

Editoriale

di Massimo Cariolato

leggi l'articolo

Le attività del Consiglio Direttivo

di Gianmaria Fanchin, Presidente Collegio IPASVI di Vicenza

leggi l'articolo

Aggiornamento Professionale

Corso di Formazione: ma quanto mi costi?!?

di Sonia Dal Degan

leggi l'articolo

Attualità

Formazione: dal diploma alla laurea

di Gianmaria Fanchin

leggi l'articolo

Un nuovo fronte aperto per l'abusivismo professionale

di Andrea Bottega

leggi l'articolo

Equipollenza dei titoli anche per Assistenti Sanitarie e Vigilatrici d'Infanzia

di Massimo Cariolato

leggi l'articolo

Emergenza infermieristica: quali prospettive?

di Gianmaria Fanchin

leggi l'articolo

Speciale Assemblea

Resoconto dell'Assemblea Annuale degli Iscritti

di Andrea Bottega

leggi l'articolo

Spazio agli Iscritti

Il Bambino ospedalizzato

di Giesa Scandurra

leggi l'articolo

Il caso professionale

La responsabilità dell'infermiere nel trasporto dei degenti

Commissione per l'esercizio professionale

leggi l'articolo

Editoriale

Cari Colleghi,

prende il via ufficialmente, con questo numero, l'appuntamento di incontro quadrimestrale del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza con i propri iscritti.

La nuova rivista si propone di avvicinare e soprattutto far interagire gli infermieri, le assistenti sanitarie e le vigilatrici d'infanzia con i colleghi che li rappresentano nel mondo professionale.

Va ricordato che il Collegio non è formato solo da un gruppo ristretto di persone (15 consiglieri) che fanno pagare le tasse ai poveri lavoratori, bensì da tutta la comunità professionale che opera o risiede nella nostra provincia. Logicamente sarebbe impossibile mettere d'accordo 4300 teste pensanti, allora si è giunti, come nelle migliori democrazie, al sistema della rappresentatività. I 15 membri del Consiglio Direttivo, come pure i quattro componenti del Collegio dei Revisori dei Conti, sono stati da voi democraticamente scelti ed eletti tra tutti gli iscritti.

Chiarito questo concetto, si può comprendere meglio l'obiettivo principale di questa testata giornalistica: un momento di incontro tra gli organi rappresentanti e i professionisti rappresentati.

Il Consiglio Direttivo intende spiegare le attività svolte ed in programma, per le quali ha ottenuto il mandato e comunicare a tutti i colleghi eventuali novità o sviluppi nel mondo professionale di cui è partecipe o semplicemente è venuto a conoscenza.

E' inoltre un'occasione per ogni infermiere, assistente sanitaria o vigilatrice d'infanzia per esprimere la propria opinione in merito ad avvenimenti di interesse professionale o per pubblicare un proprio lavoro scientifico.

Il Comitato di Redazione con il Direttore Responsabile saranno lieti di accogliere tutti gli interventi dei propri colleghi, compatibilmente con lo spazio disponibile nella rivista, che potrebbe comunque essere ampliata sia in pagine che in frequenza.

Altro obiettivo di questo strumento è far sentire la presenza sempre più forte e unita di tre professioni sanitarie che si sono evolute negli ultimi anni solo dal punto di vista normativo ma non da quello economico e di immagine nella società.

Per questo motivo la rivista verrà letta (o quantomeno sarà loro recapitata) dalle Direzioni delle ASL, Case di Riposo e Cliniche Private, nonché dalle organizzazioni sindacali che dovrebbero rappresentarci dal punto di vista del diritto del lavoro.

Quindi, nella speranza che "Infermieri Informati" sia sempre meno del Consiglio Direttivo e sempre più degli iscritti, vi auguro una buona e costruttiva lettura.

Massimo Cariolato

Le attività del Consiglio Direttivo

E' quasi passato un anno dalla nomina di Presidente di questo Collegio. 24 maggio 2000, mi sembra ieri. Il tempo passa velocissimo ma è doveroso fermarsi un attimo, volgere lo sguardo indietro per capire se la strada intrapresa è quella giusta, se ci siamo allontanati rispetto agli obiettivi posti allora.

I punti fermi sui quali questo direttivo ha ritenuto fissare la base di partenza sono stati:

- Essere punto di riferimento per la professione;
- Essere promotore di iniziative per favorire la continua crescita culturale e professionale dei propri iscritti;
- Essere uno strumento nel rendere maggiormente visibile l'agito professionale nella società;
- Essere garante nei confronti dei cittadini che l'iscrizione all'albo testimonia il possesso dei requisiti necessari, previsti dalle norme, per svolgere l'esercizio professionale;
- Essere un elemento attivo contro la lotta ad ogni forma di abusivismo.

Tutti punti importanti per offrire agli iscritti un aiuto concreto per esercitare la professione.

Gli iscritti hanno sempre trovato in Collegio un interlocutore su cui porre le loro problematiche, sia di carattere personale, come nel caso di avvisi di garanzia, sia per quanto riguarda problematiche più ampie e di interesse per tutti gli infermieri di un'unità operativa o dipartimento.

Per questa ragione i componenti del direttivo hanno assunto dei precisi incarichi allo scopo di aumentare le proprie competenze in merito a specifiche aree.

Le aree individuate sono:

- Esercizio professionale (supporto e tutela legale, consulenza di esperti, risposte a quesiti)
- Esercizio Case di Riposo (relazione con le Istituzioni, sviluppo professionale)
- Immagine (rapporti con organi di stampa e TV locali, Internet e sito web, foglio notizie "Infermieri Informati", notiziario Vicenza ULSS, CIVES infermieri per l'emergenza)
- Formazione (convegni, congressi, corsi di formazione e aggiornamento)
- Libera professione (consulenza professionale e fiscale ai liberi professionisti ogni 1° giovedì del mese)
- Pubbliche relazioni, in particolare con il Coordinamento Regionale Collegi IPASVI Veneto, la Federazione Nazionale Collegi, la Regione Veneto, l'Università, le Aziende ULSS, gli Istituti e Case di Riposo, l'Ordine dei medici, il CUOA, i Sindacati (CISL, CGIL, UIL, NURSIND), e il cittadino.

Responsabili di area che costantemente si confrontano in ogni occasione di incontro in Collegio o durante i Consigli Direttivi e nei consigli nazionali e regionali e nei momenti pubblici con le Istituzioni (Regione, Università, ecc.). Confronto che si rinnova anche con gli iscritti, durante momenti collegiali di formazione e aggiornamento organizzati dal Collegio, o attraverso il movimento di idee tramite il giornalino "Infermieri Informati, fortemente voluto per favorire il raggiungimento di livelli di conoscenza necessari per favorire un confronto continuo e sviluppare un dialogo costruttivo con la professione. Ma non è ancora sufficiente.

Il direttivo ha sentito l'esigenza di uscire all'esterno della professione, di farci conoscere nella società, come ad esempio durante la giornata mondiale dell'infermiere del 12 maggio 2000, festeggiata con il cittadino in Piazza dei Signori a Vicenza, momento ripreso anche da un articolo pubblicato sul giornalino ULSS Vicenza. Lo scopo di questi momenti pubblici è di dare maggiore visibilità all'attività dell'infermiere e di ribadire un proprio ruolo, affinché la società abbia modo di conoscere e comprendere questo operatore che si propone non più da subalterno ma da professionista. Idea più volte manifestata ogniqualvolta sono stati ottenuti spazi sui mass media locali (TVA – Giornale di Vicenza – Canale 68 – La domenica di Vicenza), in particolare sul problema degli infermieri non comunitari, richiamando in

causa l'importanza di essere iscritti ad un albo professionale che attesti il possesso dei requisiti normativi previsti.

In particolare del problema degli infermieri non comunitari se ne è parlato molto e il Collegio ha dichiarato pubblicamente che la possibilità di lavorare per un infermiere non comunitario è garantita purchè in possesso dei requisiti formativi previsti e con iscrizione all'albo professionale. Questo aspetto da garanzia al cittadino di ricevere un'assistenza infermieristica da professionisti e non da millantatori. Ma il problema merita un approfondimento più dettagliato (vedi articolo a pag 9).

Questa è la strada intrapresa dal Collegio, una strada difficile ma chiara e decisa, in un'ottica di trasparenza e visibilità per i propri iscritti e per il cittadino.

Il Presidente del Collegio

Gianmaria Fanchin

Aggiornamento Professionale

Corso di formazione: ma quanto mi costi?!?

Il gruppo incaricato dell'aggiornamento professionale del Collegio IPASVI di Vicenza ha deciso, dopo ogni congresso o convegno, di proporre un questionario per la valutazione dell'iniziativa.

I partecipanti all'ultimo corso organizzato in collaborazione con l'ANIPIO dal titolo "Ruolo dell'infermiere nell'ambito delle infezioni ospedaliere" (7 – 8 – 9 novembre 2000) hanno ritenuto eccessivo il corso di partecipazione che è stato di lire 150.000 per gli iscritti al Collegio di Vicenza, e di lire 400.000 per i non iscritti.

Hanno partecipato al corso 48 persone di cui 46 iscritti a Vicenza e 2 colleghi iscritti ad un Collegio diverso.

Alle casse del Collegio è pervenuto un totale di lire: **7.700.000**

Per completezza di informazione il suddetto gruppo vuole far luce su ciò che comporta, in termini di risorse umane ed economiche, mettere a disposizione dei propri iscritti momenti di formazione.

Il costo totale dell'iniziativa presa in esame è stato di lire **15.320.000** (IVA compresa)

suddiviso come segue:

- Fattura dell'ANIPIO (Associazione Nazionale Infermieri per la Prevenzione delle Infezioni Ospedaliere) comprendente 24 ore di corso suddivise in 3 giorni, 3 docenti infermieri, con fornitura di materiale bibliografico per ogni partecipante: 8.700.000 (IVA compresa)
- Fattura affitto sala convegni presso l'Holiday Inn con fornitura di materiale didattico vario: 1.220.000 (IVA compresa)
- Costi di segreteria che comprendono: la spesa per l'acquisto di buste e volantini (lire 1.500.000), spese di spedizione (lire 3.500.000), un gettone di presenza (lire 200.000 lorde complessive) destinate ai 3 referenti del Collegio che prestano servizio di segreteria durante tutto il corso e coffee-break (lire 200.000) per un totale di lire 5.400.000 (IVA compresa).

PASSIVO A CARICO DEL COLLEGIO: 7.620.000

Il prospetto qui sopra riportato indica chiaramente una spesa a carico del Collegio non proprio insignificante; è comunque negli obiettivi dell'attuale Consiglio Direttivo dare all'iscritto la possibilità di accedere a corsi di formazione a prezzi agevolati.

IL LAVORO DIETRO LE QUINTE

Ogni iniziativa formativa, sia essa di una o mezza giornata (giornate di studio) sia di due o tre giorni (corsi modulari), che il Collegio intende proporre comporta un certo lavoro di organizzazione. Il gruppo aggiornamento, molto sinteticamente, ha voluto spiegare, prendendo ad esempio l'ultimo corso organizzato in collaborazione con l'ANIPIO, come nasce e si realizza una iniziativa formativa, specificando oltre la risorsa economica, come sopra descritto, anche le risorse umane impegnate.

Cinque membri del Consiglio attivi nel Progetto Formazione si sono incontrati una prima volta per stabilire l'argomento, gli obiettivi, il programma, i docenti, la durata, la sede, il numero dei partecipanti e il costo del corso.

Ad ognuno dei cinque Consiglieri è stato affidato un compito da svolgere.

Ad esempio una persona si è occupata di contattare i docenti per fissare una data utile, per stendere un programma con gli obiettivi del corso e stabilire il compenso dei docenti; una persona si è occupata di verificare la sede più idonea e concordare il pagamento dell'affitto della sala; un'altra si è occupata di procurare il materiale didattico e di segreteria da utilizzare per l'iscrizione al corso e durante lo svolgimento dello stesso (bollettari di spesa, questionari di verifica, attestati di partecipazione, ecc).

In un secondo incontro i cinque consiglieri si sono scambiati le informazioni necessarie per procedere nel progetto, è stato redatto il testo da inserire nella locandina e trasmesso alla ditta fornitrice dei materiali informativi, per la preparazione di una prima bozza. Tale bozza è stata poi corretta e inviata alla stampa.

La segretaria, con la Tesoriera, si è occupata di preparare il pagamento per la spedizione delle 4.400 locandine, ha preparato tutti gli indirizzi su etichette ed ha preso contatto con la tipografia per la consegna del materiale.

Durante le tre giornate del corso tre consiglieri erano presenti per i servizi di sala, per i quesiti degli iscritti, per le iscrizioni, la distribuzione dei questionari e l'elaborazione dei dati raccolti.

I cinque membri del gruppo si sono ritrovati successivamente al corso per analizzare e stendere un piccolo resoconto del progetto portato a termine.

Sonia Dal Degan

Formazione: dal diploma alla laurea

L'attuale ordinamento didattico del Diploma Universitario per Infermiere è determinato dalla Tabella XVIII-ter. Questa definisce gli obiettivi didattici, identifica il corpo di conoscenze teoriche che lo studente deve affrontare nella sua formazione e gli standard formativi e pratici di tirocinio che deve raggiungere per poter esercitare la professione. Alla fine dei 3 anni di corso lo studente deve aver acquisito le conoscenze necessarie ad un professionista, in linea con le indicazioni espresse dal DM 739/94 "il profilo professionale dell'infermiere".

Lo studente deve:

- aver acquisito le conoscenze relative ai processi biologici, patologici e fisiopatologici,
- saper applicarle sul campo, partecipando all'individuazione dei bisogni dell'utente, alla pianificazione, attuazione, valutazione dell'assistenza infermieristica;
- conoscere i principi bioetici, deontologici, giuridici, medico-legali della professione
- contribuire all'organizzazione dell'assistenza infermieristica
- dimostrare capacità didattiche orientate all'informazione, istruzione ed educazione dei singoli utenti, della famiglia della collettività.

Il decreto si esprime anche in merito alla formazione post-base, attraverso l'attivazione di ulteriori corsi di formazione finalizzati ad una maggiore qualificazione degli operatori per quanto riguarda funzioni specialistiche. La necessità di istituire corsi di formazione post base nasce dall'evoluzione dei bisogni di salute dei cittadini, dalle nuove conoscenze, dall'introduzione di tecnologie sempre più sofisticate che richiedono lo sviluppo di competenze e professionalità.

La formazione post base non è mai stata attivata.

Il recente **Decreto MURST 3 novembre 1999, n. 509** individua un nuovo percorso formativo per l'infermiere che prevede l'istituzione dei seguenti corsi:

- Laurea di 1° livello
- Laurea di 2° livello
- Master di 1° e 2° livello
- Dottorato di ricerca

Attraverso questo percorso viene dato ampio spazio alla formazione allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il raggiungimento di conoscenze e competenze a livelli sempre più elevati.

Al centro della riforma (DM 509/99) vi sono le competenze richieste al futuro professionista, valorizzando la figura infermieristica, per essere in grado sempre di più di rispondere alla domanda sanitaria, ai bisogni del cittadino. La Laurea di 1° livello corrisponderà all'attuale diploma universitario, solo che si sta rivedendo tutto il percorso formativo per renderlo più mirato, flessibile e veloce. Si passerà dagli attuali 27 esami a 18 (corsi integrati).

Nei percorsi di Master saranno affrontate le tematiche previste dal profilo professionale DM 739/94, riferite alla formazione post-base: Sanità pubblica, Pediatria, Psichiatria, Geriatria, Area critica.

La Laurea di 2° livello sarà specialistica, prevede 14 esami (corsi integrati).

Tutto il percorso formativo è caratterizzato dall'acquisizione di crediti formativi; per conseguire la Laurea lo studente deve aver acquisito 180 crediti, per la Laurea specialistica 300 crediti (180 + 120), per i Master 60 crediti ciascuno. Un credito corrisponde a 25 ore di lavoro studente. La quantità media di lavoro di apprendimento svolto in un anno da uno studente impegnato a tempo pieno negli studi universitari (studio e altre attività di tipo individuale) è convenzionalmente fissata in 60 crediti. I crediti

formativi, misurano il volume di lavoro e sono acquisiti dallo studente con il superamento dell'esame di verifica del profitto.

Nuove prospettive ma anche nuovi problemi. La laurea in scienze infermieristiche, che dall'anno 2002-2003 sostituirà il diploma universitario e alla quale si aggiungeranno anche dei Master di specializzazione, ha sollevato dubbi tra i 4500 infermieri della provincia di Vicenza. Le perplessità sono emerse durante il convegno organizzato dal Collegio IPASVI di Vicenza di sabato 3 marzo 2001, alla quale hanno partecipato più di 350 infermieri, il Prof. F. Vian presidente di corso di diploma universitario di Infermiere dell'Università di Padova e la Dott. L. Sasso infermiera del comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI.

La laurea apre orizzonti tenacemente voluti dalla categoria, un nuovo percorso di formazione che offre possibilità di carriera con l'accesso alla dirigenza sanitaria agli infermieri, il perno di un sistema sanitario che si propone di avere al centro l'attenzione del cittadino. Ma rischia di tenere fuori da queste opportunità gran parte delle persone che, oggi, lavorano nelle case di riposo, negli ospedali, nei distretti. I primi infermieri diplomati dall'università si sono avuti nel 1994, risulta evidente che la maggior parte degli infermieri oggi iscritti al collegio è in possesso di un diploma professionale regionale che non è considerato alla stregua di un diploma di scuola superiore (maturità).

Come uscire da questo momento di difficoltà per la professione che vede limitate le possibilità di carriera?

Impedire una opportunità di sviluppo e quindi di stimoli alla maggior parte degli infermieri potrebbe provocare ulteriori problemi. Ma, la D.M. 509 pur definendo nuovi percorsi, nuovi titoli di studio con il passaggio definitivo dai diplomi universitari alla laurea, non sarà l'unica buona formazione. Nel mondo formativo inizia ad entrare una certa liberalizzazione, ciò significa che buona formazione si potrà farla in università, se si hanno i titoli per poter accedere (la maturità), oppure si potranno fare dei corsi complementari presso la Regione, per i quali non sono richiesti determinati titoli.

È il caso della Regione Liguria che ha varato le linee programmatiche per la formazione complementare del personale sanitario non medico per un impegno di spesa di circa 600 milioni. Con questa delibera la Giunta ha detto sì al progetto formativo predisposto dalla Federazione Nazionale Collegi e ha affidato ad Aziende Sanitarie locali e Aziende Ospedaliere l'organizzazione e la gestione dei corsi per la formazione complementare che prevede lo studio approfondito, da parte del personale infermieristico, di alcune specializzazioni: psichiatria, geriatria, area critica, pediatria e medicina del territorio con il raggiungimento di precisi crediti.

Ogni infermiere ogni infermiera dovrà ragionare su quale percorso di carriera intende accedere, dal punto di vista professionale non ci sarà alcuna differenziazione tra laureati e non, la professione infermieristica è una.

L'infermiere deve essere consapevole che se fino a questo momento, "l'avanzamento di carriera" avveniva con il criterio dell'anzianità di servizio, ora deve cominciare a ragionare sul riconoscimento dei crediti. Ciò vuol dire che se non vuole restare indietro, dovrà attivarsi per frequentare corsi di formazione e raggiungere crediti.

Se c'è l'intenzione di iscriversi alla laurea di secondo livello, presenterà il proprio curriculum formativo all'università e il tutto sarà valutato dalla componente accademica. In base al tipo di riconoscimento che verrà dato al curriculum presentato, l'università deciderà quali esami saranno da integrare per raggiungere il percorso scelto.

L'introduzione di queste novità spinge ancor più l'infermiere ad acquisire la mentalità di essere un professionista sanitario affidabile, con cultura e autonomia per rispondere al meglio alle esigenze del cittadino.

Questo Collegio chiederà alla Regione Veneto che si attivino al più presto i corsi di formazione

complementare sull'esempio della Regione Liguria.

Gianmaria Fanchin

Un nuovo fronte aperto per l'Abusivismo Professionale

In seguito all'emergenza infermieri e alla recente normativa che detta le condizioni per l'esercizio della Professione Infermieristica da parte di stranieri non comunitari, è ritornato alla ribalta il problema dell'abusivismo professionale.

Se in passato i casi di abusivismo riguardavano soprattutto quegli infermieri che avevano ottenuto il titolo in Italia ma non erano iscritti all'albo professionale, in questi mesi abbiamo assistito all'apertura di un nuovo fronte su questo terreno. Con la Circolare Ministeriale del 24 aprile 2000 si stabiliscono i requisiti minimi per l'esercizio professionale da parte di stranieri non comunitari.

Tale normativa apre le porte a chi, proveniente da un paese non appartenente alla comunità europea, intende svolgere la professione di infermiere in Italia. A richiedere tale normativa sono giunti al Collegio IPASVI in questo anno circa 150 stranieri non comunitari.

Secondo tale Circolare il primo passo da compiere è il riconoscimento del titolo di infermiere presso il Ministero della Sanità. Il riconoscimento del titolo infatti è la condizione base per poter essere iscritto all'albo professionale ed esercitare la professione. Come può una persona svolgere una professione se non è in possesso del titolo abilitante?

Il riconoscimento del titolo spetta allo stato e non al Collegio. Al Collegio spetta, sempre secondo la circolare citata, valutare gli infermieri a cui è stato riconosciuto il Titolo.

La valutazione avviene attraverso un esame scritto ed orale sulla conoscenza della lingua italiana e della normativa che regola l'esercizio della professione infermieristica in Italia. Solo al termine di questi passaggi l'infermiere non comunitario può essere iscritto all'Albo. Solo al termine di questo iter si può esercitare la professione nella legalità.

Come spesso accade, le normative sono figlie del tempo e rappresentano un atto di tamponamento di una situazione che richiede interventi immediati. Il tempo di cui è figlia questa normativa è il tempo dell'emergenza infermieristica. Infermieri disponibili nel mercato per soddisfare la richiesta dell'utenza (soprattutto Corporative, Case di riposo) non ce ne sono. Soluzioni a breve termine non pare ci siano. Cosa fare dunque? Ecco il primo piccolo rimedio per una situazione destinata sempre più ad aggravarsi: andare a prendere gli infermieri che mancano all'estero dove sono in esubero o dove le condizioni di vita non promettono gli agi che si hanno lavorando in Italia.

Anche se riconosciuta da tutte le parti (Collegi IPASVI, Sindacati, forze politiche,...) come una terapia palliativa tale "cura" sembra essere l'unica di fatto prescritta con benefici (per chi?) a breve termine. Così si è verificato che tutte quelle realtà che soffrivano la carenza di infermieri hanno assunto tale terapia. Ma l'iter terapeutico si è dimostrato più che tortuoso, lungo. Ad oggi solo due stranieri non comunitari hanno concluso l'iter previsto dalla circolare e sono regolarmente iscritti all'Albo di Vicenza. E quelli che stanno aspettando la risposta del ministero o devono ancora inviare la domanda per il riconoscimento del titolo cosa stanno facendo? Forse stanno già esercitando la professione senza il riconoscimento del titolo? E se il titolo non fosse riconosciuto, chi ha bisogno di assistenza sanitaria si troverebbe a porre la propria vita nelle mani di chi professionista non è. Come è possibile dunque che chi non ha concluso l'iter previsto dalla normativa eserciti la professione di infermiere?

Un altro fronte si è aperto nell'ambito dell'abusivismo professionale: persone che non hanno il titolo di infermiere o che non hanno avuto riconosciuto il titolo in Italia (che dal punto legislativo è lo stesso) esercitano la professione infermieristica.

Su questo delicato tema il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza ha ritenuto di interessare il Coordinamento Regionale dei Collegi del Veneto e la Presidente Nazionale Annalisa Silvestro. In una riunione svolta a Vicenza il 2 gennaio 2001 si è tentato di inquadrare il fenomeno e mettere a punto una strategia di condotta comune che salvaguardi i principi della professione e tuteli la salute del cittadino.

Una commissione istituita appositamente all'interno del Direttivo provinciale è incaricata di studiare le normative regionali e locali per conoscere in dettaglio la realtà ed assumere i dati necessari per affrontare il fenomeno. Con dati alla mano e specifici riferimenti legislativi si intende interessare del fenomeno tutti i Direttori Generali delle ULS della provincia, in quanto responsabili dell'erogazione dei servizi atti a soddisfare i bisogni sanitari della popolazione.

In questi ultimi mesi il presidente del Collegio, Gianmaria Fanchin, ha avuto modo di incontrare in vari momenti e in diverse sedi i principali protagonisti regionali della questione infermieristica (a gennaio si è tenuto nella sede del Collegio un incontro con il dott. Volpe, Presidente dell'URIPA).

Andrea Bottega

Equipollenza dei titoli anche per Assistenti Sanitarie e Vigilatrici d'Infanzia

In merito ad una lettera di protesta pervenuta in Collegio riguardante la mancata pubblicazione dei decreti sull'equipollenza dei titoli per Assistenti Sanitarie e Vigilatrici d'Infanzia, voglio scusarmi per l'incompletezza delle informazioni divulgate e al tempo stesso fare alcune precisazioni.

La lettera pervenuta, che non ho ritenuto opportuno pubblicare per rispetto della controparte, era densa di accuse e povera di contenuti.

In risposta a tali accuse voglio solo far notare che a pagina 14, la successiva a quella "incriminata", avevamo invitato tutti gli iscritti (Infermieri, Assistenti Sanitarie e Vigilatrici d'Infanzia) a dare un loro contributo alla realizzazione di questa rivista, ma forse qualcuno ha male interpretato questo invito.

La redazione accetta critiche e correzioni, ma sarebbe lieta di ricevere anche qualche suggerimento.

Noi siamo pronti ad accogliere qualsiasi proposta costruttiva da parte di ognuna delle tre categorie professionali rappresentate dell'IPASVI. Se così non è, evitate di sprecare il vostro tempo e denaro per queste esternazioni che a nulla servono se non ad arricchire le compagnie telefoniche e le Poste Italiane, veicoli senza colpa di tali proteste!

Massimo Cariolato

Emergenza infermieristica: quali prospettive?

La cronica e grave carenza di infermieri sta mettendo a dura prova i servizi sanitari. Nella situazione in cui siamo, a livello di forze umane (infermieristiche) quasi a zero, gli amministratori hanno dovuto inventarsi delle soluzioni per limitare il danno. Soluzioni pensate per il brevissimo termine, come tamponare la continua emorragia di infermieri delle case di riposo verso gli ospedali, offrendo incentivi temporanei di tipo economico e avanzamenti di carriera. Oppure la soluzione più chiacchierata dell'estate dove, (è apparso più di un articolo su "Il Giornale di Vicenza") dopo accordo tra le amministrazioni ULSS e Case di riposo, ha consentito e consente tuttora, al personale infermieristico in forza presso gli ospedali di esercitare la professione all'interno delle case di riposo in regime di libera professione. Ma le associazioni di categoria (soprattutto URIPA in veste del suo Presidente geom. Volpe) pur riuscendo a contenere il problema, hanno gradito poco il costo dell'operazione accusando gli infermieri (perché?) di essere gli artefici di questa crisi per mantenere, a proprio favore, inalterati i vantaggi economici e di business che la situazione determina (attività effettuata comunque dopo l'orario di servizio, ndr).

Da qui la spinta per ricercare altrove risorse infermieristiche. Un'idea che ha occupato per lungo tempo i giornali e le TV locali, che ha dato vita a convegni e summit, è stata sull'utilizzo di infermieri non comunitari. Una massiccia importazione per risolvere il problema.

Il consiglio direttivo del collegio non si è opposto, dichiarando pubblicamente a stampa e TV di essere favorevole all'iniziativa, purché gli infermieri all'oggetto fossero in possesso dei requisiti formativi previsti dalla normativa italiana e che successivamente, per poter essere iscritti all'albo professionale, superassero un esame per la valutazione della conoscenza della lingua italiana parlata e scritta e della normativa che regola l'attività infermieristica in Italia (decr. Bindi aprile 2000).

E' bastato dire solamente questo, che dei 200 infermieri bosniaci previsti, non ne sia mai arrivato alcuno. In un recente incontro con il geom. Volpe sulla difficoltà di reperire infermieri extracomunitari e della difficoltà poi di inserirli, personalmente ho chiesto al presidente perché non si è mai pensato di investire sulla risorsa interna, incentivando i giovani, rendendo più appetibile la professione anche dal punto di vista economico. La sua risposta è stata che ogni categoria professionale rivendica migliori condizioni economiche.

Nel frattempo stanno uscendo alla ribalta alcune Cooperative che si propongono nel mercato per rispondere ai bisogni di personale infermieristico richiesto dalle Istituzioni Pubbliche e Private. Purtroppo non è chiaro se tutto il personale individuato sia in possesso dei requisiti previsti dalla normativa o se sono dei millantatori alla mercè di avidi speculatori, ai quali poco importa dei possibili rischi a cui espongono i cittadini.

Altra soluzione la sta pensando la Regione Veneto attraverso un progetto di riorganizzazione dell'attività infermieristica e degli OTAA. Più OTAA e meno IP al fine di recuperare preziosa risorsa infermieristica da impegnare laddove vi sia una forte necessità. Indagini sostenute dalla Regione già nel lontano 1992 avevano dimostrato che più del 30% delle attività infermieristiche erano delegabili a figure di supporto. Attenzione però che l'OTAA, pur essendo una figura molto importante per l'attività assistenziale, non è una figura infermieristica bensì tecnica, che non può sostituire l'infermiere in quelle attività di specifica competenza. Questa attenzione è la normativa che la impone.

Il ruolo del Collegio è e deve essere chiaro, deve mantenere un dialogo e un controllo sulla professione (decoro, sviluppo professionale, ecc) e sugli organismi istituzionali pubblici e privati allo scopo di tutelare il cittadino. Ruolo e dovere, due punti di forza da far conoscere al cittadino, il quale può contare su di noi ogni qualvolta richiede il nostro sostegno umano e professionale, consentendo a noi infermieri di legittimare noi stessi.

Gianmaria Fanchin

Resoconto dell'Assemblea Annuale degli Iscritti

Anche quest'anno, il 30 marzo, si è tenuto l'annuale appuntamento con gli iscritti del nostro Collegio.

Erano presenti più di 200 persone e l'aula Magna della Scuola Infermieri di Vicenza a fatica le conteneva.

L'incontro è servito a fare il punto della situazione dopo un anno abbastanza movimentato. All'interno del Consiglio Direttivo sono avvenuti alcuni cambiamenti importanti: Gianmaria Fanchin è diventato il nuovo presidente e alla vice-presidenza è arrivata Angela Soardi; la consigliera Morena Dalla Vecchia si è dimessa e al suo posto è subentrata Patrizia Germani; temporaneamente si sono distaccati suor Nadilla, per motivi di studio, e Massimo Cariolato, per attività di volontariato. Quest'ultimo, nonostante la notevole distanza fisica che lo separava (è in una missione a Manila nelle Filippine), ha continuato in modo assiduo a seguire l'attività di redazione del giornalino e l'aggiornamento del sito internet. Oramai sta terminando la sua esperienza e lo attendiamo tutti a braccia aperte.

Anche l'attività del collegio ha visto alcuni aspetti di novità: con un notevole sforzo di energie si è deciso di dare maggior voce all'opera del Direttivo istituendo una nuova testata giornalistica ("Infermieri Informati") e acquistando un dominio nel web (www.vicenzaipasvi.it); si è intensificata l'attività istituzionale con un considerevole numero di incontri a cui il presidente in particolare ha dovuto far fronte, sull'onda dell'emergenza infermieri e sulle problematiche legate alla riorganizzazione dell'assistenza delle ULSS (progetto OTAA in regione) e all'abusivismo professionale. Anche l'attività di tesoreria ha dovuto affrontare una importante rivoluzione. Il riordino legislativo sulla riscossione dei tributi ha causato, l'anno scorso, un notevole ritardo nell'emissione dei bollettini per il pagamento delle quote. Una convenzione nazionale con la Società Poste Italiane, ha poi totalmente cambiato la modalità di esecuzione di tale servizio. Da quest'anno la quota può essere pagata solamente presso gli sportelli della posta. L'attività di segreteria ha dovuto far fronte alle innumerevoli richieste da parte di stranieri non comunitari, di iscrizione all'Albo.

Questi ed altri argomenti sono stati trattati dal presidente nella sua relazione all'inizio dell'incontro. A seguire il Dott. Luca Benci ha tenuto la sua relazione su "La responsabilità giuridica dell'infermiere dopo l'abrogazione del mansionario". Il suo intervento, fatto attraverso l'esposizione di casi e sentenze, ha messo in luce gli aspetti contraddittori o quantomeno imbarazzanti di alcune novità degli ultimi mesi. L'interpretazione della legge in alcune recenti sentenze ha dato l'impressione che ci sia ancora voglia di mansionario e che la professione infermieristica faccia ancora fatica a svilupparsi nello spirito della legge 42/99. Tuttavia indietro non si torna.

Dopo un breve dibattito si è dato inizio all'Assemblea annuale degli iscritti. La tesoriera Maria Teresa Pernechele ha esposto il bilancio consuntivo e preventivo (entrambi approvati all'unanimità). Il consigliere Andrea Bottega ha esposto una presentazione sull'attività del gruppo "esercizio professionale" e "immagine e comunicazione", quest'ultima fatta pervenire dal consigliere Massimo Cariolato.

In assemblea inoltre si è discusso l'aumento della quota annuale. L'attività di aggiornamento con il progetto ECM, richiederà un aumento dei fondi per permettere agli iscritti di avere formazione accreditata e di qualità a basso costo; l'attività legata alla consulenza legale e alla libera professione sta incrementando; il rinnovo del contratto per l'attività di segreteria ha visto dei ritocchi economici, il progetto di tre uscite annuali con il nuovo giornalino del collegio e l'intensificarsi dell'attività istituzionale, ha dato luogo alla proposta di un aumento, a partire dall'anno 2002, di lire 20.000, portando la quota annuale ai livelli degli altri Collegi del Veneto pari a lire 90.000. La proposta è passata a maggioranza e subito dopo le ore 18.00 ci si è dati appuntamento all'anno prossimo.

Andrea Bottega

Spazio agli iscritti

Il Bambino ospedalizzato

L'esperienza dell'ospedalizzazione risulta essere un momento traumatico per l'adulto, ma soprattutto per il bambino per il quale può diventare una realtà sconvolgente (KANIZSA, 1996). Quest'ultimo, infatti, dipende maggiormente rispetto all'adulto dall'ambiente e dalle persone che quotidianamente lo accudiscono. La separazione dai genitori e l'ingresso nel nuovo ambiente può determinare uno stato di confusione e di disorientamento e generare vissuti ansiogeni, quali: insicurezza e/o labilità emotivo/relazionale e comportamentale. Il suo comportamento può dimostrarsi aggressivo, di sottomissione, di rinuncia, di confusione, di frustrazione, di rabbia o di risentimento a seconda del tipo di bambino e della cultura di provenienza. Gli stati d'animo che può vivere sono quelli dell'incertezza, dell'inquietudine, del panico, della paura, dell'ansia, dell'angoscia, della dipendenza, dell'umiliazione e della frustrazione, della diversità rispetto ai bambini non malati e dell'insicurezza.

L'ospedalizzazione non favorisce certo l'immaginazione, l'azione, la creatività; anzi tende a limitare la libertà di ciascuno e l'espressione delle proprie capacità. Non per questo, però, si dev'essere indotti a pensare che il piccolo malato sia privo di potenzialità espressive. Questo può venir dimostrato dal fatto che raramente in una corsia di ospedale si vedono bimbi fermi a letto per volontà loro: cosa normale, invece, negli adulti e frequentissima nell'anziano! Perciò, ciascuna persona sia essa fisica (come genitori, operatori sanitari e non solo) o giuridica (come strutture ospedaliere e qualsiasi altro tipo di ente) che approcci o che accolga un bambino dovrebbe sentirsi responsabile della continuazione del suo apprendimento, valorizzando le sue risorse psicofisiche. Ecco, che anche l'esperienza dell'ospedalizzazione sotto quest'ottica potrebbe diventare utile (ma non necessaria!) per la crescita della sua personalità, purché vengano adottate una serie di strategie in grado di rendere l'ambiente stesso più "a misura di bambino". Numerose strategie sono già realizzate in diversi ospedali d'Italia, per esempio:

- a. l'accoglienza dei bambini, con i così detti Dottor Sorriso (NICOSIA 1999), per favorire il gesto del ridere, attraverso il quale si è visto ottenere degli effetti psicologici e biologici positivi (BELLONI, 1997);
- b. la presenza dei genitori (aspetto rilevante dell'umanizzazione in ospedale), che viene prevista ed incoraggiata anche dal legislatore, poiché riduce il distacco del bambino dall'ambiente familiare e previene il disagio emotivo dello stesso;
- c. la pratica delle attività ludiche che incoraggia:
 - lo sviluppo fisico poiché induce il bambino a muoversi
 - emotivo poiché lo spinge ad acquisire un equilibrio emotivo ed una precisa identità
 - sociale perché lo induce a relazionarsi con gli altri
 - psichico perché lo spinge a pensare, a creare idee e a comunicare;
- d. la pratica scolastica che, oltre a mantenere i bambini impegnati, concede loro la possibilità di non sentirsi dei diversi rispetto ai loro coetanei non ospedalizzati, garantendo una continuità con il quotidiano;
- e. la musicoterapia per la quale recenti studi (DELLA BELLA, 1997) hanno dimostrato il suo utilizzo come coadiuvante nei trattamenti anestetici, come mezzo per creare emozioni e sensazioni intervenendo sul contenuto emozionale, come mezzo per sciogliere parte delle tensioni e come linguaggio non verbale in grado di "far musica insieme".

Tuttavia, ciò che ancora risulta essere uno dei tasselli mancanti nell'ambito ospedaliero, ma per il quale il

mondo sanitario comincia a sensibilizzarsi e a strutturarsi è rappresentato dalla possibilità che si vuole offrire al piccolo malato di praticare attività ludico-motoria durante la degenza. La sua importanza nello sviluppo di ogni bambino viene per lo più ribadita anche dalla Legge Regione Veneto 3 Agosto del 1982 “*Promozione dell’educazione e tutela sanitaria delle Attività sportive*” dove l’art. 1 recita: “La Regione promuove... l’educazione sanitaria motoria e sportiva quale strumento di idoneo sviluppo psicofisico, di miglioramento dello stato di salute, di prevenzione di situazioni patologiche, di correzione di anomalie fisiche e di riabilitazione funzionale...” (BORDIN, 1989, p. 6).

Ipotesi di intervento di attività ludico-motoria in ospedale

Auspiciando ad un futuro in cui tutti i bambini ospedalizzati possano godere di un’assistenza in grado di considerarli in tutta la loro globalità - ossia “protagonisti” a cui offrire un servizio - e peraltro rispondendo così al concetto di “centralità del malato”, s’ipotizza un intervento di attività ludico-motoria:

a. per tutti quei bambini di età compresa dai 2 ai 10 anni,

b. il più aderente possibile all’organizzazione e alle strutture già esistenti,

c. realizzato da un insegnante di Educazione Fisica che dovrà:

- basare il proprio insegnamento su conoscenze scientifiche adeguate all’età e alle esigenze psicologiche dell’utente

- conoscere alcune nozioni e risvolti di carattere strettamente sanitario (per esempio cosa comporta avere una flebo in un braccio)

- dimostrarsi aperto e disponibile ai suggerimenti provenienti dall’équipe medica e dai genitori dei bambini stessi

- seguire scrupolosamente le indicazioni mediche e collaborare con gli operatori sanitari per favorire la formulazione di una giusta diagnosi e terapia.

d. che considera due tipi di realtà che frequentemente s’incontrano in numerosi ospedali:

1. sezione di **CHIRURGIA PEDIATRICA**: in cui i piccoli pazienti sono ricoverati per venir sottoposti ad intervento chirurgico. In questa situazione i tempi di degenza risulteranno essere generalmente brevi, caratterizzati piuttosto da un periodo:

pre-operatorio in cui i bimbi, in base alla consapevolezza di dover subire un intervento chirurgico relativa alla loro età, potranno dimostreranno più o meno ansiosi. I tempi dipenderanno da quelli impiegati per ottenere l’esito degli accertamenti clinici sulle condizioni fisiche generali del bambino in modo da confermare la corretta indicazione all’intervento chirurgico. In ogni caso le attività che potranno svolgere saranno a carattere ludico-motorio.

post-operatorio in cui i bimbi si dimostreranno frastornati e debilitati a causa dell’intervento subito. La lunghezza di tale periodo è relativo alle capacità fisiche del bambino di rimettersi che dipenderanno soprattutto dalla comparsa o meno di complicanze. Se sarà breve le uniche attività consigliate saranno quelle di manipolazione e da tavolo, viceversa se prolungato saranno quelle ludico-motorie.

2. sezione di **PEDIATRIA**: in cui si trovano ricoverati soprattutto bambini “lungodegenti”, ossia tutti quelli per i quali si prevede un ricovero più prolungato (esempio: bambini affetti da malattie cardiorespiratorie od oncologiche). In tal caso l’attività prevista sarà quella ludico-motoria.

L’ipotesi di intervento ludico-motoria considera:

a. gli **SPAZI**: rappresentati essenzialmente dalla palestra per tutti coloro ai quali non è obbligatorio

rimanere a letto (esempio: bambini con tonsilliti o deviazioni del setto) e la camera di degenza, in particolare il loro letto per tutti coloro ai quali è stato controindicato dal personale medico di alzarsi o per quelli ai quali lo spostamento diventerebbe rischioso (esempio: bambini portatori di cateteri vescicali, drenaggi in genere o pompe siringhe).

b. i TEMPI: sono di 1 –2 volte alla settimana per un'ora alla volta. L'intervento così dosato non è in grado di indurre i bimbi a sentirsi stanchi; bensì più interessati ed incuriositi, rendendoli più sereni durante la loro degenza.

c. i MATERIALI: che si distinguono in base al luogo dove verrà praticata. Per i bambini:

- che potranno raggiungere la palestra sono: quelli che rispondono al piacere senso-motorio (esempio: spalliere, panche, sgabelli o tavoli bassi, materassoni, grossi palloni), e/o che favoriscono il gioco rappresentativo (esempio materiali di costruzione e grafico), le attività manipolative (esempio: creta, pongo), il gioco simbolico (esempio: cuscini, maschere macchinette, materiale medico, materiale culinario).

- allettati: il principale mezzo è rappresentato dal letto che verrà usato in modo inusuale, ossia giocando da soli (esempio. coi mattoncini, coi puzzle) oppure interagendo con gli altri compagni della camera (esempio: attraverso funicelle, palline).

d. gli OBIETTIVI generali che sono:

- diminuire l'ansia determinata dall'ospedalizzazione
- favorire l'adattamento al nuovo ambiente
- facilitare la continuità quotidiana
- rafforzare la socializzazione, incoraggiando l'interazione tra i compagni.

e. i CONTENUTI: che se applicati in:

- palestra consistono in attività del piacere senso-motorio (esempio: rotolare, scivolare, saltare), attività di movimento e coordinative (esempio: di equilibrio).
- camera di degenza sul letto prevedono attività rappresentative (esempio: disegno), manipolative, simboliche (esempio: drammatizzazioni) e anche senso-motorie limitatamente alle precauzioni e controindicazioni impartite dal personale medico e non medico.

f. le VERIFICHE: che, considerata la composizione disomogenea dei gruppi e la variabilità temporale del periodo di degenza di ciascun bambino, non potranno basarsi sulla compilazione di tests, ma essenzialmente sull'osservazione di alcuni parametri relativi a ciascun obiettivo. Riguardo al:

- diminuire l'ansia si osserverà se il bambino presenta un'espressione più sorridente, se piange meno o non piange più.
- favorire l'adattamento si osserverà se i bambini si muovono nella loro stanza con più disinvoltura oppure chiedono delucidazioni riguardo agli orari dei pasti o dell'attività ludico-motoria.
- facilitare la continuità quotidiana si osserverà se i bambini scambiano informazioni inerenti alla pratica dell'attività ludico-motoria coi loro compagni di classe quando quest'ultimi vengono loro far visita, oppure se i bambini ricoverati propongono all'insegnante di educazione fisica dell'ospedale alcuni giochi che i loro piccoli amici li hanno informato di aver svolto a scuola.
- rafforzare la socializzazione si osserverà se i bambini si incoraggiano vicendevolmente prima di venir

sottoposti a prestazioni sanitarie oppure si aiutano reciprocamente, per esempio rimboccando le coperte ad un compagno che non è in grado di farlo.

Giesa Scandurra

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Belloni L. (1997), *“I Dottor Sorriso”*, Atti Convegno A.B.I.O.: I percorsi dell'accoglienza, Milano.
- Bordin D. (1989), *Appunti di Medicina applicata allo Sport. Parte generale e speciale*. Edizione Libreria Progetto, Padova.
- Brunner L. S. Suddarth S D. S. (1981), *Il manuale dell'infermiere*, Piccin Editore, Padova.
- Della Bella R. (1997), *Attività di musicoterapia in ospedale*. Atti Convegno A.B.I.O.: I percorsi dell'accoglienza, Milano.
- Filipazzi G. (1997), *Un ospedale a misura di bambino. Esperienze e proposte*, Franco Angeli, Milano.
- Iandolo C. (1979), *L'approccio umano al malato. Aspetti psicologici dell'assistenza*, Armando Armando Editore, Roma.
- Kanizsa S. (1995), *L'intervento preventivo.*, Atti Convegno A.B.I.O.: Dal neonato all'adolescente, quale ospedale per il bambino?, Milano.
- Nicosia A. (1999), *Quando il riso fa buon sangue*, Città nuova, Anno XLIII, n. IXX, pp. 22.23.24.
- Pinkus L. (1985), *Psicologia del malato*, Edizioni Paoline, Milano.

Il caso professionale

La responsabilità dell'infermiere nel trasporto dei degenti

Qual è la responsabilità infermieristica nel trasporto di degenti autosufficienti e senza rischi clinici per l'esecuzione di esami diagnosi/visite, all'interno dell'ospedale? Il paziente può spostarsi da solo? Può essere accompagnato da un familiare? In questi casi che responsabilità ha l'infermiere?

Il trasporto dei degenti all'interno di una struttura nosocomiale è una attribuzione non specificamente affidata a una singola figura professionale, ma affidata a almeno tre figure: l'ausiliario specializzato addetto ai servizi socio sanitari, l'operatore tecnico addetto all'assistenza e l'infermiere professionale.

Compete infatti all'ausiliario “provvede(re) al trasporto dei degenti con i mezzi appropriati allo stato di salute e alle condizioni di deambulazione oltre che all'assistenza di handicap ovvero di particolari condizioni di debolezza, secondo le istruzioni ricevute” secondo quanto disposto dal DPR 384/1990 e ulteriormente rafforzato dalla declaratoria dell'ultimo contratto collettivo nazionale di lavoro che attribuisce all'ausiliario il compito di “provvedere all'accompagnamento o allo spostamento dei degenti, in relazione alle tipologie assistenziali e secondo i protocolli organizzativi delle unità operative interessate”.

Compete altresì all'operatore tecnico addetto all'assistenza di “provvede(re) al trasporto degli infermi in barella e in carrozzella ed al loro accompagnamento se deambulanti con difficoltà”.

Compete infine all'infermiere e anche al medico se necessario l'accompagnamento di pazienti che necessitano – oltre che del puro trasporto – di assistenza infermieristica e medica durante il trasferimento stesso.

Il discrimine quindi è tutto professionale e non giuridico: la necessità del paziente di essere assistito durante il trasporto.

In relazione alle domande poste:

1. nulla osta al fatto che un paziente non a rischio (non prevedibilmente a rischio) si possa spostare da solo all'interno della struttura ospedaliera. La valutazione deve essere fatta dal professionista competente, prima di decidere per il non accompagnamento. In relazione alla tipologia di esame può essere deciso di affidare il paziente a un ausiliario o a un OTAA. Questo livello decisionale compete all'infermiere o al caposala visto che le figure esecutive agiscono “sotto la diretta responsabilità” di infermieri e caposala. Sempre in relazione alla tipologia di esame può essere distinta una fase pre-esame che non necessita di accompagnamento e una fase post-esame che necessita di accompagnamento. Anche in questo caso le valutazioni non possono essere che di ordine professionale;
2. l'accompagnamento da parte di un familiare non può che essere riferito alla necessità di un generico comfort per il paziente, ma non di altro tipo;
3. l'infermiere resta il professionista responsabile dell'assistenza del paziente. Possono a lui ricadere le errate valutazioni sull'affidamento del paziente ad altre figure o sull'errata valutazione dell'autonomia di un paziente;
4. non vi sono motivi per sostenere che un paziente debba essere sempre accompagnato, situazione che è del tutto priva di fondamento logico, professionale e giuridico. Si arriva altrimenti all'assurdo che un paziente venga sempre accompagnato nei trasferimenti e poi si rechi da solo al bar o in altre strutture ricreative poste all'interno della struttura stessa.

Sempre in relazione alla trasportabilità del paziente, è utile precisare che in caso di paziente critico non stabilizzato (anche qui da farsi con valutazione professionale) può essere indispensabile prevedere in

determinate circostanze, la presenza del medico durante tali trasferimenti.

La commissione per l'esercizio professionale