



Scripta Manent

n.63



Notiziario
a cura del
Collegio
IPASVI
Bergamo

All'interno:

- La campagna promozionale dell'infermiere per l'anno 2014
- Le domande più frequenti dei colleghi

SEGUICI SU  COLLEGIO IPASVI BERGAMO

*Il Consiglio Direttivo e il Collegio dei Revisori dei Conti
augurano a tutti i colleghi*

BUONE FESTE



Io infermiere
MI CURO DI TE

Collegio IPASVI Bergamo

Sommario



Editoriale

A cura del Consiglio Direttivo e dei membri della Commissione Innovazione

pag. 3

Io infermiere mi curo di te

A cura di Simone Cosmai

pag. 5

REPORT DEL CORSO

“L’efficacia professionale: pianificazione organizzativa e cambiamento dei comportamenti professionali e personali dei propri collaboratori”

A cura di Enrica Vitali

pag. 7

REPORT DEL CORSO - “Aiutarsi ad aiutare”

A cura del Dott. Tinto e Dott.ssa Peotta

pag. 9

L’infermiere e le culture diverse

A cura di Angela Flora

pag. 12

Mettere in pratica le evidenze scientifiche:

Interventi evidence-based per le dermatiti da radioterapia

A cura di Emilia lo Palo

pag. 16

Manifesto Nurses4EXPO

Serie di iniziative gestite da infermieri per EXPOMilano 2015

pag. 25

Il collega chiede... il Collegio risponde!

A cura della Commissione Redazione

pag. 27

Eventi formativi primo semestre 2014

A cura della Commissione Formazione

pag. 28

Circolare assicurazione obbligatoria

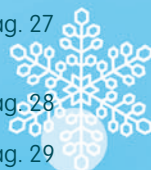
pag. 29

Polizza assicurativa

pag. 30

Io infermiere...

pag. 32



Quadrimestrale del Collegio IPASVI di Bergamo

Proprietà, Redazione e Amministrazione:

Registrazione: Autorizzazione Tribunale di Bergamo n.12 del 14 maggio 1994

Direttore Responsabile: Beatrice Mazzoleni

Responsabile della Redazione: Marco Ghidini

La Redazione: Belometti Dolores, Cosmai Simone, Dorigatti Annamaria, Ghidini Marco, Ghilardi Stefano, Gritti Maria Valentina, Jamoletti Simone, Lanzi Marina, Mazzoleni Beatrice, Mehmetli Enrihan, Negroni Alessandra, Plebani Simona, Stuardi Nadia, Zanella Flavia

Responsabile sito internet: Gian Luigi Bena

Progetto grafico: Gierre srl - Via A. Corti, 51 - Bergamo - Tel. 035.4243057

Stampa: Novecento Grafico s.a.s. - Via Pizzo Redorta, 12/a - Bergamo - Tel. 035.295370

Per partecipare attivamente alle iniziative del tuo collegio, iscriverti ai corsi di aggiornamento, ricevere in tempo reale le informazioni riguardanti il mondo infermieristico, puoi iscriverti alla **mailing-list** accedendo al nostro sito (www.ipasvibergamo.it) e consultando la sezione dedicata.

Per fornire alla commissione redazione articoli, spunti di miglioramento o segnalare criticità scrivere all'indirizzo: customerscriptamanent@ipasvibergamo.it

Orario apertura uffici: lunedì, martedì, giovedì, venerdì (9.30 - 12.00 / 13.30 - 17.00). Giorno di chiusura: mercoledì

Si ricorda che è possibile certificare l'iscrizione all'albo mediante **autocertificazione** (DPR 28/12/2000 n.445).

Per poter esercitare questo diritto il cittadino deve ricordare che:

- ci si può avvalere dell'autocertificazione solo nel rapporto con le Amministrazioni pubbliche dello Stato, con le Regioni, i Comuni, gli Enti di diritto pubblico.
- La legge prevede severe sanzioni penali per chi attesta false attestazioni o mendaci dichiarazioni.



Editoriale

A cura del Consiglio Direttivo
e dei membri della Commissione Innovazione



Nell'attuale contesto storico l'infermiere tende o ha la percezione di vedere la propria figura professionale svalorizzata e poco visibile nei confronti del cittadino. Il momento che stiamo vivendo, caratterizzato dalla razionalizzazione delle risorse disponibili, dalla crisi economica del paese e dai tagli nel settore sanitario, sta causando la richiesta di uno sforzo gravoso a tutti noi infermieri. È innegabile come la nostra professione si trovi ad affrontare continue sfide in tutte le culture e le società, che spaziano dai fenomeni legati ai cambiamenti demografici, al cambiamento delle aspettative e all'introduzione di nuovi servizi oltre che ad una conseguente e adeguata capacità tecnico-scientifica in continua evoluzione.

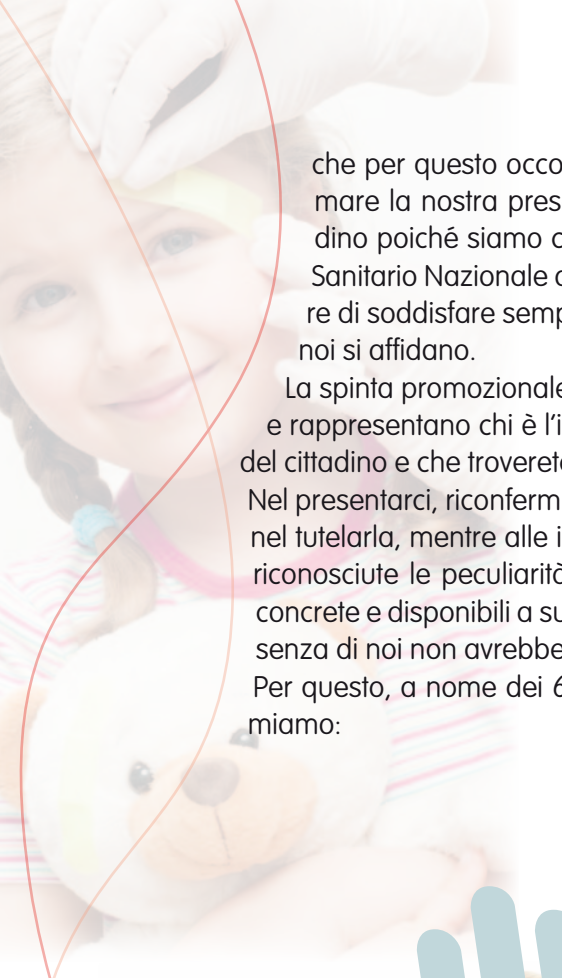
Potremmo dire che esistono molti modi per essere infermieri, esistono diverse modalità operative, ma c'è qualcosa che indipendentemente dal modo di esercitare la professione non cambia e non si modifica: la responsabilità di assistere e di prendersi cura!

È infatti scientificamente provato che la presenza e le attività dell'infermiere portano risultati migliori per la salute del cittadino: diminuzioni delle infezioni, diminuzioni delle cadute, diminuzione delle lesioni da compressione e non per ultimo, la nostra presenza ed il nostro agire limitano le morti. È prioritario che ognuno di noi si renda sempre più consapevole dell'importante ruolo che riveste nella sanità, perché la sua presenza fa la differenza nel prendersi cura delle persone e per questo, è pietra miliare di un Sistema Sanitario che risulta essere oggi più che mai in continuo cambiamento e crescita.

A fronte di queste considerazioni, il collegio IPASVI di Bergamo ha deciso di promuovere una campagna promozionale dalla duplice valenza in quanto rivolta sia alla categoria professionale che all'assistito. Essa ha infatti l'obiettivo di valorizzare la professione infermieristica e renderla visibile agli occhi del cittadino sottolineando le peculiarità del nostro ruolo e dell'assistenza che eroghiamo attraverso competenze tecniche, relazionali, educative e gestionali.

Noi infermieri ribadiamo il nostro impegno nell'agire in modo da poter garantire la sostenibilità del sistema, la sicurezza e la qualità delle prestazioni sanitarie che mettiamo a disposizione dei cittadini.

Siamo infatti convinti che la salute sia un diritto fondamentale di ogni persona e



che per questo occorra garantirla e tutelarla. Per noi è vitale confermare la nostra presenza come veri protagonisti a servizio del cittadino poiché siamo convinti di essere il pilastro fondante del Sistema Sanitario Nazionale a fronte del costante impegno investito nel cercare di soddisfare sempre e comunque le esigenze delle persone che a noi si affidano.

La spinta promozionale sarà accompagnata da 10 frasi che descrivono e rappresentano chi è l'infermiere, quando, dove e come si prende cura del cittadino e che troverete descritte all'interno della rivista.

Nel presentarci, riconfermiamo alla cittadinanza il nostro formale impegno nel tutelarla, mentre alle istituzioni e alla politica, chiediamo che vengano riconosciute le peculiarità proprie della nostra professione, quali risorse concrete e disponibili a supporto del Sistema Sanitario che, siamo convinti, senza di noi non avrebbe futuro!

Per questo, a nome dei 6700 infermieri della Provincia di Bergamo affermiamo:



Io infermiere **MI CURO DI TE**



Collegio IPASVI Bergamo

Io infermiere mi curo di te

*A cura di Simone Cosmai
Consigliere IPASVI BG e Responsabile della Commissione Innovazione*

Questo lo slogan della campagna promozionale che promuoveremo. Vi chiederete, come mai la scelta di una campagna promozionale? Come mai il Collegio IPASVI di Bergamo ha scelto di promuovere ed essere portavoce di un movimento che valorizzi la professione infermieristica?

Siamo in un momento storico di grandi cambiamenti di cui alcuni epocali se pensiamo al nuovo Ospedale di Bergamo, ma anche di nuove organizzazioni e nuovi modelli assistenziali che vengono implementati in diverse strutture della nostra provincia.

Il pensiero di tutti noi infermieri, sono convinto, è quello di avere la certezza di essere i veri promotori del cambiamento, di essere il pregiato mezzo di un'evoluzione che riteniamo essere necessaria a tutela del cittadino. L'impegno di alcuni infermieri che collaborano attivamente con il Collegio, (attraverso la Commissione Innovazione) si traduce in un messaggio che cerca di cogliere il più possibile l'essenza della professione infermieristica affermando: Io infermiere mi curo di te. Ovvero io infermiere, con competenza e professionalità, tutelo e garantisco il mio massimo impegno il bene salute.

Questo messaggio è accompagnato da 10 frasi che concretizzano e rendono tangibile il ruolo che l'assistenza infermieristica svolge in tutti i suoi ambiti e quindi nell'educazione, nella prevenzione, nella cura e nella riabilitazione. Il logo e le 10 frasi saranno rappresentanti della campagna promozionale dell'infermiere ricorrendo in gadget, poster, comunicati

stampati, messaggi promozionali, articoli ed eventi formativi.

Ognuno di noi, deve sentirsi protagonista e portavoce di una nuova visione e considerazione che il cittadino ha della professione infermieristica, del nostro esserci... sempre, della passione che abbiamo e che ci spinge ad aggiornarci continuamente per conoscere e applicare le evidenze scientifiche a supporto delle proprie scelte e attività.

Attraverso i gadget che verranno promossi (braccialetti, portachiavi, magliette, felpe ecc.) ci auguriamo di vedere gli infermieri che con orgoglio e sentimento li mostrino sul luogo di lavoro, nelle loro case, con i loro amici consapevoli del valore insito della nostra professione e senso di appartenenza che ci rende unici.



Io infermiere mi curo di te

Ringrazio sin da ora tutti i colleghi che stanno rendendo possibile questo progetto:

Baggi Sara - Caroli Elena - Facchetti Michele - Ghidini Marco
Mainardi Chiara - Mazzola Riccardo - Negroni Alessandra - Pellegrini Ramona
Petrolo Sara - Plebani Simona - Poli Silvia - Rizzo Daniela

Io infermiere

SONO UN PROFESSIONISTA LAUREATO E AGGIORNO COSTANTEMENTE LE MIE COMPETENZE
PER GARANTIRTI LA MIGLIORE ASSISTENZA POSSIBILE.

Io infermiere

MI OCCUPO DI FORMAZIONE E RICERCA PER SVILUPPARE E ASSICURARTI LE MIGLIORI CURE.

Io infermiere

MI OCCUPO DI ORGANIZZAZIONE E GESTISCO AL MEGLIO
TUTTE LE RISORSE DISPONIBILI NECESSARIE PER GARANTIRE IL TUO BENESSERE.

Io infermiere

ERO PRESENTE QUANDO SEI NATO, SONO PRESENTE SE DEVI AFFRONTARE LA MALATTIA
E SARÒ PRESENTE PER MANTENERE LA TUA DIGNITÀ E RIDURRE LA TUA SOFFERENZA.

Io infermiere

TI ASSISTO SENZA DISTINZIONE DI RELIGIONE, SESSO, CREDENZA E CULTURA.

Io infermiere

TI GARANTISCO ASSISTENZA 24 ORE SU 24, OGNI GIORNO DELL'ANNO.

Io infermiere

IN OGNI AMBITO MI IMPEGNO A FAVORIRE LA VICINANZA DEI TUOI CARI.

Io infermiere

RIDUCO LA POSSIBILITÀ CHE TU POSSA CONTRARRE INFEZIONI E SVILUPPARE COMPLICANZE.

Io infermiere

SODDISFO I TUOI BISOGNI DI SALUTE PROMUOVENDO E TUTELANDO LA TUA AUTONOMIA.

Sono infermiere

E LA TUA SALUTE, I TUOI MIGLIORAMENTI, IL TUO SORRISO E IL TUO GRAZIE
MI RENDONO FIERO DELLA MIA PROFESSIONE SEMPRE.

REPORT DEL CORSO

“L’efficacia professionale: pianificazione organizzativa e cambiamento dei comportamenti professionali e personali dei propri collaboratori”

A cura di *Enrica Vitali*
Coordinatore infermieristico blocco operatorio CDC San Francesco

(...) Quel giorno Fabienne aveva alcune attività sull’agenda, ma per lo più sembrava occuparsi di quello che accadeva in reparto, riempiendo i momenti di pausa con questioni amministrative, come la pianificazione dei turni. Lo schema, il ritmo, lo stile mi apparvero con evidenza fin dal primo momento in cui arrivai. Fabienne ergeva - ma direi quasi “librava” - al centro di tutto, per lo più all’interno del reparto, mentre le persone e le attività vorticavano intorno a lei. Era quasi impossibile anche solo registrare tutte le interazioni, perché per la maggior parte, almeno nella prima parte della giornata, duravano pochi secondi - osservazione su questo, domanda su quello, una richiesta su quell’altro.

Tutto sembrava fluire insieme, via via che le domande da una parte si trasformavano in risposte dall’altra - a proposito del personale, delle medicazioni di un paziente, della pianificazione degli interventi e delle dimissioni e così via.

Un momento Fabienne discuteva con un chirurgo di un problema relativo a una fasciatura; il momento dopo, stava registrando i dati della tessera sanitaria di un paziente; poi riorganizzava i turni sulla lavagna e recuperava in casella le note delle infermiere; dopo usciva dalla stanza per parlare con qualcuno in accettazione; quindi andava in corsia da un paziente che aveva la febbre, e intanto faceva diverse telefonate alle infermiere del turno serale per sapere se qualcuno quel giorno potesse sostituire una

collega assente. (...) Come diceva lei stessa, parlando di sé, il reparto aveva bisogno “di qualcuno che conosca il traffico e sappia come gestirlo”.

Tratto da: Mintzberg H., IL LAVORO MANAGERIALE, Franco Angeli, Milano 2010, pp. 258-61. La gestione manageriale come cura diffusa. Fabienne Lavoie, infermiera caposala. Northwest, Jewis General Hospital (Montreal, 24/2/1993)

Quello che viene richiesto a tutte noi Fabienne che corriamo e libriamo nelle unità operative è “efficacia professionale” e tutta questa energia spesa nel movimento diventa quasi un dimostrare che si sta dando il meglio di sé, che è un buon modo per autoconvincersi e dirsi che si sta lavorando al massimo delle proprie forze.

Poi si partecipa a un corso di formazione e viene detto, se hai fretta, devi andare molto piano: spendere più tempo all’inizio fa guadagnare tempo ed energie in un secondo momento, e allora ci si siede e si esclama: sto sbagliando tutto!

Vero, perché il correre e ricoprire tutte le mancanze e le assenze dei colleghi non è certo un problem solving strategico, ma è più un nascondere una sbagliata organizzazione e una incapacità di comunicare con i propri colleghi.

Si deve sempre ricordare che ogni attività lavorativa con carattere direttivo certamente presuppone una seria pianificazione organizzativa, basata essenzialmente su una serie di misure e decisioni, volte non solo a far convivere funzioni e abilità diverse tra

L'efficacia professionale...

soggetti coinvolti, ma, e soprattutto, nello specifico dell'attività del coordinatore sanitario, interventi diretti a una pianificazione del lavoro nelle sue varie fasi.

In altri termini il coordinatore dovrà essere in grado di rendere efficace l'azione lavorativa

dei singoli lavoratori e nello stesso tempo creare sinergia tra gli stessi, applicando le regole del lavoro di équipe, e mantenendo sempre i rapporti, anche con la direzione, informando dell'attività che si sta svolgendo e degli obiettivi che si vuole perseguire.

Dovrà avere la forza di apportare cambiamenti, anche in realtà apparentemente funzionali, ma non del tutto efficaci e professionali.

I rapporti con i propri collaboratori certamente dovranno vertere su valori di rispetto reciproco, cordialità e serenità, ma nello stesso tempo non bisogna confondere e non bisogna perdere di vista quelle che sono le specifiche funzioni, gli specifici ruoli e i singoli doveri verso l'azienda, verso i propri superiori e soprattutto verso se stessi. Sono ben note le cause alla base della resistenza al cambiamento (desiderio di preservare interessi personali, le diverse percezioni delle diverse esigenze dell'organizzazione, l'angoscia di non essere in grado di affrontare il cambiamento...), ma queste resistenze possono essere superate solo se il coordinatore metterà in atto le strategie adatte che risulteranno credibili se saprà comunicare con chiarezza, partecipazione e coinvolgimento gli obiettivi da perseguire e il metodo di lavoro conseguente. Dovrà inoltre mettere in atto strategie di negoziazione e, se sarà necessario, coercizione esplicita e implicita.

Si deve conoscere il traffico e si deve imparare a gestirlo per non sentirsi sopraffatti dal lavoro.

REPORT DEL CORSO

“Aiutarsi ad aiutare”

A cura del Dott. Tinto e Dott.ssa Peotta

Questo corso è nato da un'esigenza di un'infermiera che voleva imparare a gestire le situazioni più emotivamente “pesanti” nel modo più utile ai propri pazienti. Ma come si è visto dalla partecipazione al corso e dalle richieste di ulteriori edizioni, l'esigenza iniziale di una singola persona rispecchia l'esigenza di molti altri infermieri che quotidianamente si occupano degli altri, ma che spesso non si occupano di loro stessi, vuoi per fretta, per abitudine, per cultura o altro.

Noi docenti abbiamo assistito a dibattiti, a testimonianze e a condivisioni di esperienze e conoscenze nate da anni di professionalità spesa sul campo e animata da passione e amore per questo lavoro.

Di seguito vengono espone alcune delle idee che sono emerse durante le diverse edizioni di questo corso, per dare omaggio al lavoro fatto e perché questo contributo possa essere di interesse anche per altri.

Il corso è strutturato in modo tale da favorire la condivisione e il confronto dei punti di vista dei partecipanti attraverso esercizi, interventi e workshop.

Questa metodologia riconosce gli infermieri come i veri esperti della situazione e i depositari di esperienze e conoscenze preziose e utili per i propri colleghi.

Per tali motivi possiamo dire che il corso l'hanno costruito loro e di volta in volta è cambiato in base ai partecipanti, i veri



protagonisti del corso.

I partecipanti hanno dato una definizione di malattia, che è stata elaborata dai docenti e che è la seguente:

“La malattia è causata da una necessità d’amore per una rottura dell’equilibrio psicofisico, un percorso complesso di crescita non sempre accettato da chi ne è colpito.

Per affrontare la malattia bisogna avere un equilibrio psicologico e sociale, perché, al contrario, si forma una disarmonia.

La sofferenza, la solitudine e la dipendenza sono strumenti che possono aiutare a diagnosticarla perché la malattia è un possibile disagio privato e sociale, è un momento in cui la vita si ferma e da cui si deve ripartire.

La malattia è un evento positivo, con possibilità di nascita di nuove caratteristiche, ma contemporaneamente negativo: fa star male.

È un taglio netto, un’interruzione di vita nei confronti di se stessi e degli altri, è un momento di crescita per tutti”.

Questa definizione è il risultato delle definizioni date dai singoli gruppi e, da sola, dice quanta esperienza di vita e di lavoro c’è nei partecipanti.

Altri aspetti che sono emersi riguardano il linguaggio e le emozioni nella relazione tra infermiere, paziente e parente.

Nella relazione con il paziente e il parente il linguaggio è uno strumento fondamentale per trasmettere non solo informazioni, ma anche emozioni, definire le distanze e creare un rapporto di fiducia. L’infermiere innanzitutto deve essere consapevole del linguaggio che usa, dell’effetto sull’interlocutore e delle parole migliori da usare.

Con un bambino spesso è utile fare delle correlazioni con il suo quotidiano, se si vuole spiegare una cosa; per esempio, per rassicurare un bambino terrorizzato dalle punture, paragonare il fastidio che sentirà con una “zanzarina” è comprensibile per lui e facile per l’infermiere.

Per quanto riguarda le emozioni, l’infermiere trova difficoltà nel gestire l’aggressività del paziente e spesso del parente. L’interpretazione dell’emozione risulta determinante per poterla gestire e si è visto che dietro all’aggressività c’è la paura di quello che potrà accadere, l’ansia per il parente ammalato, la delusione delle esperienze passate. Quello che è importante capire, è che la causa non è l’infermiere in sé, ma il significato, le esperienze passate e le preoccupazioni che la persona ha. Spesso ci si arrabbia con la persona sbagliata nel momento sbagliato. Se l’infermiere si prende in carico tutta l’aggressività e si considera la causa di questa reazione, non fa che peggiorare la situazione. Invece se comprende che la causa è altro da lui, può cercare di capirla e trovare un modo per rassicurare l’altro riguardo a quello che gli compete, contenendo così l’emozione.

Da ciò si evidenzia come i ruoli che l’infermiere assume all’interno della relazione di aiuto sono svariati. In alcuni casi l’infermiere fa da mediatore tra paziente e parente, come quando un’ospite anziana ricoverata in una casa di riposo si lamenta che la nipote non viene mai a trovarla perché non ha tempo. L’infermiere in questo caso ha cercato di vedere con la nipote se ci sono amici che la signora conosce che



possono venire a trovarla insieme a lei qualche volta. Un dialogo di fronte all'ospite dimostra che due persone ascoltano il suo bisogno e che cercano di trovare una soluzione. Il semplice occuparsi di lei la tranquillizza.

Altre volte il ruolo dell'infermiere è quello di stemperare i giochi relazionali che intercorrono tra paziente e parente. Come nel caso in cui l'ansia della figlia di una paziente appena ricoverata si riversa sull'infermiera tempestandola di domande a livello tecnico. All'inizio l'infermiera cerca di trattenere l'invadenza della figlia, poi appena ne ha il tempo sposta l'attenzione sulla paziente e sulle sue domande. Ecco la paziente si sente finalmente ascoltata e considerata protagonista della situazione, contemporaneamente la figlia si calma perché sente che la responsabilità non è completamente sulle sue spalle. Altre volte l'infermiere ha un ruolo di osservatore privilegiato, in quanto può notare come il paziente si relaziona in modo diverso rispetto agli interlocutori che sono presenti. Per esempio il caso di una donna che soffre di dolori cronici, che cambiano e aumentano alla presenza o meno del figlio.

Altre volte l'infermiere è un ottimo ascoltatore: raccoglie le lamentele, le delusioni e

le paure che il paziente ha vissuto prima di venire nella sua struttura. Come il caso di un marito molto aggressivo e diffidente, che dopo un ascolto attivo dell'infermiere esprime la sua frustrazione riguardo al lungo iter che ha portato sua moglie a quella struttura. L'infermiere risulta essere un interlocutore attento al quale il marito riesce a confidare la sua rabbia e impotenza di fronte alla malattia della moglie. Anche i malati sono gli esperti della loro situazione e sono i veri docenti degli infermieri. Alla domanda rivolta agli infermieri "cos'hai imparato di bello dai tuoi pazienti?" riportiamo solo una testimonianza che può essere d'esempio.

«Stavo facendo un prelievo ad un bambino malato terminale di sei anni, che aveva affrontato da poco un trapianto di midollo; purtroppo, dopo la prima provetta, la vena si è rotta ed io ho cominciato ad agitarmi. Lui molto tranquillamente, indicandomi l'altro braccino, mi ha detto: "stai tranquilla, facciamo volare la farfallina da questa parte, forse qui c'è più succo!!" e mi ha sorriso.

È lui che mi ha fatto sorridere e sono questi piccoli momenti che mi danno la carica e la forza di continuare ad esercitare questa professione».

L'infermiere e le culture diverse

A cura di Angela Flora
Dottoressa in Programmazione e Gestione delle Politiche e dei Servizi Sociali

Articolo tratto dalla tesi di ricerca dal titolo:
Teoria e pratica della competenza interculturale degli operatori sanitari: un'indagine su bisogni e offerta formativa, Università degli Studi di Milano - Bicocca, Facoltà di Sociologia

Nella nostra vita di tutti i giorni, ci consideriamo membri di una serie di gruppi e a tutti questi gruppi apparteniamo. Ognuna di queste collettività ci conferisce un'identità specifica. Nessuna di esse può essere considerata la nostra unica identità o la nostra unica categoria di appartenenza. Passiamo dall'assunto di similarità, ossia dalla considerazione che noi esseri umani siamo più o meno uguali per il semplice fatto di essere umani e di avere bisogni comuni di cibo, riparo, sicurezza, e così via, all'idea forse più plausibile che siamo "diversamente differenti": le forme di adattamento a questi comuni bisogni biologici e sociali e i valori, le credenze e gli atteggiamenti che li sostengono sono differenti da cultura a cultura².

Descrivere, interpretare e valutare una cultura nel linguaggio comune spesso significa far riferimento alle tradizioni, agli usi, costumi, la storia dei diversi gruppi e degli individui, ponendo attenzione agli aspetti oggettivi della cultura. Tuttavia si può conoscere molto sulla storia di una cultura e, nello stesso tempo, non essere in grado di comunicare con una persona proveniente da quella cultura. La consapevolezza della prospettiva non si traduce automaticamente nella capacità di cambiare prospettiva: un passaggio di prospettiva è possibile attraverso un cambiamento di coscienza intenzionale³.

La cultura è responsabile della costruzione delle nostre realtà individuali e delle nostre competenze e soprattutto dei comportamenti comunicativi. Meno appartenenze sono condivise tra i due o più interlocutori e

più interculturale è la comunicazione e l'efficacia della comunicazione viene ridotta o, comunque, diviene più difficile da ottenere. La presenza di esperienze simili, di valori, idee, ideali condivisi rende certamente più facile adeguare le nostre mappe culturali a quelle del nostro interlocutore; più si discostano e maggiori saranno gli aggiustamenti necessari affinché il messaggio possa essere compreso sulla base di significati condivisi.

L'approccio alla cultura, all'idea di cultura "sogettiva"⁴, tipico della comunicazione interculturale, fornisce una base per una definizione di diversity che includa la cultura nazionale oppure etnica. Per esempio l'etnicità è un tratto culturale più che un'eredità genetica. Avere la pelle nera o altre caratteristiche somatiche negroidi ci dicono che una persona è "nera", ma nascere nero a New York o Pretoria non ha lo stesso significato. Altre categorie di diversità culturale soggettiva sono il genere, la regionalità, la classe socio-economica, l'età, l'abilità fisica, l'orientamento sessuale, la religione, l'organizzazione, la professione. Un esempio sul genere: non è l'ambiente sociale che determina il sesso, ma certamente lo caratterizza. Nascere femmina a Kabul, a Calcutta o ad Oslo non ha lo stesso significato e non si vive nello stesso modo la propria femminilità.

La competenza interculturale è già parte dell'essere operatore sanitario. Non è un attributo da aggiungere alla qualifica professionale, perché fare assistenza significa farsi carico dell'altra persona, con le sue

L'infermiere e le culture diverse



specificità, la cosiddetta personalizzazione dell'assistenza, e questo comporta una lettura dell'altro per poter rispondere ai suoi bisogni specifici.

La conoscenza è importante come base da cui partire per leggere il bisogno dell'altro, ma è necessario sperimentarsi nella relazione.

La sensazione è che l'operatore senta la responsabilità della relazione, intesa fondamentalmente come relazione di aiuto, nel quale è chiamato a farsi carico dell'altro al meglio, in modo tecnicamente ineccepibile e, essenzialmente, da solo, attraverso la propria sensibilità e l'esperienza acquisita. Secondo il modello medico, la relazione terapeutica che si instaura tra operatore e singolo utente-paziente appare contrassegnata, come sottolinea questa stessa denominazione, da un'asimmetria⁵. Essa prende

forma a partire dalla rappresentazione che uno, l'operatore, sia in possesso di conoscenze, di risorse e capacità di lettura e di intervento su ciò che deve essere prodotto, mentre l'altro, il paziente appunto, sia portatore esclusivamente di "mancanze". Gli utenti dei servizi sanitari, spesso, infatti, non appaiono soggetti "competenti" e la loro condizione risulta piuttosto contrassegnata da elementi di debolezza e disorientamento. Il sistema che traspare sembra caratterizzato da una visione etnocentrica capace di riconoscere la diversità culturale, ma attribuendole una valenza essenzialmente negativa, in cui "loro" non sono capaci quanto "noi" e hanno bisogno di essere condotti.

Molte forze sono state spese nell'ambito del diversity training al fine di lavorare sulla propensione umana all'etnocentrismo ed al pregiudizio. L'assunto implicito è che

le persone formate/informate sugli effetti negativi dell'etnocentrismo, del pregiudizio cambiano automaticamente modo di fare, passando dall'intolleranza all'inclusione del diverso. In realtà l'approccio trasformativo delle attitudini si è dimostrato largamente inefficace nella creazione di nuove competenze per gestire la diversità culturale. Un approccio differente per affrontare la naturale condizione di etnocentrismo è dato dal Modello Dinamico di Sensibilità Intercultura (MDSI) di Milton Bennett⁶. Si distingue dalle altre teorie della competenza interculturale perché alla base assume che la competenza non sia solo un insieme di saperi e abilità né tantomeno sia sufficiente avere attitudini positive. È necessario invece avere una particolare struttura della visione del mondo, *worldview*, che permetta agli individui di fare esperienza della propria e delle altre culture in modi etnorelativi e che permetta loro di applicare saperi e abilità in modo appropriato⁷ ed efficace⁸. In tale approccio, dunque, la competenza è la capacità di aumentare progressivamente la possibilità di comprendere la realtà e quindi fare esperienza della differenza in maniera sempre più complessa: più gli individui e le organizzazioni da loro formate hanno una visione del mondo articolata, maggiore è la loro possibilità di essere competenti interculturalmente e, in conseguenza, di gestire meglio il cambiamento. L'incapacità di esperire la differenza culturale è definita *etnocentrica*, in quanto un individuo è in grado di costruire l'esperienza solo della propria cultura. In questi stadi le altre culture non esistono (negazione), sono una minaccia (difesa) o sono differenti solo in superficie (minimizzazione). Nel momento in cui le persone acquisiscono

una visione del mondo capace di supportare l'esperienza interculturale diventano *etnorelative*. Sono allora capaci di riconoscere il valore delle altre culture (accettazione), di cambiare la loro prospettiva e modificare il comportamento per tenere in conto l'altra cultura (adattamento) e di incorporare la competenza interculturale nelle loro identità (integrazione).

La ricerca mostra che non è sufficiente essere a contatto quotidiano con persone di cultura diversa, oppure avere una conoscenza approfondita delle diverse culture, se non si ha una visione del mondo che permetta di fare esperienza della diversità in modo complesso. La visione che emerge è piuttosto etnocentrica, ossia sembra che ad una lettura della complessità della realtà dell'operatore sanitario non corrisponda una visione altrettanto complessa dell'esperienza reale dell'altro o, al massimo, le differenze culturali sono considerate superficiali come le abitudini alimentari o altre norme sociali, ritenendo nel profondo tutte le persone fondamentalmente uguali perché tutti esseri umani.

Questo, per inferenza, porta ad una definizione di competenza sbilanciata verso l'insieme delle competenze e conoscenze pratiche per poter agire in relazioni interculturali, a discapito della capacità di riconoscere la diversità, mantenendo un atteggiamento positivo verso di essa, e di concettualizzare l'esperienza della diversità che è alla base della conoscenza del sé. Diventare consapevoli degli assunti che sono alla base dei nostri comportamenti quotidiani (prima di poter diventare consapevoli dei presupposti che sono alla base del comportamento o dei valori dell'altro) richiede attenzione e

sensibilità per mettere in discussione ciò che diamo per scontato di noi stessi: occorre imparare a riconoscere come e quanto siamo diversi, attraverso quale prospettiva osservo il mondo e le persone con cui entro in relazione, se attraverso una visione etnocentrica capace di leggere la realtà attraverso le mie categorie oppure con una visione etnorelativa in grado di accogliere, fare spazio alla diversità. Non si tratta quindi di trasformare le proprie attitudini ma di acquisire strategie cognitive e percettive, costruire le capacità che mi permettano di vivere il contatto con la diversità in modo positivo ed efficace.

Se si riuscisse a utilizzare questa ansia relazionale che connota ogni relazione con una diversità percepita come tale, si potrebbe trasformare questo tipo di energia per trovare una strategia adattiva che si può definire un interspazio o terza cultura. È uno spazio di adattamento reciproco, nel quale non prevalgono gli elementi di una cultura

rispetto all'altra, ma è una seconda possibilità per entrambi i soggetti della relazione e nel quale la comunicazione interculturale assume un ruolo determinante e con essa la competenza nella comunicazione interculturale.

Il cambiamento si configura così come apprendimento, ossia apprendere ad apprendere, in cui le tensioni, le ambiguità e le contraddizioni, che le persone vivono nelle relazioni, possono diventare spazi di comunicazione e di riformulazione inter- e intra-soggettiva dei significati delle scelte e delle azioni. Raggiungere il più alto stadio di sensibilità interculturale non fa di me una persona migliore nei confronti di coloro che hanno una sensibilità diversa, ma certamente mi rende capace di assumermi delle responsabilità per la creazione di una società più rispettosa della particolarità di ogni uomo e più vivibile per tutti.

-
1. Sen Amartya, *Identità e Violenza*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2006.
 2. Barna LaRay M., *Gli ostacoli della comunicazione interculturale*, in Bennett Milton J. (a cura di), *Principi di comunicazione interculturale*, FrancoAngeli, Milano, 2002. op. cit., Milano, 2002.
 3. Bennett Milton J., *Postfazione*, in Castiglioni Ida, *La differenza c'è*, FrancoAngeli, Milano, 2009.
 4. Cultura soggettiva intesa nella definizione di Bennett Milton: *gli schemi di credenze, i comportamenti e i valori appresi e condivisi di gruppi di persone che interagiscono tra di loro*. In questa definizione di cultura possiamo includere modelli di comportamento, di comunicazione e di valori di diversi gruppi di riferimento, di cui facciamo parte. Possiamo parlare di cultura nazionale (italiana, marocchina, etc.), di cultura etnica (tamil, hutu, ladini, etc.), di cultura panetnica (araba, etc.), regionale (calabrese, fiamminga, etc.), cultura di genere (maschile, femminile, transgender), generazionale, di abilità fisica (non vedenti, etc.), di orientamento sessuale (eterosessuali, gay, lesbiche, bisessuali), credo condiviso (religione, politica, etc.), di classe socioeconomica (livello economico e status sociale), di retroterra educativo, di categoria professionale. Bennett Milton J., *Comunicazione interculturale: una prospettiva corrente*, in Bennett Milton J. (a cura di), *Principi di comunicazione interculturale*, FrancoAngeli, Milano, 2002.
 5. Manoukian Olivetti Franca, *Il codice dell'azione sociale*, in Manoukian Olivetti Franca, *Re/immaginare il Lavoro Sociale*, I Geki di Animazione Sociale, supplemento al numero 1/2005 di Animazione Sociale, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2005.
 6. Bennett Milton J., *Comunicazione interculturale: una prospettiva corrente*, in Bennett Milton J. (a cura di), *op. cit.*, Milano, 2002.
 7. *Appropriatezza* si riferisce a ciò che è ritenuto adatto e appropriato in una data situazione, all'interno di una particolare cultura.
 8. *Efficacia*: valutazione dell'abilità degli interlocutori nello scambio interculturale di raggiungere i loro scopi.

Mettere in pratica le evidenze scientifiche: Interventi evidence-based per le dermatiti da radioterapia

A cura di Emilia lo Palo

Le lesioni da radiodermite sono esiti frequenti nei pazienti che vengono sottoposti a radioterapia, e si stima che circa il 50% dei pazienti trattati vadano incontro a lesioni cutanee derivanti dall'effetto della radioterapia. Ancora ad oggi, nonostante il progresso nelle tecniche di irraggiamento dei tessuti, che riguardano il dosaggio modulato dell'irraggiamento cutaneo, il danno alla cute conseguente è ancora inevitabile. Una recente revisione sistematica ha valutato l'efficacia di trattamenti locali per la prevenzione e il trattamento delle radiodermiti, e sebbene molti e vari agenti topici sono utilizzati per trattare le radiodermiti, continuano ad essere insufficienti solide evidenze scientifiche che possano fornire raccomandazioni di provata efficacia. (Y. Zhang, S. Zhang, X. Shao, 2013)

Un interessante quanto esaustivo contributo sulla tematica, deriva da documento di consenso pubblicato dall'ONS - Oncology Nursing Society, "Putting Evidence Into Practice: Evidence - Based Interventions for Radiation Dermatitis" (D. Feight et.al. 2011).

L'obiettivo è di fornire indicazioni di interventi clinico-assistenziali per gestire i pazienti affetti da questo problema. Ci è sembrato opportuno perciò pubblicare i contenuti fondamentali e darne una fedele traduzione. Un ringraziamento a Claudia Caula per la traduzione del testo.

Introduzione

Le radiodermatiti, note anche come dermatiti da radiazioni o reazioni cutanee da radiazioni, sono indotte dalle alterazioni che le cellule dello strato basale dell'epidermide e del derma subiscono (Wickline, 2004). Le cumulative dosi giornaliere di radiazioni nel campo di trattamento, insieme a quelle depositate sulla cute, impediscono alle cellule dell'epidermide di ripopolarsi alla velocità consueta, indebolendo l'integrità cutanea nella sede irradiata. In nazioni come Stati Uniti, Canada, Europa e Australia, almeno il 50% dei pazienti con diagnosi di tumore è sottoposto a radioterapia nel corso della malattia (Bernier et al. 2008). Si stima che circa il 95% dei pazienti sottoposti a radioterapia sperimenterà un certo grado di reazione cutanea che può includere eritema, desquamazione secca e desquamazione umida (De Conno, Ventafridda, e Saita, 1991; King et al. 1985; Porock e Kristjanson, 1999) (vd. Tabella

1). Non è nota l'incidenza delle radiodermatiti indotte dalle nuove tecnologie che sfruttano un approccio di terapia multimodale (Bernier et al. 2008; Hymes, Strom e Fife, 2006; Pignol et al. 2008). Gli effetti delle radiodermatiti possono influire sulla qualità di vita di un paziente causando dolore e disagio e limitando le attività di vita quotidiana (Aistairs, 2006). Senza contare che le radiodermatiti possono determinare l'interruzione o la cessazione del trattamento, a seconda della gravità della reazione. Sebbene sarebbe preferibile evitare lo sviluppo delle reazioni cutanee indotte da radioterapia, spesso ciò non è possibile, come nei casi di trattamento delle neoplasie mammarie in cui è prevista un'intensa reazione cutanea. Pertanto, l'obiettivo è procrastinare e ridurre la gravità della radiodermite e non eliminarla totalmente (Primavera et al. 2006). Sono numerosi i prodotti per la prevenzione o la gestione

delle radiodermatiti che hanno limitate evidenze o consenso a supporto del loro utilizzo (Bolderston et al. 2005). Benché limitate evidenze aneddotiche supportino l'efficacia di misure di carattere generale, come lavarsi con acqua e sapone neutro, mantenere la zona da trattare pulita e asciutta, indossare abiti non aderenti, e proteggere la zona irradiata da sostanze irritanti, si è osservato che tali misure sono raccomandabili (Omidvari et al. 2007).

La variabilità delle reazioni cutanee dei pazienti alla radioterapia è riconducibile a diversi fattori. Tra i fattori correlati al trattamento, sono compresi l'entità della singola frazione, tipo di energia, e l'uso di boli. Anche fattori correlati al paziente giocano un ruolo nello sviluppo delle radiodermatiti: fattori genetici, fattori individuali (es., aree cutanee soggette a frizione), problemi di integrità cutanea, comorbilità, stato nutrizionale, età, razza ed etnia, farmaci, esposizione al sole, tabagismo, e mobilità (Ryan et al. 2007).

Occorre prendere in considerazione la relazione tra questi fattori al momento di individuare i pazienti a maggior rischio di alterazioni dell'in-

tegrità cutanea indotte dalla radioterapia.

È anche possibile osservare modificazioni cutanee tardive in pazienti sottoposti a radioterapia. Le modifiche possono comparire diversi mesi o anni dopo il completamento della radioterapia. I cambiamenti nella pigmentazione della pelle sono causati dai danni ai melanociti da parte delle radiazioni. La telangettasia è la conseguenza del danneggiamento e dello stretching dei capillari, comunemente riscontrati nella desquamazione umida durante la fase acuta della radiodermatite. La fibrosi è una delle possibili modificazioni tardive più debilitanti che possono verificarsi. La fibrosi è dovuta ad un eccessivo deposito di matrice extracellulare e di collagene che si verificano in seguito alla reazione infiammatoria e ai cambiamenti nella fase proliferativa e di rimodellamento del processo di riparazione tessutale successivo alle radiazioni. La fibrosi può indurre una diminuita flessibilità dei tessuti provocando una riduzione del range di movimento, stenosi, atrofia, e ridotta forza tensile. Infine, anche se raramente, i pazienti sono ad un maggior rischio di ritardata guarigione

Tabella 1. Potenziali reazioni cutanee da radiazioni



Sintomo	Definizione	Dosaggio d'esordio
Eritema	Reazione infiammatoria caratterizzata da eritema della cute che può essere edematosa e calda. L'eritema delinea il campo di trattamento e si intensifica con la prosecuzione del trattamento.	2,000-4,000 cGy
Desquamazione secca	Reazione infiammatoria caratterizzata da cute secca, squamosa e pruriginosa	Oltre 3,000 cGy
Desquamazione umida	Reazione infiammatoria caratterizzata da essudato sieroso e che si verifica più probabilmente nelle regioni soggette a attrito (es., solco sottomammario, ascella)	Oltre 4,000 cGy

Baney et al. 2011; Moore-Higgs, 2005; Sparks, 2007

della ferita, deiscenza, fistole, fallimento di innesto cutaneo, e altre complicanze chirurgiche all'interno del campo di radioterapia (Bentzen, 2006; McQuestion, 2010).

Purtroppo le ricerche in grado di determinare le appropriate modalità per la prevenzione o il trattamento delle reazioni cutanee tardive indotte da radiazioni sono carenti. Evidenze aneddotiche suggeriscono che la terapia ad intensità modulata (IMRT) potrebbe ridurre l'incidenza di effetti tardivi. Uno studio ha analizzato l'impiego di IMRT in pazienti con neoplasia mammaria dimostrando una diminuzione della gravità e della durata della desquamazione umida (Freedman et al. 2009). Si potrebbe estrapolare il potenziale per un diminuito effetto tardivo, ma esso non era un end point dello studio. Ad oggi, la letteratura disponibile non affronta gli interventi per la gestione delle reazioni tardive, a parte il massaggio nelle donne affette da fibrosi causata da terapia radiante al seno (Bourgeois et al. 2008).

Strumenti di valutazione e scale di classificazione

Gli strumenti di classificazione comunemente utilizzati per la valutazione e la documentazione delle radiodermatiti includono il Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) Acute Radiation Morbidity Scoring Criteria (Coxe et al. 1995); il RTOG/European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) toxicity criteria (Cox et al. 1995); il Common Terminology Criteria for Adverse Events, version 4.03 (CTCAE) (National Cancer Institute Cancer Therapy Evaluation Program, 2010); il Skin Toxicity Assessment Tool (Berthelet et al. 2004); ecc. (Tabella 2).

Ciascun strumento di valutazione può essere utilizzato per identificare il grado o il range delle reazioni cutanee che vanno dall'eritema

alla desquamazione secca a quella umida. La maggior parte degli strumenti si basa sulla valutazione del professionista o di un osservatore senza considerare i sintomi o l'impatto delle reazioni cutanee sul paziente. Si dovrebbe condurre una completa valutazione della cute al 'momento zero', ossia prima di iniziare il trattamento, e dovrebbe essere ripetuta come minimo ad ogni seduta settimanale di trattamento. La valutazione dovrebbe includere l'osservazione dei cambiamenti fisici, e la rilevazione dei sintomi riportati dal paziente. A livello della cute, gli aspetti da valutare includono cambiamenti di colore; comparsa di eritema, desquamazione secca a chiazze, desquamazione umida a chiazze o confluenti; essudazione; odore; possibile infezione; e le sensazioni di secchezza, prurito, o dolore. Anche il disagio e l'impatto associato alle radiodermatiti sulla qualità della vita, sulle attività di vita quotidiana, sulla capacità di prendersi cura di sé, ecc. sono importanti elementi da tenere in considerazione, senza dimenticare l'impatto economico della cura delle reazioni cutanee.

Metodi e processi

Il team dell'ONS del Putting Evidence Into Practice (PEP) per le Radiodermatiti è composto da cinque *advanced practice nurses* e tre infermieri con esperienza nel campo della radioterapia oncologica. Il team ha utilizzato il PICO (Problema, Intervento, Comparazione, Outcome) per determinare gli appropriati topics per la ricerca della letteratura. La revisione della letteratura basata sulle evidenze includeva linee guida di pratica clinica, revisioni sistematiche e studi di ricerca clinica. A causa del piccolo numero di studi, la ricerca bibliografica è stata ampliata a studi condotti negli ultimi 10 anni, anziché limitarla ai soli ultimi 5 anni. I



Tabella 2. Strumenti di classificazione clinica per radiodermatiti

Strumento	Descrizione	Vantaggi e/o limiti
Radiation Morbidity Scoring Criteria (Cox et al. 1995)	<ul style="list-style-type: none"> • Valuta l'intensità o gravità della reazione • Scala ordinale da 0 a 4 	<ul style="list-style-type: none"> • Nessun dato pubblicato sulla affidabilità e validità • Osservazione dei cambiamenti fisici • Non indirizza sintomi o la prospettiva del paziente • Comunemente utilizzato nei trial clinici
Radiation Therapy Oncology Group/ European Organization for Research and Treatment of Cancer toxicity criteria (Cox et al. 1995)	<ul style="list-style-type: none"> • Valuta le complicanze tardive • Scala ordinale da 0 a 4 • R. acute: < 90gg dopo il primo trattamento • R. tardive: oltre 90gg • Valuta anche fibrosi, indurimento, contratture e necrosi 	<ul style="list-style-type: none"> • Nessun dato pubblicato sulla affidabilità e validità • Osservazione dei cambiamenti fisici • Non indirizza sintomi o la prospettiva del paziente
Common Terminology Criteria for Adverse Events, version 4.03 (National Cancer Institute Cancer Therapy Evaluation Program, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Strumento che riporta effetti avversi • Misura la gravità • Rash: dermatite associata a radiazioni • Scala ordinale da 0 a 5 • Classifica la desquamazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Nessun dato pubblicato sulla affidabilità e validità • Osservazione dei cambiamenti fisici • Non indirizza sintomi o la prospettiva del paziente
Skin Toxicity Assessment Tool (STAT) (Berthelet et al. 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Tre ambiti di valutazione • Fattori correlati al paziente e al trattamento che influiscono sull'incidenza e sull'intensità delle radiodermatiti • Punteggi oggettivi dei gradi di desquamazione • Sintomi del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> • Riportati risultati preliminari sulla affidabilità e validità (Berthelet et al. 2004) • Facile da usare nei setting clinici • Veloce da compilare
Radiation-Induced Skin Reaction Assessment Scale (Noble-Adams, 1999a, 1999b)	<ul style="list-style-type: none"> • Pesa le categorie (es., desquamazione umida 'pesa' più della desquamazione secca) per il punteggio complessivo che include gli effetti sul paziente • Classifica i sintomi (es., sensibilità, prurito, bruciore, calore, effetto sulle attività) • Integra la valutazione dell'osservatore (es., eritema, desquamazione secca/umida, necrosi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Strumento di valutazione infermieristica • Valutazione oggettiva dell'osservatore e sintomi e prospettiva riportati dal paziente • Riportate valutazioni sulla validità e affidabilità • Non usato su larga scala nelle ricerche cliniche

Tratto da "Radiodermatitis" (pp. 52-53), by T. Baney, M. McQuestion, K. Bell, et al. in L.H. Eaton, J.M. Tipton, and M. Irwin (Eds.), *Putting Evidence Into Practice: Improving Oncology Patient Outcomes* (vol. 2), 2011, Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society. Copyright 2011 by the Oncology Nursing Society. Reprinted with permission.

criteri di inclusione/esclusione sono stati: studi condotti sull'uomo; studi pubblicati in lingua inglese; le ricerche non pubblicate (es., abstract, tesi) sono state escluse. I motori di ricerca utilizzati sono stati: MEDLINE, National Library of Medicine, CINAHL, CancerLit, e il Cochrane Database. Il Weight of Evidence Classification, elaborato dall'ONS, è stato utilizzato per l'analisi e la classificazione di ogni articolo (vd. Baney et al. 2011).

I membri del team PEP hanno esaminato il materiale mediante conferenze telematiche a partire dall'agosto 2009 fino al giugno 2010. Sono stati quindi realizzate tabelle delle evidenze, tabelle delle linee guida, tabelle delle opinioni degli esperti, e un glossario per il capitolo PEP inerente alle radiodermatiti (vd. Baney et al. 2011). Tre radiologi oncologici, in qualità di esperti esterni selezionati dal coordinatore del progetto PEP, hanno sottoposto a revisione i contenuti.

Raccomandato per la pratica



Terapia ad intensità modulata (IMRT)

Tre studi di grandi dimensioni (Freedman et al. 2009; Pignol et al. 2008; Freedman et al. 2006) hanno dimostrato una riduzione della tossicità cutanea nelle pazienti con carcinoma mammario trattate con IMRT rispetto alla radioterapia convenzionale. In tutti gli studi è stato utilizzato il National Cancer Institute Cancer Therapy Evaluation Program's (2010) CTCAE per classificare il grado di tossicità cutanea. L'IMRT veicola in maniera più precisa le radiazioni dirigendole direttamente sul tumore, con una minor rifrazione sul tessuto sano, compresa la cute. Sebbene questi studi sull'IMRT per irradiare il seno siano promettenti in termini di riduzione delle radiodermatiti, l'impiego di questo intervento nella pratica quotidiana non è considerato uno standard di cura per le pa-

zienti con neoplasia mammaria. La maggior parte delle assicurazioni in USA non rimborsa i costi dell'IMRT, eccetto che per i trattamenti dei tumori in sede di testa, collo e prostata.

Abituali pratiche igieniche

Il lavaggio della pelle e dei capelli nel campo di trattamento e l'uso di deodorante sono stati oggetto di frequenti controversie nei setting clinici. Tuttavia proibire le normali pratiche igieniche socialmente accettate causa disagio ai pazienti (McQuestion, 2010; Roy et al. 2001).

Lavaggio

Tre studi hanno indagato la pulizia della cute nel campo di trattamento con acqua e sapone neutro, e nessuno ha riscontrato che l'uso del sapone neutro ha aumentato il numero di reazioni cutanee (Roy et al. 2001; Westbury et al. 2000; Meegan e Haycocks, 1997). Un altro studio ha randomizzato 95 donne con neoplasia mammaria a nessun lavaggio, lavaggio con sola acqua, lavaggio con acqua e sapone neutro, concludendo che i risultati consentivano alle pazienti di lavarsi durante la radioterapia (Campbell e Illingworth, 1992).

Deodorante

Le controversie in ambito clinico riguardanti l'utilizzo di deodoranti si incentrano sul timore di un aumento della dose sulla superficie cutanea provocata da un possibile effetto bolo da questi prodotti. Due studi si sono occupati dell'uso di deodoranti privi di alluminio durante la radioterapia. In uno studio su 84 donne con neoplasia mammaria, assegnate in modo randomizzato a deodorante ascellare privo di alluminio versus nessun deodorante, è stato riscontrato in maniera statisticamente significativa che l'uso di deodorante era associato a riduzione delle dermatiti ascellari, prurito, fastidio e dolore (Theberge et al. 2009). Un

secondo studio non clinico ha riportato scarse differenze nell'uso di deodoranti, polveri e creme in confronto a non usare alcun prodotto (Burch et al, 1997).

Probabilmente efficace



Calendula

Uno studio randomizzato controllato di grandi dimensioni ha dimostrato l'efficacia di un unguento a base di calendula in confronto ad un emolliente topico (Biafine®) per la prevenzione delle radiodermatiti nelle donne affette da neoplasia mammaria (Pommier et al. 2004). Le pazienti nel gruppo di intervento (calendula) hanno sperimentato una prevalenza inferiore di dermatiti, minor dolore, e un numero inferiore di interruzioni del trattamento rispetto al gruppo di controllo (Biafine®). Hanno anche riportato eritema e reazioni allergiche meno frequentemente rispetto al gruppo trattato con l'emolliente.

Acido ialuronico e ialuronato di sodio

Uno studio randomizzato controllato di grandi dimensioni in doppio cieco ha rilevato che il gruppo di pazienti assegnati al placebo riportava livelli più gravi di radiodermatiti acute, mentre è stata osservata una differenza significativa a favore dell'utilizzo della crema a base di acido ialuronico 0,2% (Liguori et al. 1997).

Efficacia non accertata



Una serie di trattamenti topici, orali, medicazioni, ecc. sono stati indagati per la gestione delle tossicità cutanee. Una revisione sistematica (Kedge, 2009) ha esaminato 10 RCT condotti fra il 1990 e il 2008 riguardanti vari agenti topici e medicazioni, senza trovare evidenze conclusive a favore di uno qualsiasi degli interventi studiati. Anche la revisione sistematica

condotta per conto del Supportive Care Guidelines Group of Cancer Care Ontario aveva concluso che vi erano evidenze insufficienti per supportare o confutare l'efficacia di diversi agenti topici e orali (Bolderson et al. 2005).

AGENTI TOPICI

Aloe Vera

L'aloe vera è stata indagata in 4 RCT, due dei quali in cieco. I risultati del primo studio, condotto su popolazione pediatrica, che comparava un gel a base di aloe vera versus una crema a base di fosfolipidi anionici, supportavano l'utilizzo di quest'ultima (Merchant et al. 2007). Anche il secondo studio, un RCT in doppio cieco, condotto su pazienti con neoplasia mammaria, ha riscontrato che una crema idratante a base acquosa era significativamente più efficace di un gel a base di aloe nel ridurre l'incidenza della desquamazione secca (Heggie et al. 2002). Un terzo studio non ha fornito dati definitivi a supporto dell'utilizzo di aloe (Olsen et al. 2001), e un quarto studio non ha riscontrato differenze tra aloe in gel e placebo in termini di gravità o prevalenza di tossicità cutanee (Williams et al. 1996).

Xclair® (MAS065D)

Due piccoli studi condotti su pazienti con neoplasia mammaria hanno dimostrato l'effetto benefico di Xclair versus un agente topico (controllo) sull'eritema, sensazione di bruciore e desquamazione, ma le dimensioni del campione erano troppo piccole (rispettivamente 35 e 22 pazienti) per raccomandare questa pratica (Leonardi et al. 2008; Primavera et al. 2006).

Steroidi

Sono stati individuati 4 RCT condotti per determinare l'efficacia di vari steroidi topici per la prevenzione o gestione delle radiodermatiti (Omidvari et al. 2007; Shukla et al. 2006; Bo-

strom et al. 2001; Schmuth et al. 2002). Tutti gli studi esaminati erano limitati da piccole dimensioni del campione, problemi metodologici inclusa la variabilità dei metodi di trattamento (es., diverse tecniche di radioterapia, diversi dosaggi e concentrazioni di steroidi, strumenti di valutazione dalla validità/affidabilità non testata, ecc). Nessuno studio ha dimostrato un chiaro beneficio a favore dei steroidi topici.

Sucralfato

Due studi, di cui un RCT, non hanno dimostrato alcuna differenza tra sucralfato, crema acquosa, o nessuna crema (Falkowski et al. 2011; Wells et al. 2004). Un terzo studio quasi sperimentale ha dimostrato che i pazienti che hanno usato sucralfato hanno sviluppato reazioni cutanee di grado 1 o 2 più tardive e che le reazioni cutanee sono state meno gravi e si sono risolte rapidamente (Maiche et al. 1994).

Agenti vari

Singoli studi riguardanti crema idratante (Fenig et al. 2001), crema a base di urea (Eucerin®) (Momm et al. 2003), crema a base di fosfolipidi anionici (Merchant et al. 2007), lozione a base di acido ascorbico al 10% (Halperin et al. 1993), vitamina C, crema alla camomilla e unguento alle mandorle (Maiche et al. 1991), e saccarosio octasolfato di sodio (Evensen et al. 2001) non hanno riscontrato benefici, oppure erano troppo piccoli, o i risultati erano misti, non permettendo di supportare o confutare l'efficacia di nessun agente.

MEDICAZIONI

I risultati degli studi erano misti, inconcludenti, non dimostrando nessuna differenza o deboli evidenze per le seguenti medicazioni.

Idrocolloidi / Idrogel

Una revisione sistematica di RCT ha riportato ri-

sultati contrastanti: in alcuni studi l'idrocolloide offriva maggior comfort al paziente, ma in altri non è stata rilevata nessuna differenza con altri tipi di medicazioni (Kedge, 2009). Un altro studio ha riscontrato che l'idrogel prolungava i tempi di guarigione in caso di desquamazione umida (MacMillan et al. 2007). Due studi non hanno trovato differenze in termini di tempi di guarigione tra idrocolloide e violetto di genziana nel trattamento della desquamazione umida (Mak et al. 2000) e tra medicazioni a bassa aderenza e violetto di genziana (Mak et al. 2005).

Medicazioni a base di argento

Due studi hanno indagato l'efficacia delle medicazioni in lamina d'argento, ma entrambi erano limitati da campioni di piccole dimensioni. Uno studio ha comparato le medicazioni in argento, applicate su un lato, con la sulfadiazina d'argento, applicata sull'altro lato, nel trattamento delle radiodermatiti in pazienti irradiati a testa e collo, senza riscontrare sostanziali differenze fra i due gruppi, ma lo studio era troppo piccolo per trarre conclusioni (Vavassis et al. 2008). Anche Vuong et al. (2004) hanno comparato medicazioni all'argento versus sulfadiazina d'argento (controllo storico) concludendo che le medicazioni all'argento sono efficaci nel ridurre le radiodermatiti.

Film barriera non irritante

Un singolo studio ha comparato l'uso di un film barriera non irritante (Cavilon®) versus una crema alla glicerina per la prevenzione delle tossicità cutanee. Il film barriera ha dimostrato un miglioramento statisticamente significativo nella frequenza e durata della desquamazione umida, e una ridotta prevalenza di prurito (Graham et al. 2004).

Miele

È stato condotto un piccolo studio su quattro

pazienti in cui è stata utilizzata come primaria una medicazione a base di miele terapeutico nella gestione di radiodermatiti con difficoltà di guarigione che ha riscontrato un notevole miglioramento nella guarigione riportato aneddoticamente (Robson e Cooper, 2009).

Efficacia improbabile



Trolamina

Cinque studi hanno esaminato l'uso della trolamina (Biafine®) per la prevenzione e la gestione delle radiodermatiti, ma nessuno ha riscontrato effetti vantaggiosi del prodotto rispetto al trattamento di controllo (Elliott et al. 2006; Pommier et al. 2004; Fenig et al. 2001; Szumacher et al. 2001; Fisher et al. 2000).

Non raccomandato



Violetto di genziana

Il violetto di genziana è stato utilizzato come controllo in diversi studi sulla prevenzione o gestione delle radiodermatiti (Gollins et al. 2008; Mak et al. 2000, 2005) e discusso in una revisione sistematica (Kedge, 2009). Nonostante il suo uso diffuso nella pratica clinica, il violetto di genziana attualmente non è più raccomandato dal Ministero della Sanità inglese a causa della sua potenziale cancerogenicità su animale (Kedge, 2009). Il potenziale danno ai tessuti da parte del cristal violetto è stato dimostrato in studi su ratti e conigli. Inoltre, l'effetto irritante sui tessuti da parte del violetto di genziana ha dato adito a controversie in merito al suo utilizzo sulle desquamazioni umide indotte da radiazioni (Eriksson e Mobacken, 1977; Mobacken e Zederfeldt, 1973). In vitro, il cristal violetto è citotossico a basse concentrazioni nei confronti di cellule e fibroblasti (Norrby e Mobacken, 1972). Per questi motivi, il violetto di genziana non è raccomandato per la pratica.

Opinioni di esperti



McQuestion (2010) e il Supportive Care Guidelines Group (Bolderson et al. 2005) hanno sviluppato raccomandazioni cliniche per la cura generale della cute dei pazienti sottoposti a radioterapia sulla base della revisione sistematica della letteratura.

IGIENE PERSONALE DEL PAZIENTE

- Il paziente dovrebbe proseguire le abituali pratiche di igiene personale prima e durante il trattamento.
- Se necessario, utilizzare il rasoio elettrico.
- È possibile utilizzare deodoranti, ma solo su cute integra.
- Pulire la cute irradiata con acqua e sapone o detergente a pH neutro.
- Asciugare picchiettando con una salvietta morbida, senza strofinare.
- Usare uno shampoo delicato se si è sottoposti a radioterapia al cranio.
- Non applicare creme idratanti, gel o emulsioni topiche prima del trattamento.
- Seguire le politiche in vigore per la preparazione della cute.
- Utilizzare una crema a base idrofilica, priva di profumo, priva di lanolina; cessare l'uso in caso di lesioni cutanee.
- Utilizzare un unguento a base di calendula in caso di radioterapia al seno.
- Utilizzare una crema ai corticosteroidi a basso dosaggio in presenza di prurito o irritazione, ma non abusarne.

SICUREZZA DEL PAZIENTE

- Evitare piscine con acqua clorata, o sauna.
- Nella sede irradiata, evitare:
- Cerotti e medicazioni adesive.
 - L'applicazione della borsa del ghiaccio o dell'acqua calda.
 - L'esposizione al sole. Usare creme solari con un fattore di protezione di almeno 30.
 - Proteggersi dal caldo e dal freddo.

DESQUAMAZIONE UMIDA

- Considerare medicazioni specifiche per sanguinamento e essudato.
- Al momento di scegliere la medicazione, tenere conto dei principi della riparazione tissutale, comfort del paziente, necessità e frequenza del

cambio di medicazione, valutazione del prodotto e costi.

- Prendere in considerazione l'uso di antimicrobici topici o sistemici in presenza di infezione documentata e colture positive.

Based on information from Bernier et al. 2008; Bolder-son et al. 2005; McQuestion, 2010.

Implicazioni per la ricerca e la pratica infermieristica

La revisione delle evidenze indica che la ricerca continuativa nella prevenzione e gestione delle radiodermatiti è giustificata. La letteratura in generale non è in grado di supportare i prodotti attualmente utilizzati nella pratica clinica. La cura della cute si fonda in larga parte su esperienze aneddotiche, preferenze del paziente e degli operatori/istituzioni, e sulla disponibilità dei prodotti. Esiste una grande variabilità e incoerenza tra gli operatori della stessa unità operativa o struttura perché non esistono protocolli standardizzati ampiamente condivisi riguardo alla cura della cute. Ciò si traduce in informazioni contraddittorie fornite ai pazienti e ai loro familiari. Ad oggi, le evidenze sono insufficienti per supportare qualsiasi intervento, con l'eccezione dell'IMRT e dell'igiene e cura di base della cute (pulizia della cute irradiata). Nonostante la mancanza di evidenze, i professionisti riconoscono la necessità di intervenire, rendendo le radiodermatiti e i sintomi associati un'area che giustifica ulteriori ricerche.

Negli studi futuri, occorre che i campioni siano di dimensioni più grandi e arruolino diverse popolazioni di pazienti, di etnie diverse,

sottoposti a radioterapia in diverse sedi anatomiche. Gli endpoint dello studio dovrebbero essere chiaramente definiti: l'obiettivo è prevenire, ritardare o facilitare la guarigione delle radiodermatiti? L'utilizzo di scale di classificazioni, valide e affidabili, e di strumenti di misurazione delle reazioni cutanee dovrebbe essere coerente. Purtroppo non sono disponibili dati sulla affidabilità o validità della scala RTOG (Cox et al. 2005), anche se comunemente utilizzata, e lo strumento non possiede la sensibilità per identificare le differenze nella pratica clinica. Gli studi dovrebbero indicare chiaramente e standardizzare la tempistica degli interventi e dei momenti di valutazione. L'IMRT è l'unica strategia correlata al trattamento con evidenze sufficienti per la pratica. Sono tuttavia necessari ulteriori studi su pazienti trattati con IMRT in quanto la maggior parte delle ricerche relative alle radiodermatiti sono state condotte in pazienti in cui sono state utilizzate tecnologie meno recenti. Gli interventi che hanno dimostrato risultati promettenti devono essere replicati su pazienti con altri tipi di neoplasie o in altre sedi irradiate, su campioni più grandi, in modo che i risultati possono essere generalizzati su una base più ampia. Gli interventi che attualmente dimostrano le maggiori potenzialità sono crema a base di calendula, crema a base di acido ialuronico, medicazioni in lamina d'argento, e film barriera non irritante.

Tratto da: Feight D, Baney T, Bruce S, McQuestion M. Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions for Radiation Dermatitis. Clin J Oncol Nurs. 2011 Oct;15(5):481-92.

Manifesto Nurses4EXPO

Serie d'iniziative gestite da infermieri per EXPOMilano 2015



Milano, 26 settembre 2013

Il tema dell'Expo 2015, NUTRIRE IL PIANETA, ENERGIA PER LA VITA, intende porre all'attenzione internazionale il diritto a una alimentazione sana, sicura e sufficiente per tutti (<http://www.expo2015.org/il-tema>). Fra gli argomenti di lavoro e di dibattito i seguenti sono direttamente correlati con l'attività che milioni d'infermieri svolgono in tutti i Paesi del mondo. Non solo, essi sono da tempo oggetto dell'impegno degli infermieri che operano a livello internazionale.

1. Rafforzare la qualità e la sicurezza dell'alimentazione, vale a dire la sicurezza di avere cibo a sufficienza per vivere e la certezza di consumare cibo sano e acqua potabile.
2. Assicurare un'alimentazione sana e di qualità a tutti gli esseri umani per eliminare la fame, la sete, la mortalità infantile e la malnutrizione, che colpiscono oggi 850 milioni di persone sul Pianeta, debellando carestie e pandemie.
3. Prevenire le nuove grandi malattie sociali della nostra epoca, dall'obesità alle patologie cardiovascolari, dai tumori alle epidemie più diffuse, valorizzando le pratiche che permettono la soluzione di queste malattie.
4. Educare a una corretta alimentazione per favorire nuovi stili di vita in particolare per i bambini, gli adolescenti, i diversamente abili e gli anziani.
5. Valorizzare la conoscenza delle "tradizioni alimentari" come elementi culturali ed etnici.

La CNAI, le Associazioni aderenti al GPAIN, il Coordinamento dei Collegi IPASVI della regione Lombardia e il Comitato ExpoVillage2015, hanno deciso di unire le proprie specifiche caratteristiche - quali la storia e i rapporti internazionali di CNAI, la rappresentatività politico-professionale dei Collegi IPASVI e le peculiarità delle diverse Associazioni infermieristiche - e farsi promotori d'iniziative con il comune logo di **Nurses4EXPO** (nurses4expo@expovillage.it). Tali iniziative intendono agire da catalizzatore per l'attivazione di altri eventi, incontri e convegni innescando una sorta di "contagio" positivo all'interno della professione infermieristica italiana (420.000 professionisti) e stimolando altri gruppi, professionali e non, a dialogare e apportare il loro specifico contributo sui numerosi temi correlati all'alimentazione, al benessere e alla salute a essa dipendenti. L'intento è di condividere lo stesso logo di **Nurses4EXPO** sia per le iniziative nazionali che internazionali, proposte o attivate dagli infermieri e, prima del 2015, sotto l'egida di EXPOVILLAGE.

Fra le parole chiave che compongono il tema di **EXPOMilano 2015** le seguenti sono particolarmente care agli infermieri: PERSONA, VITA e ALIMENTAZIONE (<http://www.expo2015.org/il-tema/le-parole-chiave>). PERSONA per l'infermiere non è solo il centro dell'interesse attorno al quale ruotano tutte le sue attività nei diversi ambiti di esercizio professionale (assistenza clinica, formazione, organizzazione, ricerca, consulenza), ma è il professio-



nista protagonista del suo lavoro, radicato nella società in cui vive e quindi capace di agire in modo positivo sulla trasformazione dell'ambiente naturale e sociale in cui vive.

In un momento di crisi che tocca la riduzione delle risorse da destinare ai servizi sanitari, la prevenzione della malattia e la promozione di stili di vita sani chiedono di diffondere buone pratiche non solo cliniche ma, ancor prima, negli ambiti extra-sanitari, dove gli infermieri possono raggiungere i cittadini e incidere in modo positivo sulle loro abitudini e comportamenti.

Una delle prime iniziative organizzate direttamente dai firmatari di questo Manifesto coinciderà, sotto l'egida di EXPOVILLAGGE, con il Convegno nazionale di CNAI del

2014 sul tema ***Il ruolo degli infermieri a favore dell'alimentazione e della salute: alcune esperienze e dati italiani.***

Sottoscrivendo il **Manifesto Nurses4EXPO** le seguenti Associazioni ed Enti s'impegnano a collaborare e a sostenere le reciproche iniziative, coordinandone la programmazione, in modo da inviare un messaggio univoco e forte a favore della salute dei cittadini e della maggior valorizzazione della figura professionale dell'infermiere in Italia. S'impegnano altresì a riferirsi al Comitato scientifico e alla Segreteria organizzativa di prossima costituzione al fine di coordinare le attività ed essere di riferimento per altre Associazioni, Centri ed Enti che vorranno collaborare, finanziare e contribuire alle iniziative future utilizzando il logo **Nurses4EXPO**.

Per la Consociazione nazionale delle Associazioni infermieri/e, CNAI
Cecilia Sironi - Presidente



Per il Coordinamento dei Collegi IPASVI della Regione Lombardia
Beatrice Mazzoleni - Presidente



Per il GPAIN
Angela Loli - Referente

Per il Comitato ExpoVillage2015
Raffaele Nurra - Presidente

Il collega chiede... il Collegio risponde!



A cura della Commissione Redazione

Vorrei sapere se l'Azienda Ospedaliera è obbligata a garantirmi parte dei crediti formativi, tramite aggiornamenti professionali.

Le Aziende Ospedaliere consentono ai propri dipendenti di provvedere al loro aggiornamento professionale, **tramite corsi interni obbligatori** che però non sempre riescono a soddisfare le esigenze, soprattutto in termini di partecipazione numerica, di tutti i dipendenti che hanno in servizio. (Risposta del 9 Settembre 2013 - Prot.n.1040/13/PS/gn).

Sono un'Infermiera che svolge la professione in una Struttura Sanitaria dove, negli ultimi tempi, si è reso necessario il posizionamento di PEG a diverse ospiti e ultimamente si sta valutando affinché il posizionamento possa essere eseguito all'interno della Struttura stessa. Ciò ovviamente comporta il coinvolgimento di Medici e Infermieri. Sostituire la PEG in situazioni di emergenza quali fuoriuscita accidentale della stessa, manovre errate, rottura palloncino di ancoraggio è manovra consentita all'Infermiera o è possibile eseguirla solo in presenza del Medico?

In merito alla sostituzione della PEG vorrei sottolineare come l'abolizione del Mansionario abbia tolto la necessità di catalogare atti e azioni rispetto al ruolo della professione infermieristica, introducendo il concetto fondamentale di **"competenze"**. Si è infatti stabilito che gli esercenti le professioni sanitarie vedono le proprie competenze definite dal **profilo professionale** (DM 14 Settembre 1994 n. 739), dalla Legge 10 Agosto 2000 n.251 e sono regolate dal **Codice Deontologico**.

Nel rispetto di quest'ultimo punto, riporto i riferimenti di alcuni articoli: **Articolo 9** (L'Infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad **operare con prudenza al fine di non nuocere**), **Articolo 13** (L'Infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla **consulenza di Infermieri Esperti o Specialisti**. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze e abilità a disposizione della comunità professionale) e **Articolo 15** (L'Infermiere chiede **formazione e/o supervisione** per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza). Da ciò si deduce che, in seguito ad adeguata formazione, e acquisite le dovute e specifiche competenze, si potrebbe procedere alla sostituzione della PEG anche presso la Vostra Struttura. (Risposta del 2 Maggio 2013 - Prot. n. 622/13/SP/dm).



EVENTI FORMATIVI PRIMO SEMESTRE 2014

A cura della Commissione Formazione

Seminario dal titolo **“Coordinare oggi in sanità: strumenti di Management per le professioni sanitarie”** > 21 Gennaio 2014

Evento formativo **“La gestione in sicurezza delle prescrizioni farmacologiche e degli emoderivati”** > 21 Febbraio 2014

Evento formativo **“Le procedure in emergenza: tipologie, utilizzo e modalità di costruzione”** > 19 Marzo 2014

Per la settimana del 12 maggio 2014, si sta progettando un evento formativo sulla **documentazione sanitaria e l'importanza di un linguaggio comune al fine di misurare gli esiti e le performance infermieristiche.**

Inoltre per la settimana del 12 maggio 2014 si organizzeranno corsi ed eventi inerenti la **campagna promozionale per la valorizzazione della professione infermieristica con lo slogan: “IO INFERMIERE MI CURO DI TE”.**



Viste le numerose richieste di informazioni in merito all'obbligatorietà o meno di tutela assicurativa si pubblica quanto già presentato sulla rivista Scripta Manent n. 62.

Si riporta la nota pubblicata sul Sito della Federazione Nazionale IPASVI (www.ipasvi.it) in merito all'obbligatorietà dell'assicurazione professionale, ci si riserva di analizzare la situazione in tempo reale e di diffondere una nota ufficiale tramite mailing-list e pubblicazione sul sito www.ipasvibergamo.it

INFERMIERI PROFESSIONALI - ASSISTENTI SANITARI - VIGILATRICI D'INFANZIA

Circolare n. 19/2013 - Prof. P-3413/III.01 - PEC Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi - LORO SEDI

Data 15 luglio 2013

Oggetto: Assicurazione obbligatoria



Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Come noto il DL 138/2011, convertito con Legge 148/2011, recante *Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo* all'art. 3, comma 5, lett. e) letteralmente dispone: e) a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti.

Di seguito è poi intervenuto l'art. 29, comma 4 della legge 24/3/2012 n. 27 sulla *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, recante disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività* che così recita: *Il compenso per le prestazioni professionali è pattuito, nelle forme previste dall'ordinamento, al momento del conferimento dell'incarico professionale. Il professionista deve rendere noto al cliente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico e deve altresì indicare i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'at-*

tività professionale. In ogni caso la misura del compenso è previamente resa nota al cliente con un preventivo di massima, deve essere adeguata all'importanza dell'opera e va pattuita indicando per le singole prestazioni tutte le voci di costo, comprensive di spese, oneri e contributi. Al tirocinante è riconosciuto un rimborso spese forfetariamente concordato dopo i primi sei mesi di tirocinio.

Da ultimo ricordiamo il DPR 7 agosto 2012 n. 137 sul *Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali, a norma dell'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148* che all'art. 5 comma 1, ultimo capoverso dispone:

Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza professionale, il relativo massimale e ogni variazione successiva. Da quanto su riportato sembra evincersi chiaramente che l'obbligo di stipulare la polizza assicurativa sia solo per i liberi professionisti. Infatti i professionisti pubblici dipendenti dovrebbero essere coperti da una polizza stipulata dall'Azienda sanitaria di appartenenza.

Cordiali saluti.

La presidente, Annalisa Silvestro

SM29

POLIZZA ASSICURATIVA



Il Sistema di Protezione Professionale a favore degli iscritti IPASVI è disponibile anche quest'anno con alcune novità.

Per le Coperture di **RC Professionale** e **Tutela Legale** Penale sono state stipulate due nuove Convenzioni che sostituiscono quelle in precedenza in vigore con Carige Assicurazioni SpA mentre la Convenzione per la copertura degli **Infortuni Professionali**, con ACE European Group Ltd, non ha subito variazioni.

Le Compagnie saranno quindi:

- **XL Insurance Company Limited** per la Copertura di RC Professionale
- **ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs AG** per la Copertura di Tutela Legale Penale
- **ACE European Group Ltd** per la Polizza Infortuni

RINNOVO DELLE COPERTURE IN ESSERE NELL'ANNUALITÀ 2012/2013 (IN SCADENZA AL 30/4/2013)

Attenzione - I termini per il rinnovo delle Coperture scadono il 30/6/2013 i "Rinnovanti" che provvederanno ad effettuare il pagamento dopo il 30/6 saranno garantiti esclusivamente dalle ore 24 del giorno del pagamento.

IN OGNI CASO AL FINE DELLA CORRETTA IDENTIFICAZIONE E ATTIVAZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE SI PREGA DI NON EFFETTUARE BONIFICI SE NON SI DISPONDE DELLA CAUSALE PREDETERMINATA (CODICE CLIENTE) E DI NON UTILIZZARE IL CONTO CORRENTE BANCARIO DELLO SCORSO ANNO.

SE NON SI DISPONE DEL CODICE CLIENTE È POSSIBILE CONTATTARE IL NUMERO VERDE AFFINCHÉ SIA FORNITO.

NUOVE ADESIONI

L'adesione alle Convenzioni può essere richiesta on-line seguendo le istruzioni fornite nelle pagine dedicate (N.B. È in ogni caso fondamentale inviare via fax i documenti richiesti completati e firmati; senza di essi infatti non sarà possibile attivare la copertura).

Le convenzioni dedicate agli iscritti Ipasvi sono sottoscritte da Pro.Me.Sa, Associazione finalizzata allo sviluppo di forme di protezione per le professioni sanitarie, individuata da IPASVI, per lo sviluppo del proprio sistema di protezione e intermedie da Willis Italia S.p.A.



IPASVI



INFERMIERI PROFESSIONALI - ASSISTENTI SANITARI - VIGILATRICI D'INFANZIA

Collegio Provinciale di Bergamo

24125 Bergamo - Via Rovelli n.45 - Telefono 035/217090 - Fax 035/236332

www.ipasvibergamo.it - E-mail: collegio@infermieribergamo.it

Richiesta indirizzo mail per invio informazioni

Caro/a collega, al fine di rendere più veloce il passaggio di informazioni relative all'attività del Collegio e alle novità in ambito sanitario, il Consiglio Direttivo della Provincia di Bergamo ha approvato l'iniziativa di attivare la newsletter creando una mailing list. Al fine di acquisire gli indirizzi mail ti chiediamo di compilare la parte sottostante e inviarla alla segreteria via fax al n. 035/236332 oppure di collegarti direttamente al sito internet www.ipasvibergamo.it e accedere all'area mailing list.

La Presidente Mazzoleni Beatrice

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO MAIL _____

(pregasi scrivere in stampatello)

Infermiere dipendente Coordinatore Infermiere libero professionista

Informativa sulla privacy: Ai sensi Dlgs 196/2003, informiamo che la newsletter del Collegio di Bergamo gestisce una "mailing list" di indirizzi elettronici. Tale lista di distribuzione è utilizzata esclusivamente per spedire, via posta elettronica ed elencando i destinatari in copia nascosta, la newsletter del Collegio di Bergamo. In ogni caso, i dati presenti nei nostri archivi non saranno comunicati ad altri. Sono tuttavia accessibili da parte dello staff tecnico incaricato dal Collegio IPASVI di Bergamo al fine di garantire l'adeguata manutenzione e svolgere le operazioni eventualmente richieste dai legittimi proprietari dei dati registrati. Gli indirizzi elettronici dei destinatari della newsletter sono relativi a richieste d'iscrizione acquisite tramite adesione al presente modulo o la registrazione nel sito. Chiunque e in qualsiasi momento ha il diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, integrare o cancellare i propri dati ed opporsi al loro utilizzo se sono trattati in violazione della legge (art. 13 del Dlgs 196/2003). In particolare: chi non volesse più ricevere la newsletter può chiedere la rimozione dei suoi dati dalla mailing list utilizzando l'apposito link presente in fondo alla stessa o scrivendo alla segreteria del Collegio. Il titolare del trattamento dei dati è il Presidente del Collegio IPASVI di Bergamo.

Approvo

Non approvo

Data _____

Firma _____

Io infermiere

SONO UN PROFESSIONISTA LAUREATO E AGGIORNO COSTANTEMENTE LE MIE COMPETENZE
PER GARANTIRTI LA MIGLIORE ASSISTENZA POSSIBILE.

Io infermiere

MI OCCUPO DI FORMAZIONE E RICERCA PER SVILUPPARE E ASSICURARTI LE MIGLIORI CURE.

Io infermiere

MI OCCUPO DI ORGANIZZAZIONE E GESTISCO AL MEGLIO
TUTTE LE RISORSE DISPONIBILI NECESSARIE PER GARANTIRE IL TUO BENESSERE.

Io infermiere

ERO PRESENTE QUANDO SEI NATO, SONO PRESENTE SE DEVI AFFRONTARE LA MALATTIA
E SARÒ PRESENTE PER MANTENERE LA TUA DIGNITÀ E RIDURRE LA TUA SOFFERENZA.

Io infermiere

TI ASSISTO SENZA DISTINZIONE DI RELIGIONE, SESSO, CREDENZA E CULTURA.

Io infermiere

TI GARANTISCO ASSISTENZA 24 ORE SU 24, OGNI GIORNO DELL'ANNO.

Io infermiere

IN OGNI AMBITO MI IMPEGNO A FAVORIRE LA VICINANZA DEI TUOI CARI.

Io infermiere

RIDUCO LA POSSIBILITÀ CHE TU POSSA CONTRARRE INFEZIONI E SVILUPPARE COMPLICANZE.

Io infermiere

SODDISFO I TUOI BISOGNI DI SALUTE PROMUOVENDO E TUTELANDO LA TUA AUTONOMIA.

Sono infermiere

E LA TUA SALUTE, I TUOI MIGLIORAMENTI, IL TUO SORRISO E IL TUO GRAZIE
MI RENDONO FIERO DELLA MIA PROFESSIONE SEMPRE.



Io infermiere
MI CURO DI TE

Collegio IPASVI Bergamo