia, 50mila decessi sono legati all'obesità, visto che più di 1/3 degli adulti (35,5%) è in sovrappeso e una persona su dieci è obesa: in pratica, il 45,4% degli italiani è in eccesso ponderale.

"I cattivi comportamenti degli italiani - ha spiegato Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene della facoltà di Medicina della Cattolica - sono sempre più dilaganti e, se a questi si aggiunge la poca prevenzione, pure per mancanza d'investimenti adeguati, la situazione precipita".

Nel 2000, l'Italia aveva il secondo miglior sistema sanitario al mondo: oggi,

il federalismo sanitario, trasferendo la gestione della sanità alle Regioni, ha creato molti problemi a quelle generalmente più deboli che corrono il rischio di non farcela da sole.

Lazio, Campania e Sicilia hanno generato il 69% dei disavanzi del Ssn.

L'Italia è tuttavia un Paese in crescita, specie grazie al flusso migratorio, ma la popolazione degli ultra 75enni è il 9,8 del totale e, soprattutto, ogni quattro anziani, uno vive solo.

A fronte di un aumento "in rosa" del consumo di fumo ed alcol, oltre che di ansiolitici ed anti-depressivi, nelle Regioni del Centro e del Nord-Est, tanto per gli uomini che per le donne si evidenzia una generale maggior sopravvivenza.

Il Sud presenta le criticità maggiori: si muore prima, sia per tumore che per malattie del sistema circolatorio. "Per le donne esistono rilevanti problemi di screening - ha detto Roberta Siliquini, dell'Università di Torino - Solo il 62% di quelle che dovrebbe sottoporsi alla mammografia, lo fa, soprattutto al Sud. Nel Meridione, inoltre, si continuano ad effettuare troppi tagli cesarei".

Infine, benché persista l'allarme per la mancanza di medici ed infermieri, le buone notizie riguardano proprio il loro operato e la stima che godono presso pazienti e famiglie.

Sentiti a proposito di assistenza medica ed infermieristica e sul vitto in ospedale, i pazienti si sono lamentati solo di quest'ultimo aspetto, premiando invece i professionisti sanitari italiani per la loro competenza e disponibilità, con punte di gradimento per gli infermieri vicine al 90%.

(Tratto dalla Newsletter della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi n 11/2011)

## IN GAZZETTA IL DECRETO SULLE NUOVE PRESTAZIONI IN FARMACIA

Pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* il decreto del Ministero della salute, attuativo del decreto legislativo n. 153 del 3 ottobre 2009, che prevede la possibilità di effettuare presso le farmacie (su prescrizione medica) prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo.

L'elenco delle prestazioni analitiche comprende, per ora, la determinazione dei seguenti parametri: glicemia, emoglobina glicata, colesterolo, trigliceridi, emoglobina, ematocrito, creatinina, transaminasi, esame urine con test multiparametrico, test ovulazione, test gravidanza, test menopausa, sangue occulto nelle feci.

Il decreto prevede anche la possibilità di utilizzare i seguenti dispositivi strumentali per: la misurazione con modalità non invasiva della pressione arteriosa, la misurazione della capacità polmonare tra-



mite auto-spirometria, la misurazione con modalità non invasiva della saturazione percentuale dell'ossigeno, il monitoraggio con modalità non invasive della pressione arteriosa e dell'attività cardiaca: Inoltre dispositivi per consentire l'effettuazione di elettrocardiogrammi con modalità di tele cardiologia e dispositivi semiautomatici per la defibrillazione.

(Tratto dalla Newsletter della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi n 10/2011)

## LEGGE DELEGA SULLA SPERIMENTAZIONE CLINICA

Il Consiglio dei ministri ha approvato il disegno di legge delega proposto dal ministro Fazio: *Sperimentazione clinica e altre disposizioni in materia sanitaria*.



Viene delegato al Governo il riassetto e la semplificazione della normativa in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, da attuarsi entro nove mesi dall'entrata in vigore della legge delega attraverso l'emanazione di uno o più decreti legislativi, acquisito il parere della Conferenza delle Regioni.

I decreti dovranno prevedere:

- il riordino, l'individuazione, nonché la riduzione degli attuali 269 "Comitati etici" con predisposizione di criteri di certificazione, prevedendo almeno un Comitato per ogni Regione;
- l'individuazione dei requisiti dei centri autorizzati alla conduzione delle sperimentazioni cliniche dalla fase 0 alla fase IV;
- meccanismi di valutazione delle performance delle aziende sanitarie pubbliche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche;
- l'istituzione di un portale di consultazione per il cittadino.

Il riordino delle professioni sanitarie (parte del provvedimento) consentirà inoltre di modernizzare gli Ordini e le Federazioni nazionali, nel segno della qualità e competenza professionale: particolare valore verrà attribuito ai contenuti etici e civili delle attività sanitarie e a tale scopo sarà data maggiore forza ai Codici deontologici e alle connesse attività disciplinari.

(Tratto dalla Newsletter della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi n 10/2011)

## TEST ANTIDROGA ANCHE PER GLI INFERMIERI SILVESTRO: "DISPONIBILI SENZA RISERVE, MA IL RISCHIO CLINICO VA AFFRONTATO NEL SUO INSIEME"

Il Dipartimento nazionale politiche antidroga ha annunciato che è in dirittura d'arrivo il provvedimento per inserire medici, infermieri e ostetriche fra le categorie professionali da sottoporre per



legge a controlli periodici per verificare se assumono sostanze stupefacenti. Presto, infatti, sarà al vaglio della Conferenza Stato-Regioni per l'approvazione definitiva.

L'obiettivo è evitare che il personale sanitario a diretto contatto con i pazienti possa agire nella non pienezza delle proprie facoltà, nonché per aggiornare, dopo anni di dibattito, il già lungo elenco delle professioni sottoposte a tali tipo di controlli, in quanto svolgono "mansioni particolarmente delicate per la sicurezza collettiva", come i conducenti di autobus, treni, navi, i piloti di aerei, i controllori di volo.

"Non c'è alcun problema - ha detto Annalisa Silvestro, presidente della Federazione nazionale Collegi Ispasvi -: siamo pronti e disponibili a sottoporci al test antidroga e fare tutto ciò che è utile ad aumentare la fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. È giusto per chi fa professioni delicate come quelle sanitarie aderire ad una modalità che dia ancora più garanzie ai pazienti. L'importante è muoversi in maniera adeguata, ricordando che le nostre professionalità hanno un profondo spirito etico e deontologico".

"Probabilmente - ha aggiunto il capo del Dipartimento nazionale politiche antidroga, Giovanni Serpelloni -, ci sarà una differenziazione tra le categorie considerate più a rischio, i cui lavoratori dovranno essere sottoposti tutti, periodicamente, a controlli antidroga e altre dove invece si interverrà con test sporadici. Questo, anche per motivi di copertura finanziaria".

Secco il commento del sottosegretario Carlo Giovanardi, responsabile delle politiche antidroga: "Chi svolge professioni che mettono a rischio la sicurezza dei malati e vuole assumere sostanze illecite, cambi pure mestiere!".

Tutte le misure utili ad aumentare la fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio sanitario nazionale sono da sempre ben accette dagli infermieri italiani. L'unico rischio, quando si parla dell'uso di droga, è di sparare nel mucchio a fronte di pochi casi di malasanità, magari sulla scorta della leggenda metropolitana secondo la quale chi lavora in sanità ha la possibilità di accedere a ogni tipo di farmaco o droga e, dunque, di consumarne impunemente.

Il rischio clinico nel suo complesso è un cavallo di battaglia della Federazione e di tutti i Collegi, ed è costante l'attenzione a formare e informare gli infermieri italiani sull'enorme responsabilità che ogni giorno assumono di fronte alla cittadinanza e alle proprie coscienze.

(Tratto dalla Newsletter della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi n 7/2011)

## FARMACI ANTI COLESTEROLO USATI IMPROPRIAMENTE

Da uno studio, pubblicato sul bollettino dell'Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità), si apprende che i farmaci per tenere sotto controllo il colesterolo esistono, ma non sono usati in maniera adeguata.

La ricerca ha riguardato ben 147 milioni di persone in tutto il mondo: si è trattato dell'indagine più vasta che si sia mai realizzata su questo argomento e che ha coinvolto Paesi come l'Inghilterra, la Thailandia, il Giappone, il Messico, la Scozia e gli Stati Uniti.

La ricerca, oltre ad evidenziare un serio problema di salute pubblica, sottolinea un elevato divario nei livelli di cura per contenere il colesterolo nelle varie aree geografiche esaminate.

Per esempio, in Thailandia, al 78% degli adulti intervistati non era stata mai diagnosticata un'ipercolesterolemia, mentre in Giappone, il 53% degli adulti sono stati diagnosticati, ma la patologia non è stata trattata.

In realtà, farmaci che abbassano il colesterolo sono ampiamente disponibili, poco costosi e molto efficaci nel ridurre il numero di malattie cardiovascolari in tutto il mondo.

Malgrado questo, però, la copertura farmacologica necessaria per il controllo del colesterolo alto resta deludente. Intanto, la prevenzione, legata ad un regime alimentare sano e povero di grassi, ma anche ad uno stile di vita corretto prevede il divieto di tabacco e un impegno in una regolare attività fisica.

(Tratto dalla Newsletter della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi n 6/2011)

## INFEZIONI IN CORSIA: IL COMMENTO DEGLI INFERMIERI

Dall'analisi elaborata dall'Istituto superiore di sanità (Iss), condotta nel 2010 in 50 ospedali italiani, si può tracciare un quadro aggiornato sul tema delle infezioni ospedaliere.

È emerso che ad esserne colpiti sono circa **400mila pazienti** l'anno (con un tasso di mortalità del 2%).

"Come evidenziano i dati dell'Iss - spiega Annalisa Silvestro, presidente della Federazione nazionale Ispasvi - il problema è grave. Ci sono situazioni clinico-assistenziali in cui il fenomeno è di difficile gestione, specie se in una corsia troviamo uno o due infermieri per 30 pazienti. In tal caso, è difficile mantenere standard adeguati ed elevati di prevenzione. Per cercare di ridurre la



portata, è necessaria la puntuale osservazione delle basilari norme igieniche e l'impegno di tutti, ma se si continua a tagliare personale, soprattutto quello infermieristico, non ci saranno risultati". In effetti, non si può pensare di risollevarle le sorti economiche del sistema riducendo sempre il personale: è in questo quadro che le infezioni ospedaliere sono divenute - e diventeranno - un problema sempre più grave.

(Tratto dalla Newsletter della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi n 4/2011)

## IL NUOVO PIANO SANITARIO NAZIONALE

Il Piano Sanitario Nazionale (Psn) 2011-2013 è stato approvato dal Consiglio dei Ministri, su proposta del ministro della Salute, Ferruccio Fazio, il 21 gennaio 2011.

L'iter prosegue con l'invio alle Commissioni parlamentari per il Parere e alla Conferenza unificata per la prevista Intesa.

Il Piano evidenzia come macro obiettivo del Ssn la promozione del "benessere e della salute dei cittadini e delle comunità", nella consapevolezza che "la vera ricchezza del sistema sanitario è la salute dei cittadini".

Esso si basa dunque sui principi di:

- responsabilità pubblica per la tutela del diritto di salute della comunità e della persona;
- eguaglianza ed equità d'accesso alle prestazioni;
- libertà di scelta;
- informazione e partecipazione dei cittadini;
- gratuità delle cure nei limiti stabiliti dalla legge;
- globalità dell'assistenza.

Una delle novità riguarda l'apertura h24 degli ambulatori, gestiti dai medici di famiglia, che per i casi meno gravi, consente di evitare il ricorso al pronto soccorso degli ospedali.

Tra gli obiettivi da raggiungere, vanno promossi e sviluppati una serie di interventi, tra cui: prestazioni sulla base del quadro clinico del paziente; percorsi diagnostici terapeutici (Pdt), fissando i relativi tempi massimi di attesa; gestione degli accessi attraverso l'uso del sistema Cup; vigilanza sistematica delle situazioni di sospensione della prenotazione e dell'erogazione delle prestazioni; comunicazione sulle liste d'attesa attraverso campagne informative e apertura di Uffici relazioni con il pubblico.

(Tratto dalla Newsletter della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi n 4/2011)

La rubrica "IN PRIMO PIANO" è stata curata per la Commissione Comunicazione da Rita Roboni - Tutor Pedagogico, Cdl in Infermieristica Codigoro, presso l'Azienda USL di Ferrara.





# Il lavoro notturno in sanità sarà considerato usurante



“Dalla Commissione Lavoro della camera il via libera al decreto”

È in arrivo la regolamentazione organica dei benefici pensionistici per i lavori usuranti. Con l'approvazione ormai prossima del decreto legislativo in attuazione della legge 183 del 2010, anche il lavoro notturno dei dipendenti della sanità consentirà di raggiungere in anticipo il traguardo della pensione.

Chi svolge da 64 a 71 turni notturni annui potrà andare in pensione un anno prima, mentre da 72 a 77 notti è previsto un beneficio di due anni. Da 78 notti in poi gli anni di anticipo saranno tre.

Per le pensioni con decorrenza entro il 2017 il beneficio potrà essere con-



cesso solo a chi ha svolto il lavoro notturno in modo regolare e continuativo per almeno sette anni negli ultimi dieci di lavoro.

Dal 2018, andrà in prepensionamento solo chi lavora di notte per la metà degli anni.

Entro aprile, dovrebbe arrivare il “sì” definitivo del Consiglio dei Ministri.

Le risorse finanziarie già programmate, però, potrebbero essere insufficienti. In tal caso l'accesso ai benefici

pensionistici verrebbe regolato da criteri di priorità legati alla maturazione dei requisiti.

Un'altra criticità in sanità riguarda i tanti medici di guardia medica e tutti coloro che svolgono lavoro precario. I convenzionati e i precari, in assenza di un rapporto di lavoro dipendente, rischiano di essere esclusi.

**Marco Marani**

*Infermiere Pronto Soccorso di Copparo Azienda USL Ferrara*





## SILVESTRO (Ipasvi): "I medici temono il pieno riconoscimento degli infermieri"

21 GENNAIO 2011 - Dal 2000 Annalisa Silvestro è presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, la rappresentanza istituzionale della professione infermieristica. La sua presidenza ha dunque coinciso con l'ingresso della formazione infermieristica in ambito universitario, salutato all'inizio come una conquista ma che oggi, a dieci anni di distanza, solleva anche qualche critica.

**Presidente Silvestro, molti infermieri lamentano che l'ingresso degli infermieri all'Università non abbia prodotto nessun cambiamento nei modelli organizzativi e dunque nel riconoscimento della professione. Lei cosa ne pensa?**

È vero, anche perché nel momento in cui qualche Regione ha voluto formalizzare l'attribuzione di maggiori competenze e responsabilità agli infermieri, anche in considerazione del fatto che hanno adesso un percorso di formazione molto più elevato e strutturato, abbiamo avuto le reazioni dei medici. In realtà c'è una parte del mondo sanitario che non vuole modificare gli attuali assetti perché teme che si mettano in discussione equilibri di potere che si basano su modelli molto antichi, che avevano ragione di essere impostati in quel modo quando l'unica figura sanitaria intellettualmente riconosciuta e con un profilo formativo elevato era il medico. Finché le cose avvengono in maniera informale sono accettate, ma se si chiede che i cambiamenti siano di struttura e di modello, allora scattano le "sensibilità".

**Ma il cambiamento di modello organizzativo che lei immagina è funzionale solo alla crescita della professione infermieristica?**

Non mi sembra. Stante la piramide demografica e stante l'andamento epidemiologico, abbiamo oggi una popolazione che chiede sempre meno risposta per le acuzie, che comunque c'è, mentre è sempre più orientata a chiedere una risposta sanitaria rispetto alla cronicità, dove il medico ha un ruolo molto rilevante ma non centrale, mentre è centrale la risposta assistenziale e dunque la competenza e la responsabilità degli infermieri. D'altra parte il sistema, per reggersi, deve sviluppare le potenzialità fornite dalle competenze ulteriori acquisite dai professionisti che ci lavorano. Altrimenti, per come è organizzato ora non è in grado di sostenersi. Anche perché questi professionisti altrimenti esploderanno, chiedendo che vengano loro pienamente riconosciute le responsabilità che competono loro e che peraltro già ricoprono.

**Pensa ad un crollo del sistema sanitario?**

Il rischio è gravissimo. Anche perché



Il Presidente Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI **Annalisa Silvestro**

nel momento in cui il dottor Pizza, presidente dell'Ordine dei medici di Bologna, presenta un esposto alla procura della Repubblica di Bologna e di Firenze dicendo che gli infermieri esondano nelle loro competenze e quindi abusano della professione medica, sposta il terreno del confronto dall'ambito professionale a quello giuridico. E gli esiti possono essere due: il primo è che la magistratura intervenga per dire cosa possano fare gli uni e gli altri, il secondo che "riconosca" che si sta abusando della professione medica. In questo secondo caso, io sarò costretta a dire a tutti gli infermieri di fare non uno, ma due o tre passi indietro. Ma mi chiedo come potrà reggere il sistema.

**Lei punta l'attenzione soprattutto sulle responsabilità dei medici. Crede che la politica invece abbia capito l'urgenza di un cambiamento di modello organizzativo?**

Per la politica nazionale ho dei dubbi, perché sente meno la pressione delle istanze che vengono dalla concreta agibilità dei servizi sanitari e quindi tenderà a mantenere gli equilibri attuali anche per evitare di entrare in rotta di collisione con degli stakeholder non di poco conto.

Per quanto riguarda i livelli politici locali, quindi Regioni e Province, sono invece moderatamente ottimista, perché sono maggiormente sottoposti alla pressione dei cittadini che chiedono risposte, non vogliono aspettare in Pronto Soccorso sei ore, vogliono avere l'infermiere a domicilio, ecc. E se si vogliono dare risposte positive è indispensabile mettere in discussione il sistema attuale.

**La legge del 2001 prevedeva anche uno sviluppo di carriera per gli in-**

**fermieri, che nei fatti però trova ancora pochi riscontri. Siete delusi?**

L'interpretazione di quella legge è stata molto restrittiva: si è ritenuto di poter risolvere il nodo posto dalle professioni sanitarie, e in particolare dall'infermieristica che è la più numerosa, individuando un dirigente infermieristico in ogni azienda. E per questo ruolo in effetti ora si stanno facendo i concorsi dappertutto. Ma è evidente che questa non è certo una soluzione sufficiente. Anche perché basta guardarsi intorno: le amministrazioni hanno un numero di dirigenti rilevante, i medici entrano addirittura tutti come dirigenti, pensare che per gli infermieri ce ne sia uno solo in ogni Azienda è davvero poco. Non si tratta solo di sviluppare la progressione di carriera sul versante dell'organizzazione e del management, ma di costruire la possibilità di sviluppo di carriera nella clinica: se ho degli infermieri che si assumono alcune responsabilità cliniche, dovrò valorizzarli. E con ciò torno al punto: se il sistema riconosce, anche economicamente, il ruolo e la responsabilità dei professionisti, dovranno riconoscerle anche i medici.

**Alcuni ritengono che l'attuale formazione universitaria degli infermieri li avvicini troppo al modello medico.**

Mi sembra che sia un problema superabile quando poi si entra nella realtà operativa e nella comunità professionale. Certo questo comporta ulteriore impegno e fatica nell'affiancamento e nell'inserimento, cosa che potrebbe essere contenuta se l'impostazione accademica fosse diversa.

Adesso, con la riforma Gelmini, vedremo cosa riusciremo a fare rispetto al mantenimento del nostro settore scientifico disciplinare e alle docenze infermieristiche. Anche perché questo è un vero paradosso: i medici si tengono il corso di Laurea in Infermieristica dentro la facoltà di Medicina e Chirurgia, vogliono avere la titolarità degli insegnamenti e poi si lamentano perché questi professionisti, che hanno contribuito a creare, sono più vicini a loro di quanto a loro stessi interesserebbe.



## PROGETTO DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA



# Prevenzione delle lesioni da pressione in assistenza domiciliare

di Irene Guarnelli

*Infermiera presso l'Azienda USL di Ferrara, Assistenza Domiciliare Integrata*

### RIASSUNTO

Il progetto di educazione terapeutica riguardante la prevenzione delle lesioni da pressione in ambito domiciliare, ha come destinatari l'utente e il suo caregiver.

Lo scopo finale è allargare le conoscenze sulle lesioni da pressione e fornire strumenti e metodi efficaci per prevenirne l'insorgenza. Non si tratta di semplice informazione fornita dall'infermiere, ma di un vero e proprio coinvolgimento dei destinatari, in modo da renderli consapevoli del problema delle lesioni cutanee e di come gestire l'assistenza dal punto di vista della prevenzione.

Da una iniziale raccolta di dati, si passa all'individuazione dei fattori di rischio e alla definizione di obiettivi di area cognitiva, gestuale, relazionale.

L'educazione prevede una fase di colloquio, la fornitura di materiale di lettura e una fase di addestramento.

Il progetto prevede inoltre momenti di valutazione, che accertano le competenze acquisite dall'utente e dal caregiver.

### PREMESSA

Tradizionalmente l'educazione alla salute è rivolta a persone in stato di salute, allo scopo di migliorare abitudini di vita per mantenere il benessere ed evitare la malattia.

Quando ci si rapporta alla persona con problemi di salute, si parla di educazione terapeutica.

Essa ha lo scopo di aiutare la persona malata, con la sua famiglia e nel suo ambiente abituale, ad acquisire e mantenere la capacità di gestire al meglio la propria vita, convivendo con la malattia.

Non consiste nella semplice informazione, come trasferimento passivo di un messaggio, ma è un processo interattivo, focalizzato sull'apprendimento dell'utente e del caregiver e continuo, perché deve costantemente adeguarsi alle diverse esigenze.

Da una parte il professionista (educatore) identifica le necessità di salvaguardia della salute; dall'altra parte c'è la richiesta dell'utente, complessa e fortemente influenzata dai problemi quotidiani.

L'educazione terapeutica diviene lo spazio/tempo in cui si può parlare delle difficoltà in termini chiari e



con una prospettiva di miglioramento.

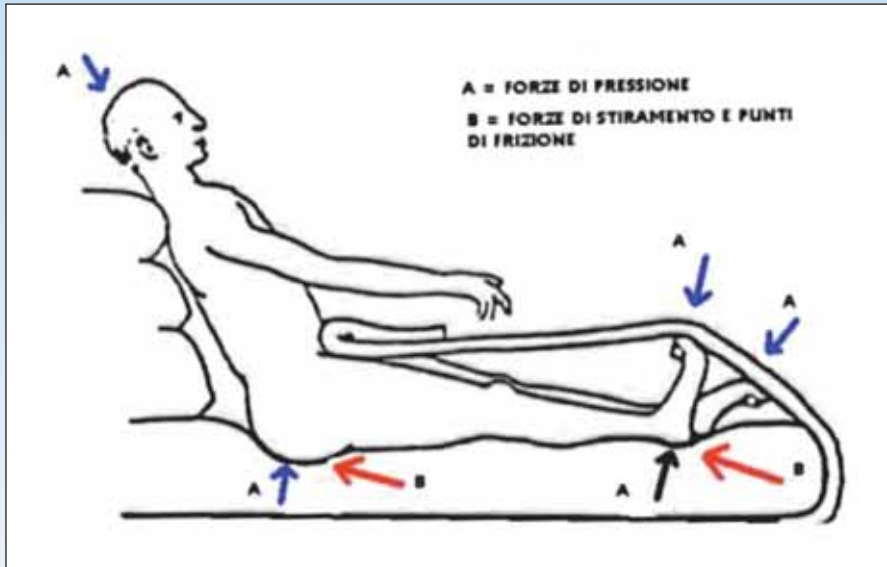
### DESTINATARI

Il progetto educativo è rivolto all'utente (se le condizioni generali lo consentono) e al caregiver, che normalmente viene identificato al momento della presa in carico e deve essere in grado di gestire l'assistenza.

### RACCOLTA DATI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

In ambito domiciliare, una raccolta dati significativa può essere fatta al primo incontro tramite il dialogo con l'utente e il caregiver, l'osservazione, la consultazione della documentazione clinica, il dialogo con il medico di medicina generale. I dati raccolti vengono trasferiti sulla cartella di Assistenza Domiciliare Integrata, che rimane al domicilio, a disposizione di altri operatori sanitari. Alla raccolta dati oggettiva, si può affiancare l'intervista, che permette di raccogliere ulteriori informazioni, utili per l'analisi del bisogno. Con l'intervista si ottengono dati riguardanti: titoli di studio, attività lavorativa, condizioni abitative, pre-





senza di supporto sociale e familiare, conoscenze sulle lesioni da pressione e fattori di rischio associati: stato di incontinenza, stato nutrizionale, modalità di cura dell'igiene, modalità di cura della cute, percezione sensoriale, mobilità.

## PROGETTAZIONE

### *Definizione degli obiettivi*

Per quanto concerne l'**area cognitiva**, al secondo incontro con l'infermiere e la lettura dell'opuscolo messo a disposizione, utente e/o caregiver sapranno:

- definire cosa sono le lesioni da decubito;
- identificare i fattori di rischio;
- elencare le zone maggiormente a rischio;
- descrivere le misure idonee per prevenire le lesioni.

Per ciò che concerne l'**area gestuale** (saper fare), dopo il primo incontro con l'infermiere e l'utilizzo delle illustrazioni contenute nell'opuscolo, utente e/o caregiver sapranno:

- applicare le misure idonee per una corretta mobilizzazione;
- evitare sfregamenti e frizioni durante gli spostamenti;
- eseguire la corretta igiene e la cura quotidiana della cute;
- evitare i danni provocati da eccessiva umidità;
- assumere una dieta bilanciata;
- curare il microclima dell'abitazione;

- utilizzare adeguatamente gli ausili antidecubito.

In **campo relazionale**, durante i successivi incontri con l'infermiere, utente e/o caregiver sapranno:

- esternare le proprie perplessità attraverso il dialogo;
- incrementare la capacità di osservazione;
- sviluppare completa fiducia nell'operatore sanitario;
- valorizzare il programma di prevenzione.

## ATTUAZIONE

### *Contenuti e metodi*

La raccolta dati sopra descritta viene fatta al primo incontro, così come la valutazione del rischio di sviluppare lesioni da pressione.

In questa occasione viene inoltre fornito l'opuscolo informativo.

Si prosegue con l'insegnamento

teorico; l'attenzione viene rivolta all'igiene del corpo e dell'ambiente, al cambio della postura ad intervalli regolari, all'alimentazione e idratazione, all'osservazione della cute, al mantenimento della cute asciutta, all'utilizzo di ausili specifici.

La seconda parte dell'incontro prevede l'addestramento: l'infermiere illustra le manovre, esegue con il caregiver la mobilizzazione dell'utente, mostrando le varie e possibili posture.

Si concorda l'incontro successivo dopo due/tre giorni.

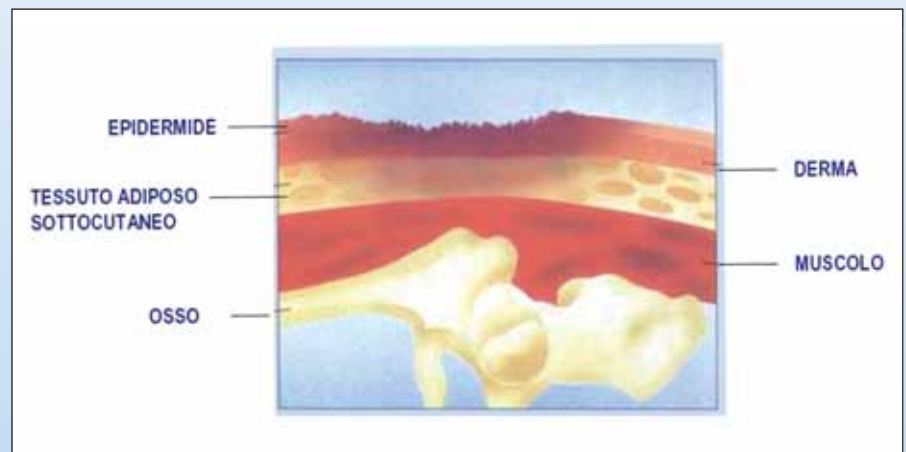
Al secondo appuntamento (di un'ora almeno), l'infermiere pone alcune domande per valutare l'apprendimento delle nozioni contenute nell'opuscolo, dando modo ai destinatari di esternare le proprie idee e perplessità.

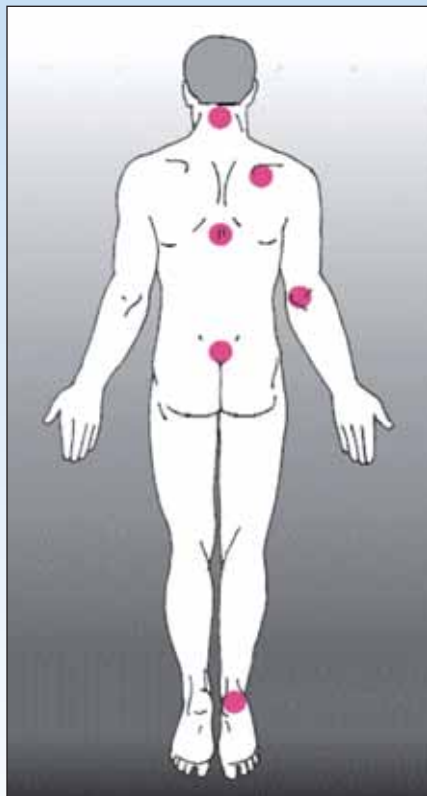
Si esegue di nuovo la mobilizzazione dell'utente insieme al caregiver, vengono corretti eventuali errori, si riprendono i concetti poco chiari e gli atteggiamenti in cui i destinatari mostrano incertezza.

Agli accessi successivi, si rinforzano l'educazione e gli atteggiamenti corretti.

### *Strumenti*

- Cartella di Assistenza Domiciliare Integrata.
- "Prevenzione delle ulcere da decubito - Opuscolo informativo per i pazienti", disponibile e stampabile in italiano e altre lingue all'indirizzo: [www.health.vic.gov.au/pressureulcers](http://www.health.vic.gov.au/pressureulcers).





## VALUTAZIONE

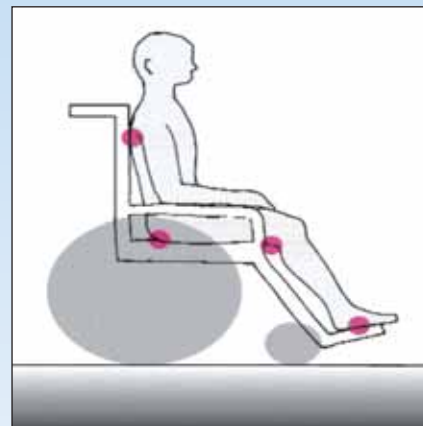
Una valutazione in itinere è insita nel secondo incontro sopra descritto.



Dopo circa una settimana dal primo incontro, è utile offrire all'utente e/o al caregiver un questionario per la verifica dell'apprendimento. Ai successivi accessi domiciliari, l'infermiere valuta lo stato della cute dell'utente, le posizioni assunte, l'utilizzo degli ausili antidecubito. In itinere si valuta se i destinatari del progetto esprimono maggiore serenità, condividono con l'infermiere dubbi e preoccupazioni, hanno capito l'importanza del programma di prevenzione, sono diventati attenti osservatori e dimostrano fiducia nell'operatore sanitario.

## ESEMPIO DI QUESTI PER LA VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

- Quale è il fattore di rischio più importante per lo sviluppo di una lesione da pressione?
- Quali parti del corpo possono essere interessate dalle lesioni da pressione?
- Con che frequenza va effettuata la mobilizzazione dell'utente costretto a letto?
  - Con che frequenza va eseguita l'ispezione della cute di tutto il corpo?
  - Cosa occorre per una buona alimentazione e idratazione?
  - Cosa fare se si verificano perdite di urine e/o feci?
  - Quale è un segno di evidente disidratazione?
  - Quali ausili antide-



cubito possono essere utili?

- Quali ausili non sono utili per la prevenzione delle lesioni da pressione?

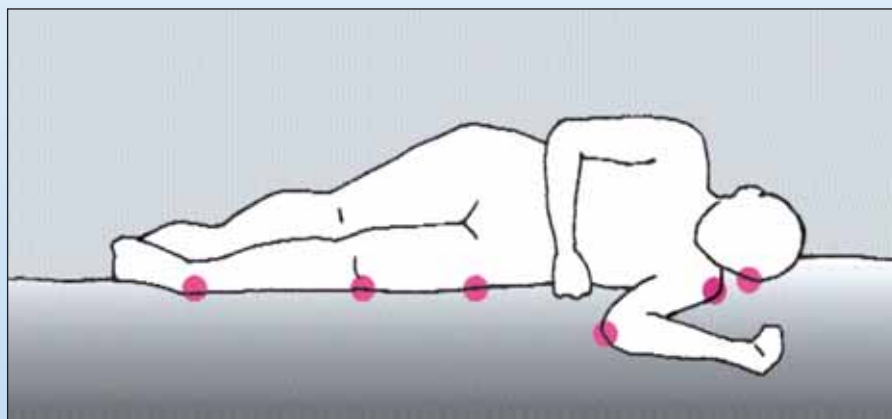
A distanza di un mese circa dal primo incontro, si può proporre all'utente o al caregiver, un ulteriore questionario per valutare la trasferibilità e garantire l'efficacia del processo educativo.

La trasferibilità indica il grado in cui i destinatari hanno raccolto le informazioni fornite, le hanno elaborate, trasferite nella pratica; consente di esplorare il cambiamento nel modo di operare e in particolare, quali nuove conoscenze vengono applicate nella pratica quotidiana.

**NB.** Nelle pagine successive troverete un estratto dello strumento "Prevenzione delle ulcere da decubito - Opuscolo informativo per i pazienti". Sviluppato dal Dipartimento Sanitario dello Stato di Vittoria (Australia). L'opuscolo informativo completo è disponibile all'indirizzo: [www.health.vic.gov.au/pressureulcers/downloads/ppu/italian.pdf](http://www.health.vic.gov.au/pressureulcers/downloads/ppu/italian.pdf)

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ferraresi, Gaiani, Manfredini, 2004, *Educazione terapeutica metodologica e applicazioni*, ed. Carocci, Roma.
- Centro Studi EBN, Linee guida "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione". [www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it)
- "Prevenzione delle ulcere da decubito - Opuscolo informativo per i pazienti". [www.health.vic.gov.au/pressureulcers](http://www.health.vic.gov.au/pressureulcers)





## Prevenzione delle ulcere da decubito

Hai ricevuto questo opuscolo perché si ritiene che tu corri il rischio di sviluppare un'ulcera da decubito, hai avuto un'ulcera da decubito nel passato oppure perché attualmente hai un'ulcera da decubito.

Nell'opuscolo troverai informazioni sulle ulcere da decubito - cosa sono, come hanno inizio, come prevenirle e come riconoscere i primi segni premonitori.

Quest'opuscolo è ideato per i pazienti, ma reca informazioni utili anche per gli accompagnatori.

Se desideri ulteriori informazioni su come prevenire le ulcere da decubito, rivolgiti all'infermiere o al professionista sanitario che si prende cura di te.

*Un commento fatto da Brian Johnson - paziente che ha sviluppato un'ulcera da decubito.*

"Spesso mi dicevano di tirarmi in su nel letto facendo uso del piede buono. Dato che i miei piedi non sentono quasi più nulla, non mi ero accorto del danno che si stava sviluppando (nell'altro piede).

Sono rimasto fermo a casa per molti mesi... ci sono voluti quasi 12 mesi perché guarisse il tallone e ancora ho i segni della cicatrice."

## Prevenzione delle ulcere da decubito Opuscolo informativo per i pazienti



**Cos'è l'ulcera da decubito?**

L'ulcera da decubito è una lesione, una parte della pelle danneggiata a causa di pressione non alleviata e prolungata. L'ulcera da decubito viene anche chiamata lesione da pressione o piaga da decubito.

**Stadi dell'ulcera da decubito**

Le ulcere da decubito sono classificate in quattro stadi, a seconda di quanto profonda sia l'ulcera. Potrai sentire il dolore o il personale infermieristico riferirti alla tua ulcera da decubito in termini di 1°, 2°, 3° o 4° grado. Le ulcere di 1° grado sono meno gravi mentre quelle di 4° grado sono più gravi.

**Perché sono importanti?**

Le ulcere da decubito possono svilupparsi velocemente, per cui è importante stare attenti ai segni premonitori ed agire celermente per prevenirle o per evitare che peggiorino. Le ulcere da decubito possono pregiudicare il tuo stato di salute e rallentare la guarigione. Possono forzarti a rimanere più lungo in ospedale. Le ulcere da decubito spesso sembrano una cosa da poco, un po' di rossore della cute tanto per cominciare, ma potrebbero nascondere del danno più serio al di sotto della superficie della pelle. Le ulcere da decubito possono essere dolorose e possono diventare infette, a volte causando un avvelenamento del sangue o delle infezioni alle ossa.

In casi gravi, esse possono penetrare molto in profondità al di sotto della cute, e una parte della fascia muscolare o dell'osso potrebbe essere distrutto.

**Chi è a rischio di sviluppare ulcere da decubito?**

Tu puoi essere a rischio di sviluppare un'ulcera da decubito se una o più delle seguenti situazioni sono rilevanti al tuo caso:

- sei costretto a letto o su una sedia e non sei in grado di muoverti da solo oppure hai una possibilità di movimento molto limitata
- soffri di perdita di sensazione o di cattiva circolazione del sangue
- la tua pelle è spesso umida a causa di sudorazione o di incontinenza fecale o urinaria
- la tua alimentazione è insufficiente
- Non stai bene

**Valutazione dei rischi che corri**

Per stabilire se sei a rischio di sviluppare ulcere da decubito, un membro del personale ti farà una visita e ti chiederà della tua salute in generale, dello stato della tua pelle e se sei in grado di muoverti da solo. Questo processo viene chiamato "valutazione dei rischi". Insieme potrete quindi stabilire il miglior piano di prevenzione o come ridurre il rischio di sviluppare ulcere da decubito.

**Come hanno inizio le ulcere da decubito?**

I vasi del sangue portano ossigeno e nutrimento in tutte le parti del corpo, pelle inclusa. Una costante pressione esercitata su un'area particolare significa che la pelle di quell'area del corpo fa più fatica a ricevere il sangue ed il nutrimento necessari.

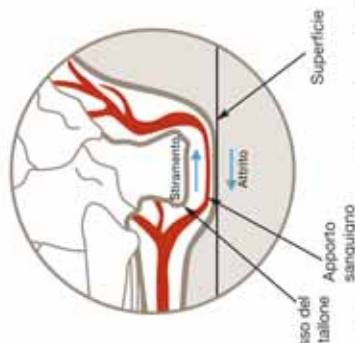
Pensa ad un vaso sanguigno come ad un tubo dell'acqua del giardino. Se calchi il piede sul tubo dell'acqua, la pressione del piede impedisce all'acqua di scorrere. Se le ossa del corpo esercitano troppa pressione sui vasi sanguigni, allora il sangue non riesce più a scorrere e questo può causare danni alla pelle e ad altri tessuti.

Se la pressione del peso normale del corpo di una persona a rischio non viene alleviata, il peso stesso può danneggiare la circolazione del sangue in quel posto, e ciò può provocare dei danni alla pelle e al tessuto del corpo.

Anche se la causa principale delle ulcere da decubito è la pressione non alleviata, una combinazione di altri fattori come l'attrito (dovuto allo sfregamento, il trascinarsi) e lo stiramento (lo scivolare verso la pediera del letto) possono contribuire a danneggiare la pelle con conseguente sviluppo di ulcera da decubito.

Metodi non appropriati di sollevamento e di movimento possono causare la rimozione degli strati superiori della pelle in attrito con le superfici del letto o della

sedia. Il continuo attrito può aumentare il rischio di ulcere da decubito. Lo scivolamento costringe gli strati superiori della pelle ad allontanarsi da quelli più profondi (stiramento). Questo può accadere quando scivoli verso la pediera del letto, o sei tirato in su sul letto o sulla sedia.



Se hai un deficit di mobilità, pelle costantemente umida, cambiamenti di sensazione, circolazione e alimentazione insufficienti, tutti questi fattori possono contribuire allo sviluppo di ulcere da decubito.

### Come puoi prevenire le ulcere da decubito?

Per prevenire le ulcere da decubito devi seguire le tre seguenti importantissime indicazioni:

- ✓ Muoviti, muoviti, muoviti - per alleviare la pressione
- ✓ Prenditi buona cura della pelle
- ✓ Segui una alimentazione equilibrata

### Muoviti, muoviti, muoviti

#### Cosa fare se i tuoi movimenti sono limitati

Quando stai male, o riesci a muoverti di meno, potrebbe essere difficile cambiare posizione o muoverti da solo. Qui sotto troverai alcuni suggerimenti su come puoi ridurre il rischio di sviluppare ulcere da decubito. È importante mantenersi in movimento, dato che gli esercizi fisici aumentano il flusso del sangue verso la pelle, i muscoli e le articolazioni. Un infermiere o un fisioterapista potrà suggerirti i tipi di esercizi da fare durante il periodo di convalescenza.

#### Quando sei sdraiato sul letto

- Girati almeno ogni ora, più frequentemente se non sei su una superficie di sostegno o su attrezzature particolari. Se non sei in grado di muoverti da solo, chiedi al personale che ti aiuti a cambiare di posizione ad intervalli regolari.
- Quando sei sdraiato, la testata e la pediera del letto dovrebbero essere allo stesso livello. Il corpo dovrebbe essere leggermente girato su un lato (a 30° circa) e sostenuto da cuscini. Tale posizione eviterà punti di pressione sul coccige e sulle anche, spostando la pressione sulle parti più carnose delle natiche



Sdraiato di lato a 30°

- Elimina la pressione sulla gamba inferiore piegando leggermente le ginocchia e posizionando un cuscino tra le ginocchia e le caviglie.

### In quale parte del corpo si sviluppano?

Le ulcere da decubito si trovano di solito sulle parti ossute del corpo, ma si possono sviluppare praticamente in qualsiasi posto dove si applica della pressione per un periodo di tempo. Generalmente si trovano dove le ossa sono in prossimità della pelle e dove la pelle preme contro una superficie dura, come una sedia o un materasso.

Questi diagrammi dimostrano dove le ulcere da decubito si sviluppano in varie posizioni o posture.

#### In posizione seduta:

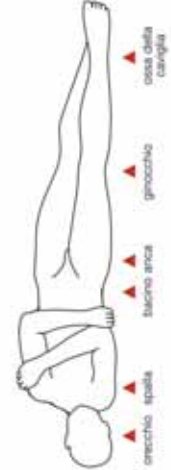
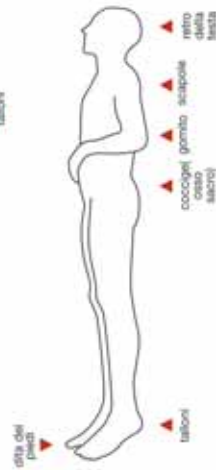
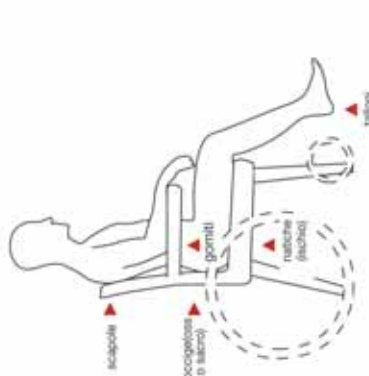
- coccige
- natiche (ischia)
- parte posteriore dei talloni
- gomiti
- scapole

#### In posizione supina:

- la parte posteriore della testa
- scapole
- gomiti
- coccige
- talloni
- dita dei piedi

#### Sdraiato sul fianco:

- orecchio
- lato della spalla
- bacino
- anca
- ginocchio
- ossa della caviglia (malleolo)



- Tirati su dalla sedia spingendoti sui braccioli, piegandoti da un lato, o sollevando una natica alla volta dalla sedia.
- Evita sempre di appoggiarti su di un lato – la pressione aumenta sia sulle natiche che sul gomito.
- Se noti che continui a scivolare in avanti sulla sedia, consulta un terapista occupazionale (OT) che potrà suggerirti alternative alle sedie o cuscini in modo da mantenerli in posizione eretta.
- Sdraiati a riposare durante il giorno – riuscirai così ad alleviare per un po' la pressione sulle natiche.



Posizione seduta sbagliata

### Attrezzature particolari

Se sei ad alto rischio di sviluppare ulcere da decubito, il personale potrebbe ricorrere ad una gamma di attrezzature particolari per ridurre la pressione esercitata su determinati punti del corpo. Queste attrezzature potrebbero includere materassi dinamici o ad aria, cuscini e zeppe per il tallone.

- Quando sei seduto su una sedia
- È importante mantenere una buona postura, evita perciò di sedere in una posizione accasciata. Stai seduto dritto con il posteriore spinto fino al fondo della sedia e con la schiena che tocca lo schienale della sedia. Sorreggi i piedi in modo che le ginocchia siano allo stesso livello delle anche. Non tenere mai le ginocchia più in alto delle anche.

- Fai attenzione ad essere sollevato correttamente, e non trascinato, quando ti cambiano di posizione.
- Indossa indumenti a maniche lunghe e porta i calzini. Chiedi al personale di usare uno 'strato scorrevole' tra te e la superficie del letto o della sedia per ridurre l'attrito.
- Evita di sedere sulle piegature delle lenzuola o degli indumenti, ed evita di appoggiarti contro cerniere e bottoni.



Sdraiato, testa sollevata di 30°



Posizione seduta corretta

- Se decidi di sollevare la testata del letto, mantienila sotto i 30°, altrimenti tenderai a scivolare verso la pediera e questo può recare danno alla pelle a causa dell'attrito e dello stramento. Potrebbe essere utile un letto in grado di sollevare leggermente il materasso sotto le ginocchia per evitare che tu possa scivolare in giù.
- Quando mangi è importante stare seduto per prevenire il soffocamento e per aiutare la digestione. Rimani seduto però solo per circa mezz'ora.

- Quando sei seduto, solleva il posteriore dalla sedia per 15 secondi. Ripeti l'esercizio ogni 15 minuti. È importante fare questo se rimani seduto sulla toilette o sulla seggiola per lunghi periodi di tempo, non dimenticare di piegarti in avanti ogni 15 minuti per alleviare la pressione dal posteriore. Piegati in avanti quando sei seduto se hai una piaga da pressione o un punto che ti dà fastidio.

### Insufficiente circolazione del sangue

Alcune condizioni mediche come malattie arteriose, diabete, anemia ed edema (rigonfiamento) causano una insufficiente circolazione del sangue ed aumentano il rischio della formazione di ulcere da decubito in aree come i piedi e i talloni. Quando la circolazione del sangue è insufficiente le ferite possono necessitare di più tempo per guarire.

- Se non riesci a sentire il senso di pressione o se hai insufficiente circolazione, è importante che tu ispezioni la pelle due volte al giorno. Utilizza uno specchio a mano o chiedi all'infermiere o all'accompagnatore che ti aiuti se ti riesce difficile.

### Cura dei piedi

È importante avere molta cura dei piedi, specialmente se hai accusato una perdita sensoriale o cambiamenti alla circolazione del sangue dei piedi per cause tipo il diabete, il fumare, malattie arteriose o ictus.



Scarpe che calzano correttamente

### Suggerimenti:

- Lavati i piedi ogni giorno con sapone leggero in acqua tiepida e asciugala con cura tra le dita.
- Ispeziona i piedi ogni giorno. Usa uno specchio per essere sicuro di aver ispezionato tutto il piede.
- Chiedi al personale che ti aiuti se hai difficoltà ad ispezionarti.
- Mantieni le unghie delle dita dei piedi tagliate senza spigoli acuti.
- Le scarpe dovrebbero calzare bene fin dall'inizio, mai aspettare che diventino comode solo dopo alcuni giorni. Compra le scarpe al pomeriggio quando i piedi sono gonfi al massimo.
- Controlla l'interno delle scarpe prima di indossarle per vedere se ci sono sassolini o spigoli acuti.
- Usa calzini o calze ad alto contenuto di fibra naturale (cotone o lana) per favorire l'assorbimento del sudore.
- Visita un podologo se hai bisogno di aiuto per le unghie, calli, calzature o cura generale dei piedi.

### Prenditi buona cura della pelle

Con l'avanzare dell'età, la pelle diventa più sottile e meno elastica. Anche gli strati adiposi e sottocutanei diventano più sottili. Ciò vuol dire che la circolazione del sangue è meno protetta e, per questo, è più facile che con il passare degli anni la pelle sia più incline ad essere danneggiata.

- Cerca di mantenere la pelle sempre asciutta e pulita. Avvisa il personale se i tuoi indumenti o il letto sono umidi.
- Ispeziona la pelle regolarmente. Usa uno specchio per le parti difficili da ispezionare. Se non sei in grado di fare questo, il personale lo farà per te come parte del piano preventivo contro le ulcere da decubito.
- Usa agenti idratanti per prevenire che la pelle si secchi e si spacchi, proteggi pure la pelle dall'aria secca o fredda.
- Fa la doccia o il bagno in acqua appena calda facendo uso di detersivi o saponi leggeri. Asciugati delicatamente per prevenire ulteriori danni alla pelle.
- Evita di massaggiare la pelle sulle sporgenze ossee.

### Ulcere da decubito nel passato

Se hai avuto delle ulcere da decubito nel passato, il tessuto cicatriziale in quel posto è più debole e più facilmente incline ad ulteriore danno. Una volta che l'ulcera da decubito è guarita, la nuova pelle non è così forte come la prima. La nuova pelle è forte soltanto all'80% dello stato originale.

### Incontinenza fecale e/o urinaria

Quando dell'umidità o altre sostanze rimangono a contatto con la pelle per un periodo di tempo, questo promuove la crescita dei batteri. Quando i batteri rimangono sulla pelle per qualsiasi periodo di tempo, la pelle può diventare irritata e danneggiarsi ulteriormente.

- Se usi ausili per l'incontinenza, ispezionali regolarmente e cambiali appena necessario.
- Se hai problemi di incontinenza fecale o urinaria, pulisci la pelle non appena si dovesse sporcare e chiedi al personale che ti aiuti. Se desideri ulteriori informazioni su come gestire l'incontinenza rivolgiti all'infermiere che si prende cura di te.

### Cambiamenti sensoriali

Alcune condizioni mediche possono alterare la percezione del dolore o del disagio. Con l'alterazione della percezione delle sensazioni è facile che tu possa non cogliere i primi segni premonitori che indicherebbero la necessità che tu ti muova o ti giri per alleviare la pressione su un punto particolare del corpo.



### Segui un'alimentazione equilibrata

Nella prevenzione delle ulcere da decubito è importante seguire una alimentazione equilibrata e mantenere un peso corporeo sano. Una corretta nutrizione gioca un ruolo vitale nel processo di risanamento delle ferite perché agisce dall'interno del corpo per raggiungere le parti esterne.

- Carni magre, pollame, uova e latticini sono una buona fonte di ferro e di proteine, per aiutare la pelle a riprendersi.
- Il pesce grasso come il tonno, le sardine o il salmone, contiene grassi buoni che incrementano le difese naturali del corpo ed aiutano a combattere le infezioni.
- Le vitamine C ed E sono importanti per il processo di risanamento delle



- Se perdi peso velocemente o se hai poco appetito per lunghi periodi di tempo, sei a rischio di soffrire di malnutrizione e di sviluppare ulcere da decubito. Allo stesso tempo potresti essere ad alto rischio se il peso corporeo è eccessivo. In entrambi i casi sarà necessario consultare un dietista che potrà aiutarti a migliorare la dieta.

- Se hai il diabete cerca di mantenere i valori dello zucchero nel sangue entro i limiti raccomandati dal tuo dottore, questo contribuirà al processo di risanamento.

### Il fumo

- Il fumo danneggia i vasi sanguigni e nuoce alla salute generale della pelle. È consigliabile smettere di fumare. A parte il danno a lungo termine, ciascuna tirata di sigaretta o di sigaro forza i vasi sanguigni a restringersi, riducendo ulteriormente il flusso del sangue.

### Come riconoscere i primi segni premonitori

Ispeziona la pelle due volte al giorno. Avvisa il personale immediatamente se ti accorgi di qualsiasi possibile o reale segno di danno. Se fai fatica ad ispezionare la pelle, chiedi al personale di aiutarti o di farlo in tua vece.

Se scopri un'area della pelle arrossata o sospetta, cambia di posizione e se il rossore permane dopo 30-45 minuti, evita di sederti o sdraiarti su quell'area per 24 ore. Ricordati di avvisare il personale se ti accorgi di uno qualsiasi di questi primi segni premonitori.

### I segni da tener d'occhio (specialmente sulla pelle che copre le protuberanze ossee) sono:

- Pelle di colore rosso / viola / blu
- Vesciche
- Gonfiore
- Secchezza o chiazze secche
- Aree lucide
- Spacchi, calli, grinze

### I segni da sentire al tatto sono:

- Aree dure
- Aree calde
- Pelle gonfia su sporgenze ossee

La cura migliore per l'ulcera da decubito sta nell'eliminare ogni forma di pressione dall'area interessata fino alla guarigione completa.

### Ricorda ...

- Muoviti, muoviti, muoviti
- Prenditi buona cura della pelle
- Segui una alimentazione equilibrata



# L'efficacia del tutorato clinico, nella formazione di base dell'infermiere



*L'utilizzo del Counselling per lo sviluppo delle competenze tutoriali, nel contesto della formazione obbligatoria del tutor clinico infermiere*

di **Carolina Villani**

*Coordinatore Attività Formative e professionalizzanti, CdL in Infermieristica Codigoro, presso l'Azienda USL di Ferrara  
con la collaborazione di Rita Roboni*

*Tutor Pedagogico, CdL in Infermieristica Codigoro, presso l'Azienda USL di Ferrara.*

## PREMESSA

Nella formazione infermieristica, riveste un ruolo chiave l'attività di tirocinio, vista come un momento in cui i contenuti teorici trovano applicazione nella pratica. L'apprendimento è un processo dinamico, centrato sul discente e sulle sue potenzialità. In quest'ottica il sistema tutoriale entra a pieno titolo nel percorso formativo dello studente. La costruzione di una rete tutoriale, durante il periodo di tirocinio, rappresenta un elemento di sostegno, ma anche un valido strumento per facilitare l'apprendimento di nuove "skills" nella pratica assistenziale. Il tutor clinico trasmette il suo bagaglio di conoscenze ed esperienze.

Guida, sostiene, facilita l'apprendimento dello studente/tirocinante e diventa un esempio "sul cosa e perché fare" un intervento infermieristico e "sul come farlo". Il tutor motiva lo studente, affronta e discute su problemi etici che s'incontrano nella pratica infermieristica, rende responsabile lo studente e sviluppa in lui ragionamento clinico, pensiero critico e processo decisionale. Anche la dimensione relazionale che lega il tutor allo studente fa la differenza qualitativa nell'iter formativo dell'infermiere. Il tutor è una figura chiave nella formazione infermieristica perché permette l'apprendimento di una cultura professionale legata ad una pratica in evoluzione. Si tratta di una forma di apprendimento finalizzata ad integrare e migliorare il sapere teorico, ma è anche occasione di esperienze formative non necessariamente programmate, che scaturiscono dalla contingenza degli eventi assistenziali.

L'apprendimento sul campo si traduce nell'acquisizione da parte degli studenti di abilità cognitive e relazionali quali: la capacità di osservazione; la capacità di riflessione; il senso critico e la consapevolezza di sé; a capacità di elaborare conoscenze nuove; l'abilità di strutturare



il ragionamento diagnostico formulando ipotesi e verificandole sulla base dell'Evidence Based Nursing; la capacità di ricercare connessioni tra sapere speculativo e sapere esperienziale, la capacità di relazionarsi con il resto dell'equipe e sentirsi parte di essa oltre che di apprendimento di abilità tecnico gestuali specifiche. Colui che concorre alla formazione professionalizzante deve avere expertise clinica, pedagogica e relazionale.

Le motivazioni che hanno spinto alla realizzazione di questo percorso formativo, derivano dalla consapevolezza che diffondere le competenze tutoriali, fondate sulla "buona pratica", migliora i processi formativi e di apprendimento degli Operatori Sanitari, sia nei contesti didattici, sia all'interno delle organizzazioni. La formazione permanente è ormai universalmente percepita come una necessità per tutti i professionisti in generale e per i professionisti della salute in particolare; infatti, tale necessità è oggettivamente imposta dalla crescita continua delle conoscenze, sia teoriche sia applicate, e dallo sviluppo impetuoso delle tecnologie; entrambi i fenomeni incidono profondamente anche sui cambiamenti delle modalità di esercizio

delle professioni e quindi non è più concepibile né accettabile che, un professionista possa utilizzare sempre e solo per il resto della sua vita il bagaglio di conoscenze e di competenze acquisito inizialmente nel periodo scolastico. Fortunatamente, la necessità di aggiornamento comincia a essere avvertita soggettivamente anche come un dovere etico, attinente all'etica della responsabilità. Per assicurare il passaggio dal training al learning risulta necessario valorizzare l'individuo e la sua esperienza, anche nelle dimensioni del suo vissuto professionale.

Questo passaggio non è solo determinato dalla capacità del formatore di trasformarsi in un facilitatore di apprendimento, ma anche dalla sua capacità di riorientare il significato della formazione. Tale significato viene indicato nella trasformazione che può avere luogo a partire da pratiche riflessive, sull'esperienza e su tutte le sue dimensioni.

Scopo del counselling in ambito formativo, è quello di favorire la riflessione e il dibattito intorno al significato di tutorship, valorizzando la dimensione del ruolo di tutor, come facilitatore dell'apprendimento, superando la visione meccanicistica del modello di istruzione. I professionisti partecipando alle iniziative formative, hanno potuto cogliere l'importanza fondamentale della riflessione sull'esperienza, di cui il tutor diventa promotore, attivando e presidiando nel discente, processi che coinvolgono la sfera cognitiva, emotiva e affettiva, all'interno di uno spazio fisico e mentale che consente a un formatore e a un formando di incontrarsi in una situazione di insegnamento-apprendimento.

## L'ESPERIENZA FORMATIVA

La formazione tutoriale è iniziata con regolarità dall'anno 2004, anno

in cui è stato attivata la sede formativa di Codigoro.

Il Corso ha la finalità di sviluppare non solo una competenza sulla metodologia didattica tutoriale, ma anche di promuovere processi di riflessione profonda attraverso approcci di clinica della formazione per rendere consapevoli, il diventare e l'essere tutor. L'incremento dei tutor clinici ha permesso alla sede formativa di poter utilizzare forme di tutoraggio che prevedono un passaggio da meno di 10 ore settimanali dedicati allo studente, a 20-30 ore settimanali, riuscendo in alcune realtà operative quali l'emergenza, l'area medica e territoriale il rapporto 1 Infermiere 1 studente. Pertanto l'analisi effettuata riguarda la distribuzione aziendale dei tutor clinici, dall'anno 2004 al 2009, suddivisa per area ospedaliera e territoriale:

che riguardavano criticità emerse durante il tirocinio clinico in riferimento alla non uniformità di comportamenti, da parte degli Infermieri/tutor clinici, durante la fase di inserimento accogliamento dello studente; ridotta motivazione al mantenimento della funzione tutoriale da parte dei professionisti.

Lo studio del fenomeno educativo è stato condotto operativamente, utilizzando la metodologia della ricerca sperimentale, poiché riguarda l'introduzione di fattori di cambiamento, all'interno di un'organizzazione. Gli obiettivi erano quelli di: sviluppare negli Infermieri guida di tirocinio, le competenze tutoriali e di facilitazione dell'apprendimento, attraverso modelli di tutoring finalizzati al miglioramento delle performance degli studenti; favorire il mantenimento della rete dei tutor aziendale. Pertanto si è cercato di



Sedi: Ospedaliera e Territorio Azienda Usi Ferrara	Numero tutor clinici					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
OSPEDALE	37	56	55	76	92	103
TERRITORIO	16	23	24	25	29	37

Fonte dei dati: Mappatura dei tutor elaborata dalla sede formativa di Codigoro.

Accanto alla formazione di base, dall'anno 2006 il Corso di Laurea in Infermieristica ha perseguito l'obiettivo di prevedere e progettare una formazione continua per il tutor clinico, le motivazioni sono riconducibili alle problematiche emerse in ambito di tirocinio dagli studenti,

strutturare un percorso comune per gli infermieri dell'area ospedaliera e territoriale, con la stesura, la sperimentazione e l'implementazione della seguente **Procedura Generale** redatta dalla sede formativa "Progettazione, inserimento, accogliamento e certificazione del tirocinio clinico dello studente iscritto al Corso di Laurea in Infermieristica, sede di Codigoro" e **le Istruzioni Operative** "Accogliamento ed inserimento dello studente iscritto al corso di Laurea in Infermieristica sede di Codigoro", suddivise per Area Dipartimentale, redatta dagli stessi Infermieri/tutor clinici. Attualmente tale attività viene monitorata attraverso l'analisi di dati rilevati dalla compilazione di questionari in forma anonima dagli studenti e dai tutor clinici al termine di ogni periodo di tirocinio e i risultati vengono comunicati agli stessi Operatori nelle formazioni obbligatorie.

Per quanto riguarda l'**iniziativa formativa del 2010** che si è conclusa nel mese di ottobre, la formazione obbligatoria condotta dal personale docente del CdL in Infermieristica, ha coinvolto 100 tutor clinici sia dell'area ospedaliera che territoriale. Alla sede formativa del CdL di Infermieristica, i dati raccolti erano indispensabili per comprendere se il

personale che effettua tale funzione è motivato e utilizza le metodologie didattiche e gli strumenti condivisi con la sede formativa, valutare la soddisfazione personale degli infermieri, conoscere le forme di valorizzazione e di riconoscimento della funzione adottate dall'azienda, quantificare l'impegno che il tutoraggio clinico implica durante l'orario di servizio, capire il valore i professionisti attribuiscono alla formazione degli studenti infermieri, orientare la formazione dell'anno 2011 chiedendo ai tutor le tematiche da affrontare. Inoltre la sede formativa perseguiva altri scopi quali: predisporre il contesto formativo e contribuire a creare condizioni organizzative e didattiche favorevoli all'apprendimento; esercitare funzioni di sostegno/guida nei confronti dello studente adottando le metodologie formative più idonee; favorire l'integrazione delle conoscenze teorico-pratiche ed il loro livello di acquisizione; presidiare il processo di apprendimento, fornire feedback sistematico e favorire l'autovalutazione dello Studente/corsista; facilitare e favorire lo sviluppo di meta competenze stimolando l'abilità di pensiero critico e l'autoapprendimento; guidare ed orientare lo studente /corsista nella rielaborazione dell'esperienza di apprendimento,



facilitare e favorire l'autoapprendimento. L'indagine esplorativa prevedeva la compilazione di un questionario composto da domande chiuse, domande aperte e l'utilizzo di scale Likert, perciò il criterio di scelta della popolazione oggetto di studio era rappresentata da un campione di tipo probabilistico (infermieri dell'Azienda Usl di Ferrara, che svolgono attività di tutor clinico e che erano presenti alla formazione obbligatoria).

Lo strumento utilizzato ha indagato le seguenti aree:

- *Informazioni di carattere generale.*
- *Informazioni generali sulla funzione di tutorato.*
- *La funzione di tutorato prevalente.*
- *Soddisfazione professionale.*
- *Selezione dei tutor.*
- *Formazione tutoriale.*
- *Strategie didattiche.*
- *Aspetti organizzativi e di contesto della tutorship.*
- *Valore della funzione tutoriale.*

Dall'elaborazione dei dati, emerge che il 98% del personale infermieristico impegnato in attività di tutoraggio, lo dedica alla formazione dello studente infermiere e che il 48% svolge tale funzione da 1 a 5 anni, e segue da 1 a 5 studenti l'anno. La soddisfazione personale, in merito allo svolgimento della funzione di tutoraggio, colloca gli infermieri nella posizione di essere sufficientemente soddisfatti, percepiscono positivamente la relazione con i colleghi ed il gruppo di lavoro, dimostrano discrezionalità nell'inserimento dello studente e nel suo percorso di apprendimento clinico. La maggior parte del personale deputato alla funzione di tutor clinico,

utilizza gli strumenti che orientano l'acquisizione delle competenze da parte dei tirocinanti: progetto formativo, schede di valutazione, check list, procedure di unità operativa, cartella didattica ad uso assistenziale, mentre compare una criticità nell'utilizzo da parte del tutor di evidenze scientifiche, e quindi di accedere a banche dati recenti.

Per quanto concerne la parte del questionario relativa al riconoscimento che vengono attribuiti a chi svolge la funzione di tutor, è emerso il punteggio medio più basso.

Sono emersi importanti suggerimenti per poter effettuare momenti di formazione e di incontro, individuati dagli infermieri in merito alle tematiche riguardanti le metodologie didattiche e le metodologie di valutazione. Alla sede formativa, l'incontro con i tutor ha permesso di focalizzare l'attenzione su quali abilità gestuali, cognitive e relazionali orientare il laboratorio professionale del I-II-III anno alla luce dell'applicazione della riforma 270/2004 in relazione a quanto definito anche dalla Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie nel settembre 2010.

Contestualmente, la sede formativa dal mese di maggio 2010 ha iniziato a somministrare agli studenti, il *Clinical Learning Environment and Supervision* (CLES), che individua, a partire dalla letteratura, le variabili che influenzano l'apprendimento clinico: la relazione con il tutor, il livello qualitativo dell'assistenza infermieristica erogata, la cultura tutoriale e il clima del reparto e lo stile di leadership del coordinatore infermieristico sembrano essere fattori determinanti. Laddove il contesto



clinico è permeato da buone relazioni fra il personale ed i pazienti, e prevale una struttura poco gerarchica in cui il coordinatore crea i presupposti per l'accoglienza dello studente e la valorizzazione dell'attività di tutorato clinico svolto dagli infermieri, si riscontrano i migliori ambienti di apprendimento clinico come dimostrato anche da alcuni Autori. Il CLES è basato su cinque fattori: a) clima di reparto, che indaga quanto lo studente si è sentito partecipe ed accolto nell'equipe; b) stile di leadership del coordinatore infermieristico, che considera quanto il coordinatore valorizza i membri dell'equipe ed è integrato nel gruppo infermieristico; c) modello di erogazione dell'assistenza infermieristica, che riguarda il grado di personalizzazione delle cure infermieristiche alle esigenze dei pazienti, la chiarezza della documentazione e dei flussi informativi di interesse assistenziale; d) modello di apprendimento, che accerta se l'equipe ha favorito l'apprendimento dello studente e se le occasioni di apprendimento sono state sufficienti e significative; e) relazione di tutorato, che esplora se la relazione studente-tutor clinico è stata caratterizzata da un'interazione reciproca e orientata ai bisogni di apprendimento dello studente.

Il CLES consta di 27 item, le risposte per ogni singolo item si pongono su una scala *Likert* dove "1" significa minimo accordo e "5" significa massimo accordo.

La somministrazione del CLES agli studenti del I-II-III anno durante il tirocinio, si è rivelata fondamentale in quanto la funzione tutoriale è centrale per supportare la riflessione sull'esperienza e garantire un setting adeguato di apprendimento. Se da un lato, dunque, la tutorship si esprime con strategie centrate sullo studente, si deve considerare il contesto specifico in cui si svolge l'esperienza: l'acquisizione di metodi e strumenti di valutazione del setting della formazione clinica, può orientare alcune scelte tutoriali.

Da questa ricerca emerge un dato essenziale ed importante relativo all'ambiente clinico di apprendimento dove lo studente svolge il tirocinio presso la sede formativa di Codigolo-



ro: esso è percepito in modo positivo dagli studenti.

Dai dati emerge la necessità di stimolare la formazione di una cultura pedagogica all'interno dei diversi servizi e unità operative da parte degli infermieristici: il problema della formazione di base non coinvolge solo il/i Tutor clinici, ma tutto il personale infermieristico presente nella sede di tirocinio. La dimensione educativa fa parte delle diverse competenze che l'Infermiere deve sapere e potere sviluppare nello svolgimento della sua professione, rivolta sia ai fruitori del servizio sanitario sia agli studenti.

Dalle analisi di dati fino ad ora esposti emergono quelle che sono le competenze core del tutorato, che devono essere sviluppate nel personale che si occupa di tutoraggio:

- **Le competenze specifiche**, riguardano la conoscenza della normativa vigente sull'obbligo scolastico e formativo; la conoscenza della normativa inerente al tirocinio la conoscenza degli aspetti legislativi del rapporto di lavoro e sulla sicurezza; le conoscenze per preparare e gestire un progetto formativo; possedere una cultura di base riguardo alle dinamiche di gruppo.
- **Le competenze organizzative**, cioè la capacità di curare gli aspetti organizzativo-didattici; sapere gestire il tempo di lavoro per ottimizzare l'efficienza; essere in grado di utilizzare tecniche di monitoraggio e valutazione nelle diverse fasi di apprendimento; sviluppare le competenze relazionali che comprendono l'area della motivazione e cioè la capacità di possedere un orientamento all'aggiornamento delle proprie competenze professionali, saper esercitare azioni di cambiamento e di innovazione, saper instaurare un rapporto di fiducia con l'altra persona, essere in grado di rispettare la reciprocità delle aspettative.
- **Le competenze relazionali**, che rientrano nell'area della comunicazione e della relazione come ad esempio saper interagire efficacemente con persone in situazioni professionali e di ruolo molto diverse, possedere padronanza della comunicazione verbale e non verbale, sapere ascoltare, saper interpretare i bisogni di formazione e sapervi rispondere in modo efficace, saper motivare, animare, dirigere, gratificare; essere in grado di creare un clima piacevole per l'apprendimento, essere in grado di creare un rapporto empatico, essere in grado di attivare

strategie operative che creino consenso, essere in grado di fornire un efficace feed-back verso il tirocinante.

Il tutor deve aiutare e condurre lo studente infermiere nel percorso di formazione professionale all'interno di una comunità di apprendimento che risente della complessità organizzativa, che a sua volta non è avulsa dalla realtà, dal quotidiano che la circonda. Formare alla complessità implica una rivoluzione cognitiva, un riassetto della conoscenza.

Il counselling formativo all'interno della formazione infermieristica, acquisisce una duplice valenza: costituire un valido supporto per lo studente durante il percorso didattico e clinico, rappresentare un elemento cardine nella formazione di tutor clinici, nonché delle relazioni con i



responsabili della formazione infermieristica, sviluppando una logica di rete, e di condivisione delle esperienze maturate durante i periodi di tutoraggio clinico.

## CONCLUSIONI

L'utilizzo del counselling nella formazione, riguarda l'individuazione delle caratteristiche relazionali essenziali per lo svolgimento di un'attività professionale specifica. Costituisce un sistema per rendere le metodologie adottate e i contenuti delle azioni svolte adeguate alle reali esigenze lavorative. Serve a chi ha necessità di sviluppare schemi di pensiero e di azione in situazioni professionali iniziali o di cambiamento. Il counselling formativo, è un appoggio, una risorsa a cui anche il professionista può facilmente accedere per una chiarificazione e

una messa a fuoco dei suoi problemi; inoltre si coniuga con l'atteggiamento riconosciuto dai pedagogisti come più adeguato a favorire la valorizzazione delle risorse personali per favorire l'attuazione delle potenzialità, utilizzando come strumenti operativi la capacità di ascolto e la capacità di guida.

L'azione formativa ha rappresentato un percorso, un viaggio che ha accompagnato la sottoscritta, la collega Roboni, gli infermieri/tutor clinici e i coordinatori infermieristici in un'esperienza comune, simbolo di transizione, di cambiamento, di crescita. Un'immagine che richiama l'esito auspicabile di ogni intervento educativo orientato a generare apprendimento, a mettere in movimento un sapere. Ma quando un viaggio diventa un'esperienza di formazione? Quando diventa un'occasione per scoprire significati, nominare situazioni, rintracciare il filo rosso che lega teorie e momenti diversi tra loro, consentendoci di recuperare il senso di ciò che abbiamo vissuto e questo grazie alla possibilità di uno spazio di elaborazione delle scelte compiute, anche di quelle sbagliate, per comprendere i vincoli che le hanno prodotte, creando così la possibilità di agire su di esse in futuro.

La formazione dei tutor clinici dell'assistenza e il loro successivo training formativo, ha rappresentato per i corsisti un'opportunità per acquisire capacità nell'esercizio della funzione tutoriale, migliorando la qualità dei processi di apprendimento, nei contesti di formazione degli operatori della salute e nelle organizzazioni sanitarie, promuovere la didattica tutoriale, ma anche di promuovere processi di riflessione profonda, attraverso approcci di clinica della formazione, per rendere più consapevole il diventare e l'essere tutor.

Crescere come facilitatori dell'apprendimento non è cosa facile, è un percorso irto di difficoltà, un cammino in cui bisogna partire non solo con il senso della scommessa, ma anche muniti delle necessarie protezioni, che protegge dalle cadute.

## BIBLIOGRAFIA:

- Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, "Principi e standard del tirocinio professionale nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie", settembre 2010.
- L. Zannini, "La tutorship nella formazione degli adulti", Guerini scientifica, 2009.
- AA.VV., "Apprendimento clinico, riflessività e tutorato", Edises, 2009.
- Materiale ad uso interno elaborato dalla Formazione di Base nelle iniziative formative obbligatorie aziendali.



# INFERMIERI 2.0 - "Il futuro è adesso"



Sempre più frequentemente aziende, istituzioni ed enti, hanno la possibilità e la necessità di sfruttare le potenzialità collegate al web, basti pensare ad esempio alle imprese che utilizzando la rete possono arrivare in qualunque luogo del mondo promuovendo e commercializzando i loro prodotti. A questa necessità non si sottraggono gli Enti Pubblici e le Aziende Sanitarie.

È notizia recente che la Federazione Nazionale Ipasvi sta lavorando alla realizzazione del nuovo portale [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it), che rispetto al sito attuale, sarà considerevolmente arricchito di molteplici funzionalità e di ulteriori contenuti.

Sempre più i siti internet stanno diventando canali bidirezionali di comunicazione e quindi chi consulta i portali non è considerato il destinatario di un messaggio ma fruitore di

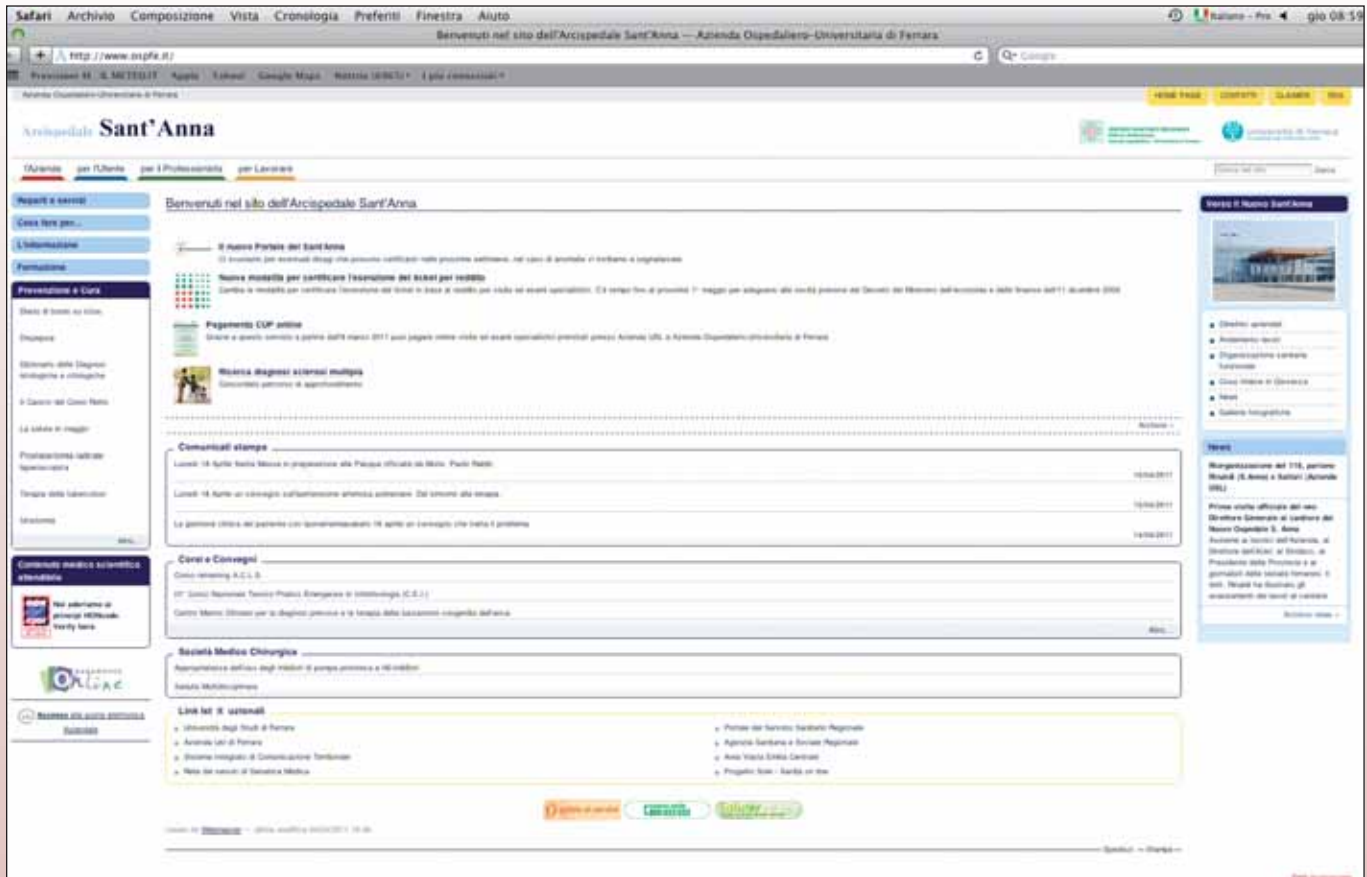


Il sito della Federazione Nazionale Collegi [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

contenuti, potendo nel contempo partecipare allo sviluppo dei contenuti stessi, rendendo sempre di più la comunicazione un processo circolare ed interattivo.

Per questa ragione anche nel nuovo sito della Federazione Ipasvi verranno sviluppati ambiti quali video chat, forum, community sullo stile dei social network (facebook), ma vi sarà anche la possibilità di essere aggiornati in tempo reale, di seguire percorsi di ricerca guidati, di partecipare a programmi online di aggiornamento accreditati.

Periodicamente poi vi sarà la possibilità di approfondire ulteriormente alcuni contenuti con la rivista "L'infermiere" che verrà spedita in forma cartacea agli iscritti due numeri all'anno con una selezione degli articoli più interessanti, mentre con maggiore



Il nuovo sito dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara



Il Diario di Bordo sull'Ictus, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

frequenza sarà scaricabile una versione online.

A queste possibilità non rinunciano nemmeno le Aziende Sanitarie tra le quali l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara che ha recentemente rinnovato nella sua totalità il portale [www.ospfe.it](http://www.ospfe.it) puntando molto sulla semplificazione del sito che appare oggi agevolmente navigabile e con la possibilità di raggiungere facilmente tutti i contenuti.

Sul portale sono disponibili in quattro distinte sezioni tutte le informazioni relative all'Azienda, per gli utenti, per i professionisti e per lavorare. È stata inoltre rivista anche la versione intranet del portale consultabile dalle postazioni internet all'interno dell'Azienda.

Vogliamo sottolineare lo sforzo fatto per favorire e semplificare la navigazione considerando anche l'ampiezza

dei contenuti presenti nel portale. Tra i contenuti vogliamo sottolineare oltre al conoscitissimo "Diario di bordo sull'ictus" scaricabile all'indirizzo <http://www.ospfe.it/reparti-e-servizi/reparti-dalla-n-alla-z/4808/diario-di-bordo-su-ictus>, un elaborato della collega infermiera Piera Paola Trovato, che al termine del Master in Stomatoterapia organizzato dall'Università di Padova, ha discusso la tesi dal titolo "La persona con urostomia - Piano educativo basato su evidenze scientifiche" ed ha realizzato per le persone urostomizzate un opuscolo informativo che viene utilizzato nell'U.O. di Urologia come supporto alle informazioni fornite prima dell'intervento chirurgico e seguirà il paziente in tutto il suo percorso.

Oltre a ciò l'elaborato è stato messo a disposizione di tutti gli operatori sanitari all'indirizzo <http://www.ospfe.it/prevenzione-e-cura/urostomia>, per potersi avvalere



Opuscolo informativo sull'Urostomia, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

dei concetti utili nella gestione del paziente con urostomia.

I dipendenti, utilizzando le postazioni internet dell'Azienda o direttamente da domicilio richiedendo alla Biblioteca username e password, possono consultare nell'area della Biblioteca Digitale di Scienze della Salute (all'indirizzo <http://www.ospfe.it/per-la-formazione/biblioteca/default-page>), una "ricchezza inestimabile" di risorse elettroniche libere e in abbonamento.

Anche il Collegio Ipasvi di Ferrara ha cercato di compiere un ulteriore salto di qualità per avvicinarsi alle esigenze degli infermieri ferraresi, e l'occasione gli è stata data dall'aver subito un attacco informatico che aveva messo fuori uso l'intero sito [www.ipasvife.it](http://www.ipasvife.it). Abbiamo ripristinato la funzionalità del portale, che in relazione ai dati statistici degli ultimi anni, è come nu-



mero di accessi e di pagine consultate, il terzo sito di Collegi Provinciali Ipasvi dopo quello dei Collegi Provinciali di Milano-Lodi e Roma.

Nel contempo abbiamo voluto integrare i contenuti in modo tale da avvicinarci sempre più all'idea che ha guidato in questi anni l'attività nell'ambito della comunicazione con i nostri iscritti, permettendoci di reggere il confronto numerico con realtà che hanno a disposizione molte più risorse, sviluppando nel contempo un canale di comunicazione che permettesse una stretta integrazione con gli altri strumenti utilizzati per arrivare ai nostri iscritti (la rivista, le comunicazioni postali e le e-mail).

Anche nel nostro caso lo sforzo è stato volto a migliorare i contenuti presenti soprattutto nelle sezioni degli atti dei convegni e degli articoli che riteniamo di interesse, ma anche nel ricercare tutti i possibili collegamenti per far sì che il sito diventi sempre più uno strumento con il quale si hanno facilmente a disposizione tutte le risorse necessarie ad un "moderno" professionista.

Vogliamo anche in questo caso segnalare tra il materiale presente sul portale il "Compendio delle principali misure per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza" pubblicato dalla Regione Emilia Romagna nell'anno 2010 ([http://www.ipasvife.it/linee\\_guida\\_inf-oss\\_infezioni%20assistenza.pdf](http://www.ipasvife.it/linee_guida_inf-oss_infezioni%20assistenza.pdf)).

#### La Commissione Comunicazione Collegio Ipasvife



Il sito del Collegio IPASVI di Ferrara [www.ipasvife.it](http://www.ipasvife.it)



Guida all'utilizzo della PEG, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

## La pratica basata sulle evidenze scientifiche

In questo numero della rivista sono finiti sotto la lente d'ingrandimento alcuni argomenti che sicuramente rivestono un notevole interesse per il professionista che quotidianamente si confronta con le molteplici esigenze del malato. Nelle prime pagine di questa sezione, abbiamo focalizzato l'attenzione sulla frequenza nella sostituzione del set di somministrazione della terapia endovenosa e sulla reidratazione orale versus endovenosa per il trattamento della disidratazione dovuta a gastroenterite nel bambino, riassumendo due recenti revisioni sistematiche della Cochrane Library che danno indicazioni di comportamento piuttosto precise sugli argomenti citati. Nelle pagine successive abbiamo affrontato le tematiche legate all'utilizzo del sapone antisettico nella doccia preoperatoria, se l'utilizzo riduce realmente le infezioni del sito chirurgico riassumendo un evidence report svolto da un gruppo di lavoro composto da operatori dell'Azienda USL di Forlì e dell'Azienda USL di Cesena pubblicato sul sito [www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it). Buona lettura!!!

# Il momento ottimale per la sostituzione del set per la somministrazione endovenosa

*(Optimal timing for intravenous administration set replacement)*

Donna Gillies<sup>1</sup>, Margaret M. Wallen<sup>2</sup>, Anne L. Morrison<sup>3</sup>, Karen Rankin<sup>4</sup>, Sue A. Nagy<sup>5</sup>, Elizabeth O'Riordan<sup>6</sup>



- 1 Western Sydney Area Mental Health Service, Parramatta BC, Australia.  
 2 Occupational Therapy Department, The Children's Hospital at Westmead, Westmead, Australia.  
 3 Bathurst Base Hospital, Bathurst, Australia.  
 4 The Children's Hospital at Westmead, Westmead, Australia.  
 5 Faculty of Nursing Midwifery and Health, University of Technology, Sydney, Willoughby, Australia.  
 6 Faculty of Nursing and Midwifery, The University of Sydney and The Children's Hospital at Westmead, Sydney, Australia.



Contact address: Donna Gillies, Western Sydney Area Mental Health Service, Cumberland Hospital, Locked Bag 7118, Parramatta BC, NSW, 2150, Australia.  
[Donna\\_Gillies@wsahs.nsw.gov.au](mailto:Donna_Gillies@wsahs.nsw.gov.au)

Editorial group: Cochrane Anaesthesia Group.  
 Publication status and date: Edited (no change to conclusions), published in Issue 4, 2008.  
 Review content assessed as up-to-date: 14 July 2005.

La somministrazione di terapia endovenosa è un evento comune all'interno del contesto ospedaliero. La periodica sostituzione del set di somministrazione dovrebbe permettere la riduzione della probabilità di contaminazione dell'infusione endovenosa.

Se diminuendo la frequenza nella sostituzione del set di somministrazione endovenosa non aumentano i tassi di infezione, sarebbe auspicabile una modifica della pratica clinica che nel contempo produrrebbe un rilevante risparmio economico. L'obiettivo della revisione sistematica è stato proprio quello di individuare l'intervallo di tempo ottimale per procedere alla sostituzione del set preposto all'infusione quando si procede ad infondere soluzioni o nutrizione parenterale (con contenuto lipidico e non lipidico) attraverso cateteri venosi centrali o periferici, somministrate a pazienti ospedalizzati.

Lo studio si è svolto ricercando pubblicazioni fino al febbraio 2004 tramite le seguenti banche dati Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, CINAHL, EMBASE.

Sono stati inclusi nella valutazione tutti gli studi randomizzati o quasi randomizzati controllati valutando la

frequenza della sostituzione del set per la somministrazione endovenosa considerando in particolare l'infusione di nutrizione parenterale (lipidi e soluzioni non contenenti lipidi) o infusioni di diverso tipo (escluso il sangue) in ambiente ospedaliero attraverso un catetere centrale o una vena periferica.

I due autori hanno valutato tutti gli studi potenzialmente rilevanti e sono stati risolti i disaccordi tra i due autori tramite discussione con un terzo autore.

Sono poi stati raccolti i dati per identificare i risultati determinando le contaminazioni da infusione, le contaminazioni ematiche connesse ad infusione, le contaminazioni del catetere, le infezioni catetere-correlate, tutte le cause di infezione sanguigna e mortalità per qualsiasi causa.

Sono stati identificati 23 articoli per la revisione.

Ne sono stati esclusi otto, cinque perché non soddisfavano i criteri di inclusione e tre a causa di dati insufficienti. In seguito sono stati estratti i dati dai restante 15 riferimenti (13 studi), con 4.783 partecipanti. Gli autori hanno concluso che non esiste alcuna prova che cambiando il set più frequentemente che ogni 96 ore vi sia una riduzione dell'incidenza di infezioni ematiche.

Nel contempo gli autori non sono riusciti ad identificare se cambiando il set meno spesso rispetto a ogni 96 ore aumenti l'incidenza di infezioni. Inoltre, si è riscontrato che non vi sono differenze tra i partecipanti con cateteri centrali rispetto a quelli portatori di catetere periferico, né tra i partecipanti che hanno ricevuto nutrizione parenterale o hanno ricevuto infusioni di diverso tipo, tra bambini ed adulti

### CONCLUSIONI

Sembra che il set di infusione nel caso in cui non vengano infusi prodotti lipidici o sangue possa essere lasciato in sede per intervalli fino a 96 ore senza aumentare l'incidenza di infezioni.

Inoltre non ci sono evidenze che suggeriscono di non sostituire il set ogni 24 ore per i liquidi contenenti lipidi (come attualmente raccomandato).

Per contatti: e-mail [massimo.greco@ptvonline.it](mailto:massimo.greco@ptvonline.it)

La traduzione ed il riassunto dell'articolo sono stati svolti da Andrea Menegatti – Infermiere presso la Degenza di Oncologia Clinica – Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

# Reidratazione orale versus endovenosa per il trattamento della disidratazione dovuta a gastroenterite nel bambino

*(Oral versus intravenous rehydration for treating dehydration due to gastroenteritis in children)*

Lisa Hartling<sup>2</sup>, Steven Bellemare<sup>3</sup>, Natasha Wiebe<sup>4</sup>, Kelly F Russell<sup>5</sup>, Terry P Klassen<sup>6</sup>, William Raine Craig<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Pediatric Emergency, University of Alberta, Edmonton, Canada.  
<sup>2</sup> Department of Paediatrics, University of Alberta, Edmonton, Canada.  
<sup>3</sup> Department of Pediatrics, Dalhousie University, Halifax, Canada.  
<sup>4</sup> Medicine, University of Alberta, Edmonton, Canada.  
<sup>5</sup> Department of Paediatrics, Alberta Children's Hospital, Calgary, Canada.

<sup>6</sup> Department of Pediatrics, University of Alberta, 8417 Aberhart Centre One, Edmonton, Canada



Contact address: William Raine Craig, Pediatric Emergency, University of Alberta, 7215 Aberhart Centre 1, 11402 University Ave, Edmonton, Alberta, T6G 2J3, Canada.  
 William.Craig@albertahealthservices.ca.

Editorial group: Cochrane Infectious Diseases Group.

Publication status and date: Stable (no update expected for reasons given in 'What's new'), published in Issue 1, 2010.

Review content assessed as up-to-date: 28 March 2006.

La disidratazione associata a gastroenterite è una grave complicanza nel bambino.

La reidratazione orale è un trattamento efficace e poco costoso, ma alcuni medici preferiscono reidratare per via endovenosa.

Con la presente revisione sistematica si vuole confrontare la reidratazione per via orale con la terapia per via endovenosa per il trattamento della disidratazione a causa di gastroenterite acuta nei bambini.

Per questa ragione è stata svolta una accurata ricerca della letteratura utilizzando le principali banche dati la Cochrane (fino a marzo 2006), MEDLINE (dal 1966 a marzo 2006), EMBASE (1974-marzo 2006) e Lilla (dal 1982 al marzo 2006).

Sono stati selezionati gli studi clinici controllati randomizzati e quasi randomizzati che hanno confrontato la terapia di reidratazione per via endovenosa (IVT) con la terapia di reidratazione orale (ORT) nei bambini fino ai 18 anni di età con in atto gastroenterite acuta.

I due autori in modo indipendente hanno estratto i dati e valutato la

qualità con il punteggio di Jadad. Sono stati inclusi diciassette studi (1811 partecipanti), di scarsa e moderata qualità. Ci sono stati fallimenti terapeutici superiori con la reidratazione orale (ORT) rispetto alla terapia parenterale (IVT).

Sei sono stati i decessi nel gruppo IVT e due nei gruppi ORT (4 studi). Non ci sono state differenze significative nel guadagno di peso, l'iponatremia o ipernatremia, la durata della diarrea, o l'assunzione totale di liquidi a sei ore.

Degenze ospedaliere più brevi sono stati segnalati per il gruppo ORT.

Le flebite si sono verificate più frequentemente nel gruppo IVT mentre l'ileo paralitico più frequentemente nel gruppo ORT, ma non vi era alcuna significativa differenza tra ORT usando le soluzioni a bassa osmolarità raccomandato dall'OMS.

## CONCLUSIONI

Anche se non ci sono differenze clinicamente importanti tra ORT e FPI, il gruppo ORT ha avuto un più alto rischio di ileo paralitico, e il gruppo IVT è stato esposto ai rischi della terapia endovenosa. Per

ogni 25 bambini trattati con ORT si potrebbe fallire e quindi richiedere reidratazione per via endovenosa. Inoltre i risultati per soluzioni a bassa osmolarità (il trattamento attualmente raccomandato dalla World Health Organization), hanno mostrato un tasso di fallimento più basso per la reidratazione orale, che non è significativamente diverso da quello legato alla reidratazione per via endovenosa.

Quindi la reidratazione orale dovrebbe essere la prima linea di trattamento in bambini con disidratazione da lieve a moderata, con la terapia endovenosa invece che dovrebbe essere utilizzata solo se la via orale risulti inadeguata.

La letteratura analizzata ha oltre a ciò dimostrato che con la reidratazione orale vi può essere un rischio più elevato di ileo paralitico, mentre con la terapia parenterale è superiore il rischio di flebiti.

*La traduzione ed il riassunto dell'articolo sono stati svolti da Andrea Menegatti – Infermiere presso la Degenza di Oncologia Clinica – Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.*

# L'utilizzo del sapone antisettico nella doccia preoperatoria, riduce l'incidenza di infezione del sito chirurgico?



È riconosciuto come le infezioni acquisite in ambito sanitario siano associate ad una significativa morbilità.

Tra le principali localizzazioni di queste tipologie di infezioni vi è il sito chirurgico, rappresentandone approssimativamente il 10%; è stato stimato che le infezioni del sito chirurgico (SSI) duplicano i costi delle cure e determinino un aumento di 6,5 giorni della degenza in ospedale.

La frequenza di infezioni della ferita chirurgica è determinata da numerosi fattori: tra questi, uno dei più importanti è rappresentato dalla carica batterica presente sul sito operatorio al momento dell'intervento, che a sua volta dipende dal distretto del corpo interessato dall'incisione. Infatti, quando la cute viene incisa, i microrganismi che colonizzano la superficie cutanea, possono contaminare i tessuti esposti e quindi proliferare e dare origine ad una infezione del sito chirurgico.

La flora microbica cutanea comprende: microrganismi acquisiti mediante il contatto, che possono essere facilmente rimossi mediante la detersione con sapone, e microrganismi residenti che normalmente vivono tra gli annessi cutanei, come i follicoli piliferi.

La flora residente non è generalmente patogena, ma non viene rimossa facilmente con il sapone, ebbene possa essere numericamente ridotta dagli antisettici.

Molte pratiche assistenziali sono state associate ad un aumento del

rischio di infezione del sito chirurgico.

Le principali fonti di infezione sono rappresentate dal contatto diretto con la flora cutanea del paziente e i tessuti dell'ospite infetti o *contaminati* nel corso di interventi contaminati.

Seguono una non corretta igiene delle mani dello staff chirurgico, la trasmissione per via aerea di microrganismi presenti su cute, mucose o vestiti del paziente e dello staff chirurgico, i drenaggi chirurgici.

Vi sono tuttavia degli interventi che possono ridurre il numero di microrganismi e quindi il rischio di infezione.



Le misure preventive raccomandate, la necessità di sottoporre il paziente candidato ad intervento chirurgico, ad una doccia preoperatoria utilizzando un sapone antisettico. Citando la stessa linea guida, le raccomandazioni relative all'igiene preoperatoria sono le seguenti:

- Esigere che i pazienti facciano la doccia o il bagno utilizzando un agente antisettico, almeno la notte prima del giorno dell'intervento. **Categoria IB.**
- Pulire e lavare a fondo la regione dell'intervento e quella circostante, per rimuovere le grosse particelle contaminanti, prima di eseguire la preparazione antisettica della cute. **Categoria IB.**
- Usare un agente antisettico appropriato per la preparazione della cute. **Categoria IB.**

Tali raccomandazioni hanno l'obiettivo di ridurre la carica microbica sul sito di incisione e quindi ridurre il rischio di insorgenza di una infezione.

Il quesito clinico è stato formulato per valutare la riduzione dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico in pazienti adulti sottoposti ad intervento per valutare se era stat più efficace la doccia preoperatoria con sapone antisettico oppure la doccia preoperatoria con sapone detergente.

Si sono ricercati prevalentemente studi primari – Trial Randomizzati



Le misure preventive proposte in letteratura possono essere suddivise in:

- 1) misure atte a ridurre l'inoculo batterico nel sito operatorio;
- 2) misure mirate ad incrementare le capacità dell'ospite nel contrastare efficacemente l'azione dei batteri che colonizzano la ferita.

Il CDC ha pubblicato nel 1999 una linea guida "Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection", per la gestione del sito chirurgico, nella quale viene riportata, tra le

### Meccanismi e spettro di attività degli agenti antisettici comunemente usati per la preparazione Preoperatoria della cute - "Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection", CDC Atlanta, 1999

Agente	Meccanismo di azione	B a t t e r i g r a m p o s i t i v i	B a t t e r i g r a m n e g a t i v i	M t b	F u n g h i	V i r u s	Rap idità di azio ne	Att ività resi dua	Tossicità	Usi
Alcool	Denaturazione proteine	E	E	B	B	B	Molto rapida	Nessuna	Essiccante, volatile	PC,LC
Clorexidina	Distruzione della membrana cellulare	E	B	S	D	B	Media	E	Ototossica, cheratiti	PC,LC
Iodio/iodofori	Ossidazione/sostituzione da iodio libero	E	B	B	B	B	Media	Minima	Assorbiti dalla pelle con possibile tossicità, irritanti per la pelle	PC,LC
PCMX (para cloro meta xilenolo)	Distruzione della membrana cellulare	B	D*	D	D	D	Media	B	Occorrono più dati	LC
Triclosan	Distruzione della membrana cellulare	B	B	B	S	NC	Media	E	Occorrono più dati	LC

Abbreviazioni: E eccellente, B buono, D discreto, S scarso, NC ignoto, Mtb mycobacterium tuberculosis, PC preparazione della cute, LC lavaggio chirurgico  
Dati da Larson E.<sup>176</sup>

\* discreto, eccetto che per Pseudomonas; l'attività è potenziata dall'aggiunta di agenti chelanti come l'EDTA



preoperatorio, nella riduzione delle infezioni del sito chirurgico, benché rimanga confermata l'efficacia di questo antisettico nella riduzione della colonizzazione batterica cutanea (outcome secondario) che, come noto, rappresenta un fattore di rischio nell'insorgenza di questa tipologia di infezione.

*Evidence Report svolto da un gruppo di lavoro dell'Azienda USL di Forlì e dell'Azienda USL di Cesena composto da Amadori Alessandra, Arcangeloni Angela, Boccali Elena, Maria Angela Fumagalli, Gobbi Jessica, Pollini Gianni, Pola Ceccarelli, Silvia Nicolini, Elena Tarlazzi, Daniela Tassani, Giulia Abbondanza, Alice Tani, Claudia Bagnolini e riassunto da Paolo Scalambra (Infermiere Gastro-ortogeriatría Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara).*

Controllati e Revisioni Sistematiche. Successivamente sono state reperite anche Linee Guida relative all'argomento esplorato, consultando Banche dati di studi primari, Banche dati di Revisioni Sistematiche e Banche dati di Linee guida e ponendo come limite studi pubblicati negli ultimi 5 anni.

I documenti selezionati sono i seguenti:

1. Revisione sistematica: Cochrane Database of Systematic Reviews "Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection", Issue 2, 2009, Webster J, Osborne S.

2. Linea Guida: NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence - Clinical Guidelines (UK). Surgical site infection: prevention and treatment of surgical site infection, 2008.

3. Documento di raccomandazioni pratiche, SHEA/IDSA "Strategies to prevent Surgical Site Infection in Acute Care Hospitals", 2008.

Gli RCTs reperiti attraverso Medline, non sono stati selezionati in quanto inclusi nella revisione sistematica sopra citata.

La linea guida "Prevention of surgical site infections. In: Prevention and control of healthcare-associated infections in Massachusetts 2008 Jan 31", reperita nella banca dati Clearinghouse, non è stata selezionata, in quanto riporta fedelmente le raccomandazioni della Linea Guida CDC del 1999.

La revisione sistematica selezionata è stata sottoposta a valutazione critica, mentre la linea guida NICE, e le raccomandazioni pratiche SHEA/IDSA, riportano i risultati della revisione sistematica.

## CONCLUSIONI

I risultati della revisione sistematica non riportano chiare evidenze sull'efficacia dell'utilizzo della Clorexidina per la doccia/bagno

## BIBLIOGRAFIA

- Lehman B., Prevention of surgical site infections. In: Prevention and control of healthcare-associated infections in Massachusetts 2008 Jan 31. 8 pages.
- Centers for Disease Control, Linee Guida per la Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico, Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere 1999, 6 n. 4 ott-dic.
- Webster J, Osborne S "Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection" Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2, 2009
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence - Clinical Guidelines (UK). "Surgical site infection: prevention and treatment of surgical site infection", 2008
- SHEA/IDSA "Strategies to prevent Surgical Site Infection in Acute Care Hospitals", 2008 Infection Control and Hospital Epidemiology, Oct 2008, vol 29, supplement 1:51-61
- Resi D, Pozzetti C, e al., SICHER - Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico. Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna, <http://asr.regione.emiliaromagna.it> (ultimo accesso: 06/2007).

Per documentarsi  
ulteriormente:

[http://www.aosp.bo.it/reparti\\_servizi/evidencebasednursing/revisioni/lavori\\_cesena/Igiene\\_preoperatoria\\_cesena\\_2010.pdf](http://www.aosp.bo.it/reparti_servizi/evidencebasednursing/revisioni/lavori_cesena/Igiene_preoperatoria_cesena_2010.pdf)



## Congressi in compressa

# “Case Manager, bed Manager, Fast Trake, Unità Operative a Gestione Infermieristica: quali vincoli e quali opportunità per la professione infermieristica”

*Il punto di vista delle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e della Federazione Nazionale Collegi IPASVI*

Seminari svolti in occasione dell'Assemblea degli iscritti

Al termine dell'Assemblea degli Iscritti svoltasi il 31/3/2011, che ha visto l'approvazione del Conto Consuntivo 2010 e del Bilancio Preventivo 2011, il Collegio Ipasvi di Ferrara ha previsto l'approfondimento di alcune tematiche collegate a nuove figure ed a nuovi modelli organizzativi in ambito sanitario connessi alla professione infermieristica, che suscitano un notevole interesse da parte della comunità professionale.

Sono intervenuti alla giornata fornendo autorevoli e competenti contributi la Dr.ssa Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, il Dott. Mauro Marabini, Direttore Sanitario dell'Azienda USL di Ferrara e il Dott. Andrea Gardini, Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara.

Durante l'incontro, moderato dal Presidente del Collegio di Ferrara Sandro Arnofi, è emersa la necessità inderogabile, da parte delle Aziende Sanitarie di sviluppare modelli organizzativi innovativi, superando le comprensibili resistenze al cambiamento che a tutt'oggi perdurano, tenendo anche in considerazione che, a partire dagli anni novanta, nei paesi più avanzati, la formazione di figure



mediche è andata numericamente riducendosi.

Attribuire maggiori responsabilità alle figure sanitarie non mediche porta sul piano operativo a dare pratica attuazione alle ormai non più recenti disposizioni legislative (Legge 42/1999 e Legge 251/2000) che sanciscono una responsabilizzazione nella presa in carico del paziente da parte dell'infermiere; la competenza è la risultanza di un percorso formativo obbligatorio e di un costante training sul campo e il lavoro d'équipe, esplicitativo della multidisciplinarietà imposta dal modello organizzativo e comporta l'inevitabile coinvolgimento di diverse figure professionali nel medesimo percorso di cura e di assistenza al malato.

Per favorire la presa in carico dei pazienti si sono dovuti quindi implementare modelli organizzativi innovativi favorevoli l'integrazione tra diversi professionisti (medici, infermieri, fisioterapisti ecc.) appartenenti ad aree diverse dell'ambito sanitario e sociale, per assistere e curare malati sempre più complessi sotto il punto di vista clinico-assistenziale ma anche con un sempre minore supporto sociale per le tendenze che stanno emergendo negli ulti-



mi anni nella popolazione. La gestione della cronicità richiederà sempre più in futuro, soprattutto a domicilio dove il malato è più indifeso, la presenza di figure che fungano da collante tra diverse professioni e che possano permettere l'erogazione di un'assistenza personalizzata, ma anche in grado di attivare le risorse assistenziali disponibili in ambito sanitario e sociale. L'analisi del contesto sociale ci ha permesso di evidenziare, in campo socio-sanitario, una diversificazione assistenziale legata all'evoluzione epidemiologica, allo svi-

Serve un infermiere capace di cercare soluzioni alternative, in un ambito disciplinare specifico e in grado di applicare concretamente le conoscenze sperimentate nell'assistenza, nell'organizzazione e nella didattica. Per concludere, i contenuti formativi della giornata di aggiornamento hanno puntualizzato che gli infermieri dovranno imparare a lavorare con altre figure, cercando di favorire l'integrazione con gli altri professionisti e fra le diverse strutture socio-sanitarie e ad affidare compiti mantenendo la responsabilità sul risultato finale, potenziando le capacità di pianificazione. Gli infermieri devono saper cogliere questa sfida per fare,



insieme, quel salto di qualità che sempre più si renderà necessario in un futuro ormai prossimo e che farà veramente la differenza, rispetto ai limiti attuali, nei riguardi del paziente. Si ringraziano i tantissimi iscritti che sono intervenuti (circa 250) che con la loro presenza hanno contribuito alla riuscita della giornata di studio.

*Andrea Menegatti – Infermiere Degenza di Oncologia Clinica – Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara - Commissione Comunicazione, Collegio IPA-SVI Ferrara.*



luppo e alla diffusione dei servizi territoriali, alla delocalizzazione del processo decisionale di tipo clinico ed assistenziale, all'accorciamento dei tempi di ospedalizzazione, alla presenza di personale assistenziale di supporto. Tale cambiamento si traduce in un processo culturale che ha come obiettivo il ripensamento a modelli socio-sanitari, a una ri-affermazione del ruolo dell'Infermiere che spesso si colloca in una posizione nodale dell'organizzazione, verso il quale convergono interessi diversificati e a volte conflittuali, che richiedono una complessa capacità di interazione. La risposta del sistema sanitario al mutamento dello scenario demografico, deve prevedere l'incremento di politiche sociali e sanitarie che insistono sull'integrazione socio-sanitaria, per l'assistenza ai malati cronici, ai disabili, agli anziani.



COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI-VIGILATRICI D'INFANZIA  
DELLA PROVINCIA DI FERRARA



Ferrara, li 25 gennaio 2011

Cod.Fisc. 80006200382  
Prot.n. 157/2011/I11  
Oggetto: Risposta a quesito

All'Infermiere  
F.P.

In riferimento alla Sua e-mail del 28/11/2010 siamo a darLe il nostro parere.

**In conseguenza della modifica dell'assicurazione per colpa grave mi sono sorti i dubbi che vengo a proporVi per avere un Vostro parere.**

**Lavoro presso U.O. di ..... e mi trovo quindi a coprire la reperibilità.**

**Ho letto che sul CCNL ne sono previste max 6 al mese, ma in alcuni periodi dell'anno i miei colleghi ed io arriviamo a doverne coprire di più. Questo può avere delle conseguenze sul piano legale e quindi assicurativo?**

#### Riferimento Contrattuale

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO INTEGRATIVO CCNL DEL PERSONALE DEL COMPARTO SANITA' STIPULATO IL 7 APRILE 1999 ARTICOLO 7

Il servizio di pronta disponibilità va limitato ai turni notturni ed ai giorni festivi. Nel caso in cui esso cada in giorno festivo spetta un riposo compensativo senza riduzione del debito orario settimanale. La pronta disponibilità ha durata di dodici ore e dà diritto ad una indennità di L. 40.000 per ogni dodici ore.

Due turni di pronta disponibilità sono prevedibili solo nei giorni festivi.

Qualora il turno sia articolato in orari di minore durata, i quali, comunque, non possono essere inferiori alle quattro ore, l'indennità è corrisposta proporzionalmente alla sua durata, maggiorata del 10%.

Di regola non potranno essere previste per ciascun dipendente più di sei turni di pronta disponibilità al mese.

#### Riferimenti del Codice Civile

Codice Civile

Art. 1173 Le obbligazioni derivano da contratto, da fatto illecito o da ogni altro atto o fatto idoneo a produrle in conformità dell'ordinamento giuridico.

Art. 1176 diligenza nell'adempimento 1) Nell'adempire l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. 2) nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata.

Art. 2236 Responsabilità del prestatore d'opera. Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave.

Sentenza 589/1999 della Cassazione che sancisce l'obbligo che nasce dal semplice "contratto sociale" e la sentenza 19564/2004 che ribadisce: " il rapporto professionale nasce anche in assenza

di un vero e proprio contratto tra medico e malato, ma è sufficiente l'esistenza di un "contatto sociale", in quanto chi esercita la professione sanitaria ha precisi doveri di comportamento verso chi si è affidato alle sue cure "entrando in contatto con lui", indipendentemente dall'esistenza di un impegno formale." (05 novembre 2004)

### **Risposta:**

La disposizione del contratto indica come regola nella programmazione che non devono essere previsti per ciascun dipendente più di sei turni di pronta disponibilità al mese. Per cui se la regola è più di sei ovviamente sono necessarie delle valutazioni di natura organica per garantire il rientro nel parametro, se invece come Lei scrive solo in determinati periodi dell'anno per situazioni delle più disparate si eccede le sei PD mese per dipendente sarà necessario fare una valutazione complessiva delle PD medie mensili con riferimento all'anno.

Per quanto riguarda la responsabilità per colpa grave non cambia in riferimento al numero di pronte disponibilità ma è collegato all'evento singolo che ha fatto scaturire la problematica di responsabilità civile. Da un punto di vista generale è la struttura organizzativa da cui Lei dipende che ha programmato le pronte disponibilità secondo un calendario, non può rispondere il dipendente per responsabilità della struttura.

Per quanto riguarda la responsabilità penale non muta in relazione al numero di pronte disponibilità è sempre individuale non assicurabile e collegata all'intervento del singolo professionista.

**Se il turno di un infermiere può arrivare al max alle 12 ore devo avere un intervallo obbligatorio tra il mio turno e la P.A. che andrò a coprire?**

### **Riferimento Normativo Precedente la Finanziaria 2008**

D.Lgs. 66/2003 Attuazione Direttive U.E. concernenti alcuni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro Art. 7 Riposo Giornaliero: Il lavoratore ha diritto a 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore. Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata

### **LEGGE FINANZIARIA 2008**

(Legge 24 Dicembre 2007, n. 244) «6-bis. Le disposizioni di cui all'articolo 7 non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori».

### **Riferimento Normativo**

Decreto legge 12 novembre 2001, n. 402 *Gazzetta Ufficiale 12 novembre 2001 n. 263* Decreto legge recante disposizioni urgenti in materia sanitaria Articolo 1.

Prestazioni aggiuntive programmabili da parte degli infermieri professionali dipendenti ed emergenza infermieristica.

In caso di accertata impossibilità a coprire posti di infermiere e di tecnico sanitario di radiologia medica mediante il ricorso a procedure concorsuali, le Aziende unità sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, previa autorizzazione della Regione e nei limiti delle risorse finanziarie connesse alle corrispondenti vacanze di organico ricomprese nella programmazione triennale di cui all'articolo 39, commi 19 e 20-bis, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 e successive modificazioni, hanno facoltà, non oltre il 31 dicembre 2003:

- a) di riammettere in servizio infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica che abbiano volontariamente risolto il rapporto di lavoro;
- b) di stipulare contratti di lavoro, a tempo determinato, anche al di fuori delle ipotesi prevista dall'articolo 17 del Ccnl 1° settembre 1995, per la durata massima di un anno, rinnovabile, con le modalità ed i criteri indicati dai commi 2, 3, 4, 5, 6 e 7 dello stesso articolo.

Fermo restando il vincolo finanziario di cui al comma 1 e comunque non oltre il 31 dicembre 2003, le Aziende unità sanitarie locali, le Aziende ospedaliere, le Residenze sanitarie per anziani e gli Istituti di riabilitazione, previa autorizzazione della Regione, possono remunerare agli infermieri dipendenti prestazioni orarie aggiuntive rese al di fuori dell'impegno di servizio, rispetto a quelle proprie del rapporto di dipendenza; tali prestazioni sono assimilabili, ai soli fini fiscali e contributivi, alla libera professione ancorché resa all'amministrazione di appartenenza.

Sono ammessi a svolgere prestazioni aggiuntive gli infermieri dipendenti dalla stessa amministrazione, in possesso dei seguenti requisiti:

- a) essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno da almeno 6 mesi;
- b) essere esenti da limitazioni anche parziali o prescrizioni alle mansioni come certificato dal medico competente;
- c) non beneficiare, nel mese in cui è richiesta la prestazione aggiuntiva, di istituti normativi o contrattuali che comportino la riduzione, a qualsiasi titolo, dell'orario di servizio, comprese le assenze per malattie.

L'amministrazione interessata utilizza in via prioritaria le prestazioni aggiuntive per garantire gli standard assistenziali nei reparti di degenza e l'attività delle sale operatorie.

#### **Codice Deontologico**

6.2 L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione. L'infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o venga pregiudicato il suo prioritario mandato professionale.

#### **Risposta:**

Come definito dalla legge finanziaria non è applicabile ai lavoratori del comparto sanità l'articolo 7 della normativa Europea.

Nell'ambito della struttura aziendale dovrà far riferimento al "regolamento" sull'effettuazione delle PA che indicherà nello specifico come per motivi di protezione e sicurezza della salute dei lavoratori è definito di far fruire del riposo.

La P.A. come indicato dalle norme su descritte è una scelta dell'Azienda nel far fronte alla carenza di personale infermieristico. La responsabilità civile in senso generale dovuta per fatto degli "ausiliari" compete alla struttura. Il riconoscimento della colpa grave non varia tra attività ordinaria e P.A..

Nell'effettuazione dei turni di P.A. la responsabilità professionale deve essere valutata dallo stesso infermiere quando la compensazione non sia a carattere eccezionale e venga pregiudicato il proprio mandato professionale.

Rimanendo a Sua completa disposizione per ogni eventuale, ulteriore chiarimento, Le porghiamo cordiali saluti

IL PRESIDENTE  
**Sandro Arnofi**

COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI-VIGILATRICI D'INFANZIA  
DELLA PROVINCIA DI FERRARA



Ferrara, li 25 gennaio 2011

Cod Fisc 80006200382  
Prot.n. 156/2011/I11  
Oggetto: risposta quesito

Agli Infermieri domiciliari .....  
c/o C. M.

In risposta al quesito da Voi posto con e.mail del 26 ottobre 2010, si allega nostro parere

<p><b>Quesito</b></p>	<p>Siamo gli infermieri dell'....., in seguito alla richiesta di effettuare ECG al domicilio ad utenti impossibilitati a deambulare, a molti operatori che in passato hanno lavorato in reparti d'urgenza è sorto il dubbio sulla responsabilità dell'effettuazione dell'esame, che dopo l'esecuzione viene lasciato a domicilio e verrà letto in seguito dal cardiologo che si recherà a domicilio appena può.</p>
<p><b>Normativa</b></p>	<p>DM 739/94 L'infermiere garantisce la corretta esecuzione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche <b>Cassazione, Sentenza n. 1878/2000</b> L'infermiere non deve semplicemente saper "fare" una ev, ma deve saper esattamente cosa sta somministrando, se le dosi sono corrette, le conseguenze che produce il farmaco, i potenziali rischi ed effetti collaterali...</p>
<p><b>Implicazioni per il professionista</b></p>	<p>Per quanto riguarda l'esecuzione del test non ci sono perplessità sulla possibilità che questa sia eseguito a domicilio da parte di un infermiere. Come indicato dalla Cassazione l'infermiere non deve solo saper fare, ovvero eseguire solo l'ECG, ma deve essere in grado di comprendere per tempestività e prevedibilità dei segni e sintomi rilevati al domicilio le eventuali ricadute per il paziente derivanti da una diagnosi differenziale atto medico postuma all'effettuazione dell'ECG.. In termini di gestione del rischio e della sicurezza si ritiene più opportuno che il tracciato ECG una volta eseguito sia nel più breve tempo possibile posto all'attenzione di un medico. La tempestività della lettura del tracciato non può gravare sull'infermiere ma sull'organizzazione.</p>

Rimanendo a Vostra disposizione per ogni eventuale chiarimento, porgiamo cordiali saluti

IL PRESIDENTE  
**Sandro Arnofi**

COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI-VIGILATRICI D'INFANZIA  
DELLA PROVINCIA DI FERRARA



Ferrara, li 25 gennaio 2011

Cod.Fisc. 80006200382  
Prot.n. 158/2011/I11  
Oggetto: Risposta quesito

All'IP-AFD  
F. A.  
e-mail: info@.....

Con la presente si da risposta ai Vostri quesiti del 8 novembre 2011

Quesito	È consentita da parte dell'infermiere la preparazione utilizzando il seguente sistema Blister facile?
Riferimenti Normativi	<p>DM 739/94 Profilo Professionale "L'infermiere garantisce la corretta esecuzione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche" Procedura Regionale Rev 2 Marzo 2010 "Procedura Regionale sulla Gestione Clinica dei farmaci" che prevede:</p> <p>a) La somministrazione della terapia farmacologica è un atto unitario sequenziale e cronologico. Deve essere compiuto da una sola persona, viene riconosciuta eccezione per quanto attiene la preparazione centralizzata in farmacia.</p> <p>b) Tutti coloro che somministrano farmaci devono avere un adeguato accesso alle informazioni del paziente, attraverso la cartella clinica, la documentazione sanitaria inclusi: la storia medica, le allergie note, la diagnosi ed il piano di trattamento per valutare l'appropriatezza della somministrazione. Devono inoltre possedere conoscenze di:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) uso del farmaco, così come le precauzioni e delle controindicazioni;</li> <li>2) risultati attesi dal suo uso;</li> <li>3) potenziali reazioni avversi e interazioni con altri farmaci, con alcuni cibi o con prodotti non convenzionali;</li> <li>4) azioni da intraprendere nel caso compaiono eventi indesiderati.</li> </ol> <p>Accordo Stato Regione Febbraio 2001 "Profilo Operatore Socio Sanitario". <b>In sostituzione e appoggio dei famigliari e su indicazione del personale preposto è in grado di: aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso;</b></p>
Implicazioni per il professionista	<p>In sintesi:</p> <p>a) la preparazione centralizzata dei farmaci è ammessa secondo le "Norme di Buona Preparazione dei medicinali " (FU XI), nello specifico viene fatto riferimento nelle stesse ad una responsabilità complessiva del processo di allestimento in capo al farmacista.</p> <p>b) In caso di preparazione centralizzata secondo le indicazioni di gestione del rischio clinico le fasi dovrebbero consistere in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• preparazione delle singole confezioni di farmaco in dose unitaria;</li> <li>• stockaggio delle singole confezioni di farmaco in dose unitaria;</li> <li>• prescrizione della terapia ed associazione della stessa con il Paziente;</li> <li>• confezionamento della terapia personalizzata, tramite l'assemblaggio automatico delle varie componenti in dose unitaria in un "contenitore" che viene associato (tramite codice a barre o RFID) in maniera univoca al Paziente;</li> <li>• somministrazione della terapia personalizzata con controllo in-</li> </ul>

	<p>crociato, tramite il codice a barre o RFID, della terapia con il Paziente a cui è stata prescritta.</p> <p>c) Non è delegabile da parte dell'infermiere la responsabilità sulla corretta esecuzione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche, più precisamente non è delegabile la somministrazione di farmaci ad operatori socio sanitari.</p>
<b>Quesito</b>	<b>Per quanto tempo devono essere conservate le documentazioni sanitarie di ospiti dimessi o deceduti?</b>
	<p>Circolare n. 61 del Ministero della Sanità, datata 19 Dicembre 1986, secondo cui "...Le cartelle cliniche, unitamente ai referti, vanno conservate illimitatamente poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire certezza del diritto, oltre a costituire preziosa fonte documentale per le ricerche di carattere storico sanitario". Mentre la predetta circolare prevedeva che "...le radiografie e altra documentazione diagnostica..." dovessero essere conservate per un periodo pari a 20 anni, con il Decreto del Ministero della Sanità del 14 febbraio 1997/26 si è operata una distinzione tra documentazione iconografica e referti radiologici e di medicina nucleare, nei seguenti termini: "...la documentazione disciplinata dal presente decreto e di cui al precedente art. 1, è così stabilita: a. documenti radiologici e di medicina nucleare: consistono nella documentazione iconografica prodotta a seguito dell'indagine diagnostica utilizzata dal medico specialista nonché in quella prodotta nell'ambito delle attività radiodiagnostiche complementari all'esercizio clinico; b. resoconti radiologici e di medicina nucleare: la documentazione del presente punto consiste nei referti stilati dal medico specialista radiologo o medico nucleare. [...]</p> <p>1. Ove la documentazione iconografica di cui al precedente articolo non venga consegnata al paziente, questa deve essere custodita con le modalità di cui ai successivi commi.</p> <p>2. La documentazione iconografica di cui al precedente comma può essere acquisita mediante pellicole radiografiche, supporti cartacei, supporti elettronici. Può essere detenuta in apposito locale predisposto, può essere microfilmata oppure può essere memorizzata in archivio elettronico in conformità alle direttive dell'Agenzia per l'informatizzazione della pubblica amministrazione.</p> <p>3. Qualunque sia la forma di archivio prescelta, la documentazione deve poter essere disponibile a richiesta per successive esigenze mediche. Tale disponibilità deve essere mantenuta per un periodo non inferiore a dieci anni per i documenti di cui al punto a) del precedente articolo ed a tempo indeterminato per i documenti di cui al punto b) dello stesso articolo, salvo termini diversi stabiliti con direttive del Ministro della sanità su conforme parere del Consiglio superiore di sanità...".</p>
<b>Implicazioni per il professionista</b>	<p>La Cartella Clinica, i resoconti radiologici, i referti diagnostici, le SDO, inseriti nella cartella stessa, devono essere conservati per un "tempo indeterminato" e pertanto per un periodo interpretabile come "illimitato".</p> <p>La documentazione iconografica radiologica e di medicina nucleare (D.M.14.02.1997) e, per analogia, ogni altro materiale diagnostico che sia stato sottoposto a trattamento conservativo, quali i preparati istologici o citologici (colorati o meno), le inclusioni in paraffina, nonché i tracciati, le fotografie, i filmati ed ogni altro materiale non deperibile che sia stato oggetto di diagnosi mediante refertazione, devono essere conservati per un periodo di almeno 10 anni.</p>

Rimanendo a Vostra disposizione per ogni ulteriore, eventuale chiarimento porgiamo cordiali saluti

IL PRESIDENTE  
Sandro Arnofi

## Dati relativi alle visite al sito [www.ipasvife.it](http://www.ipasvife.it): un forte trend di crescita

ANNO 2007	MESE	VISITATORI DIVERSI	NUMERO DI VISITE	PAGINE	ACCESSI	BANDA USATA
	Gen 2007	343	475	2435	37282	495.53 MB
	Feb 2007	520	735	3641	54365	834.21 MB
	Mar 2007	572	765	3518	47766	730.24 MB
	Apr 2007	1081	1328	6095	67266	1.57 GB
	Mag 2007	1261	1560	9307	78757	2.34 GB
	Giu 2007	1387	1681	7113	68181	3.82 GB
	Lug 2007	1358	1661	6172	79839	2.49 GB
	Ago 2007	1277	1622	6374	74914	3.14 GB
	Set 2007	1781	2168	5970	75732	4.93 GB
	Ott 2007	1953	2455	7421	96591	6.35 GB
	Nov 2007	1937	2407	7846	119927	5.31 GB
	Dic 2007	1477	1821	5682	98625	3.01 GB
Totale		14947	18678	71574	899245	34.97 GB
ANNO 2008	MESE	VISITATORI DIVERSI	NUMERO DI VISITE	PAGINE	ACCESSI	BANDA USATA
	Gen 2008	2100	2663	8764	188184	3.30 GB
	Feb 2008	1968	2616	9506	191166	3.59 GB
	Mar 2008	3251	4493	14851	271158	5.61 GB
	Apr 2008	3339	4578	14394	265734	5.76 GB
	Mag 2008	3910	5326	15422	267589	6.02 GB
	Giu 2008	4297	5722	15955	260849	6.15 GB
	Lug 2008	3504	4726	12101	215352	4.37 GB
	Ago 2008	2687	3880	10348	180507	3.86 GB
	Set 2008	4627	6364	17201	303263	6.52 GB
	Ott 2008	6058	8226	22442	398053	8.43 GB
	Nov 2008	5106	6798	19036	314475	6.81 GB
	Dic 2008	3278	4204	11608	176592	4.21 GB
Totale		44125	59596	171628	3032922	64.62 GB
ANNO 2009	MESE	VISITATORI DIVERSI	NUMERO DI VISITE	PAGINE	ACCESSI	BANDA USATA
	Gen 2009	4489	5764	15115	248686	5.20 GB
	Feb 2009	4571	5853	15595	233864	5.62 GB
	Mar 2009	5371	6847	17122	269090	6.69 GB
	Apr 2009	4821	6234	16489	260240	5.65 GB
	Mag 2009	4803	6139	15410	241071	5.20 GB
	Giu 2009	4356	5553	13480	199904	5.77 GB
	Lug 2009	3872	5015	12268	184789	4.87 GB
	Ago 2009	3108	4253	10688	157793	4.03 GB
	Set 2009	5052	6589	16527	235231	7.03 GB
	Ott 2009	6037	7847	20754	273770	9.09 GB
	Nov 2009	6482	8445	22735	300345	10.23 GB
	Dic 2009	4598	6034	15035	201002	7.04 GB
Totale		57560	74573	191218	2805785	76.39 GB
ANNO 2010	MESE	VISITATORI DIVERSI	NUMERO DI VISITE	PAGINE	ACCESSI	BANDA USATA
	Gen 2010	6044	7689	20410	259055	9.44 GB
	Feb 2010	6123	7893	19004	248100	9.47 GB
	Mar 2010	6562	8611	21915	284158	10.91 GB
	Apr 2010	5742	7569	19601	263574	9.72 GB
	Mag 2010	6553	8651	21263	282414	11.16 GB
	Giu 2010	6044	7956	19293	240297	10.59 GB
	Lug 2010	4504	6071	14948	187626	7.10 GB
	Ago 2010	3504	4896	12662	156374	6.05 GB
	Set 2010	5849	7524	17745	213893	9.61 GB
	Ott 2010	6818	8932	22376	286647	12.59 GB
	Nov 2010	6678	8731	22870	329165	10.36 GB
	Dic 2010	4436	5756	13810	192660	7.07 GB
Totale		68857	90279	225897	2943963	114.07 GB
ANNO 2011	MESE	VISITATORI DIVERSI	NUMERO DI VISITE	PAGINE	ACCESSI	BANDA USATA
	Gen 2011	5564	7068	16331	233769	8.84 GB
	Feb 2011	5583	7101	17427	225995	9.20 GB
	Mar 2011	5822	7585	19868	271570	10.47 GB

## NORME PER GLI AUTORI

La rivista Infermiere-Collegio pubblica articoli originali di natura scientifica, comunicazione di esperienze professionali, comunicazione di eventi congressuali e scientifici, lettere e richieste aventi carattere di interesse generale in campo Infermieristico, Medico e Sociale e comunque attinenti la Professione Infermieristica.

I lavori possono pervenire su supporto cartaceo ed eventualmente elettronico e dovranno avere queste caratteristiche:

- lettere, lettere aperte: devono essere dattiloscritte in singola copia e contenere generalità, titoli professionali e istituzione di appartenenza degli Autori, nonché recapito telefonico e indirizzo completo dell'Autore referente.
- articoli scientifici, comunicazioni professionali: devono pervenire in copia dattiloscritta o su corrispondente dischetto (in formato PDF o Word) etichettato con nome degli Autori e titolo dell'opera; il testo degli articoli non dovrà superare le 15 cartelle dattiloscritte di 30 righe, ognuna con 60 battute spazio 2, più un massimo di 5 tabelle numerate o fotografie, entrambe in originale.

Gli articoli dovranno essere corredati da un riassunto in italiano contenuto in 150 parole, nonché da: nome, cognome dell'autore, qualifica professionale, nome dell'ente di appartenenza, recapito postale e telefonico.

La bibliografia deve essere limitata all'essenziale, i riferimenti bibliografici vanno indicati con numeri progressivi posti tra parentesi ed inseriti nel corpo del testo.

Illustrazioni, fotografie e tabelle devono essere allegate in singoli fogli o in formato elettronico nel dischetto, ordinate numericamente (Tab. 1; Fig. 1) ed avere qualità elevata di riproduzione grafica. Gli Autori rimangono responsabili dell'autenticità e veridicità del contenuto dei lavori inviati, dei riferimenti esposti, dell'originalità delle illustrazioni e tabelle, ecc...

Tutti i lavori devono essere inviati in busta chiusa con lettera di accompagnamento che autorizza la pubblicazione.

I materiali inviati non verranno comunque restituiti salvo espliciti accordi.