

www.vicenzaipasvi.it

Infermieri Informati

notizie da Collegio
IPASVI di Vicenza

Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - Tel/fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale
Spedizione in abbonamento postale - art. 2, comma 20/C, legge 662/96 - DCI "VI" - Registrazione al Tribunale di Vicenza n. 997 del 03/04/01

12 maggio: Giornata Internazionale dell'Infermiere



Infermieri e Cittadini insieme a teatro

Anno III - Numero 2

Maggio - Agosto 2002

"INFERMIERI INFORMATI"

notizie dal Collegio IPASVI di Vicenza
anno III - numero 2 maggio - agosto 2002

Direttore Responsabile
Cariolato Massimo

Comitato di Redazione
Bottega Andrea, Cariolato Massimo,
Fanchin Gianmaria

Hanno collaborato a questo numero
Dal Degan Sonia, Martin Sonia,
Ortolan Alessandra, Pagiusco Gaetana

Editore
Collegio IPASVI di Vicenza
v.le Trieste 29/C - 36100 Vicenza
www.vicenzaipasvi.it

Stampa
Graf. Simonato snc, Fara Vic.no (VI)

Periodico quadrimestrale a carattere
scientifico-professionale.
Sped. in A.P. - art.2 comma 20/c - L. 662/96 - DCI "VI"
Reg. Tribunale di VI n. 997 del 03/04/2001

Norme Editoriali per le proposte di pubblicazione

Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico.

La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile del Comitato di Redazione, il quale si riserva facoltà di apportare piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma, comunque in accordo con gli autori.

Ogni articolo esprime l'idea degli autori, i quali si assumono la piena responsabilità di quanto scritto.

Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico (word o rtf) via e-mail o su floppy disk, completo di eventuali tabelle o immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserzione di ogni allegato).

Ogni pagina dovrà essere numerata e nella prima dovrà comparire:

- titolo dell'articolo
- autori (nomi completi e qualifiche professionali)
- data di completamento del lavoro
- recapiti per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail)

Le referenze vanno inserite in ultima pagina seguendo i seguenti criteri:

- per le riviste: cognome e nome degli autori, titolo dell'articolo, nome della rivista, numero e anno di pubblicazione.
- per i libri: cognome e nome degli autori, titolo del libro, casa editrice, anno di pubblicazione.
- per gli atti: titolo dell'evento, città, data.

Quando il lavoro coinvolge, a vario titolo, l'istituzione di appartenenza degli autori o soggetti diversi dagli autori, è necessario allegare una liberatoria scritta dai relativi responsabili.

Il materiale inviato non verrà restituito in alcun caso.

Sommario

3 Editoriale

4 Infermiere, mediatore della
comunicazione

10 12 maggio 2002
Giornata mondiale dell'Infermiere



12 19, 20, 21 Settembre 2002
XII Congresso Nazionale IPASVI

12 E.C.M.: il nuovo ruolo
dei Collegi IPASVI

17 Esercizio Professionale
Ulteriori chiarimenti
sulle Emotrasfusioni

18 Congresso 21 maggio 2002:
Infermieri e figure di supporto

20 Infermieri e Stampa:
un rapporto difficile

21 Gli Infermieri...
Ancora Serie B
Intervista ad un'Infermiera di R.S.A.

25 Convocazioni del Consiglio Direttivo

26 Informazioni

27 Agenda



Inserto staccabile

E.C.M.: istruzioni per l'uso.

a cura dell'Ufficio Infermieristico Centrale dell'ULSS 6 di Vicenza

all'interno: guida alla consultazione della
Banca Dati ECM on-line

Editoriale

di Massimo Cariolato



La questione che forse più preoccupa tutti i professionisti della salute in questi ultimi mesi è l'Educazione Continua in Medicina (ECM): *cos'è? che cosa sono i crediti? come faccio a procurarmeli e quanto mi costeranno?* A queste domande, che tutti noi ci poniamo quasi quotidianamente, abbiamo cercato di rispondere inserendo in questo numero un pieghevole esplicativo realizzato in collaborazione con l'Ufficio Infermieristico dell'Ospedale di Vicenza.

Una volta compreso il meccanismo dell'acquisizione dei crediti, sarà più facile cogliere il significato essenziale dell'ECM: il programma nazionale di formazione continua è nato per garantire una preparazione omogenea e d'alto livello a tutti gli operatori della salute, affinché questi possano soddisfare al meglio i bisogni sanitari del cittadino. L'ECM non è, e non dovrà mai essere, una "corsa ai crediti". L'obbligo di acquisizione di una predeterminata quantità di crediti non deve spaventarci; al contrario, dev'essere stimolo e motore di miglioramento professionale. L'offerta formativa è ab-

bastanza ampia ed è destinata a crescere nel tempo, soprattutto nelle forme alternative agli eventi residenziali, come la formazione a distanza, gli stages, ecc.

Altro motivo di turbamento per noi infermieri è l'avvento delle figure di supporto nel nostro mondo lavorativo. La carenza ormai cronica di personale infermieristico ha certamente accelerato i tempi per la rielaborazione del modello organizzativo ed assistenziale nel nostro sistema sanitario, ma in modo non del tutto indolore.

La necessità di un massiccio e rapido inserimento della nuovissima figura dell'Operatore Socio Sanitario nelle nostre corsie ha portato la Regione Veneto a raggiungere un'intesa con le Organizzazioni Sindacali, che prevede una riqualificazione/sanatoria per chi è in possesso di titoli precedenti; titoli peraltro derivanti da percorsi formativi molto dissimili tra loro (da 150 ore per gli ausiliari a 1200 ore per gli OTAA/OSA).

La professione infermieristica ritiene che 50 ore di formazione integrative non siano assolutamente suf-

ficienti a garantire un'adeguata preparazione ai nostri più prossimi collaboratori, arricchiti sempre più di nuove competenze sia in ambito sanitario sia nel sociale.

Per questo motivo i Collegi IPASVI del Veneto hanno manifestato il proprio disappunto in merito al suddetto accordo e hanno avanzato alcune proposte: l'integrazione della formazione d'aula con un congruo periodo di esercitazioni e tirocinio (variabile in ragione del titolo già posseduto) e l'istituzione di una commissione per la verifica finale degli operatori che sia caratterizzata da una forte presenza infermieristica.

E' molto probabile che nei prossimi giorni, mentre la rivista sarà in stampa, la Giunta Regionale prenderà in merito una decisione definitiva. Noi sappiamo che la Regione è orientata a non disattendere l'intesa posta in essere con le parti sociali e, di conseguenza, a non accettare le nostre richieste. Noi sappiamo anche che questa decisione inciderà negativamente sulla qualità dei servizi assistenziali erogati al cittadino.



@vviso @i n@vig@nti

Chiunque fosse in possesso di una casella di posta elettronica e desiderasse essere informato gratuitamente e tempestivamente sulle attività del Collegio e altre news dal mondo professionale, può iscriversi a **"Infermieri Informati - News"** compilando il modulo on line all'indirizzo www.vicenzaipasvi.it

Infermiere, mediatore della comunicazione

di *Gianmaria Fanchin*
DDSI, Ufficio Infermieristico Centrale - Ospedale di Vicenza

Relazione presentata al Convegno “La comunicazione al paziente oncologico”
il 14 giugno 2002 ad Alte di Montecchio Maggiore (VI)

Introduzione

Il processo di guarigione non può **che** essere compreso nel contesto di una **relazione** tra un “guaritore” e un paziente. Fin dall’antichità, il terapeuta, viene considerato un “ingrediente” della terapia: ancora oggi, nelle culture indigene, lo sciamano non è visto come un dispensatore di erbe e pozioni, bensì come una vera e propria “sorgente” dal potere terapeutico¹.

Il passaggio, in ambito sanitario, dal modello biomedico, centrato sulla malattia, a quello psico-sociale centrato sulla persona ha posto una serie di nuovi e inevitabili interrogativi sui quali si cerca di dare delle risposte in linea con la nuova linea pro-

spettiva che assume **il malato al centro dell’interesse** dell’organizzazione sanitaria.

Un nuovo modello, all’interno del quale tentano di muoversi tutte le figure sanitarie che riconoscono, come comune identità, **“l’interazione con l’altro”**.²

Secondo la rivista “Patient Education and Counseling”³ questo sarà *“the century of the patient* (il secolo del paziente). Si sottolinea l’esigenza di un cambiamento radicale nel mondo sanitario:

Curare la persona anziché la sola malattia e fare in modo che l’esperienza e l’individualità del malato diventino centrali.

Nella cura alla persona la comunicazione tra gli opera-

tori sanitari e il paziente rivestirà un ruolo sempre più importante e in questo cambiamento la professione infermieristica, per la specificità del proprio ruolo, è direttamente coinvolta.

L’assistenza infermieristica infatti è essenzialmente una relazione d’aiuto, i cui obiettivi sono quelli di aiutare, assistere, prendersi cura⁴. Un approccio olistico alla persona malata che si basa sulla comprensione di cosa significa per il paziente la sua condizione di malattia.

Ogni persona vive in modo unico e diverso l’esperienza della malattia, in relazione alla sua personalità, alla sua soggettività, al suo ciclo di vita. Il paziente sa che il suo obiettivo è la guarigione, ma non

¹ Lingiardi V., “L’alleanza terapeutica” Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002;

² Franconeri M., Robello G. “L’infermiere e la comunicazione” www.infermieri.com

³ Hall J.A., Visser A. “Health communication in the century of the patient” vol. 42, n. 2 sept. 2000;

⁴ Di Giulio P. “La relazione come terapia” Nursing Oggi Geriatria, 3/2000;

⁵ ex Mansionario dell’Infermiere Professionale DPR 14 marzo 1974, n. 225;

conosce gli strumenti per raggiungere questa condizione.

Frequentemente egli non è in grado di comprendere nemmeno la terminologia utilizzata dai sanitari per comunicargli notizie riguardanti il suo stato di salute e le caratteristiche del trattamento a cui verrà sottoposto. Il malato si trova in una condizione di bisogno degli operatori sanitari, ai quali concede di entrare in una sfera molto intima della sua persona e ai quali si affida completamente per essere curato.

Ma quale ruolo riveste l'infermiere nella comunicazione?

La professione infermieristica, in seguito ad un processo evolutivo degli ultimi 10 anni, sta cambiando; il ruolo dell'infermiere è cambiato.

Prima del cambiamento, il sistema tradizionale di abilitazione all'esercizio professionale dell'infermiere era caratterizzato dal cosiddetto "**mansionario**" (DPR 225 del 1974).

Più esattamente il decreto conteneva un elenco di compiti dal carattere rigido ed esaustivo.

Era lo strumento normativo a caratterizzare il ruolo dell'infermiere, mettendo in evidenza un ruolo da **esecutore** dalla responsabilità **limitata**.

Leggendo il mansionario, alcune attribuzioni dell'infermiere erano: *...richiesta ordinaria o urgente di interventi medici a seconda delle esigenze sanitarie, sociali e spirituali degli assistiti*⁵.

L'Infermiere, una figura **ausiliaria**, interveniva per attivare altre figure sanitarie, le vere competenti (*il medico*), per le necessità (*sanitarie, sociali e spirituali*) del paziente.

Un ruolo da "*mediatore*" (ma non diretto con il paziente), tra le richieste e bisogni del paziente e le competenze di altre figure sanitarie. Quindi l'infermiere era disponibile a raccogliere le istanze del paziente, attuando però interventi limitati.

Per gli aspetti legati alla comunicazione doveva attivarsi per: "*Mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie*⁶".

Un ruolo dove disponibilità e gentilezza erano requisiti più personali che conseguenti all'assunzione di una specifica funzione. Idea confermata dall'opinione pubblica che per fare l'infermiere bisogna possedere una certa predisposizione (personale quindi) per assistere il malato.

L'idea che la competenza

dell'infermiere nasce quindi da qualcosa che egli ha naturalmente o che dovrebbe avere. E' luogo comune pensare all'attività dell'infermiere come a una "*missione*", e non come professione.

La conseguenza di tale cultura è stata dimostrata da alcune ricerche:

Gli operatori sanitari considerano poco il problema della comunicazione, ritenendola una capacità legata alla sensibilità personale e al carattere (Davis 1994); E' stato osservato che infermieri e medici vengono criticati dai pazienti a causa dei loro deficit comunicativi⁷.

L'infermiere e il cambiamento

Il contributo dell'infermiere **oggi** non è più limitato all'esecuzione di ordini (*del medico*) e alla gestione di aspetti organizzativi o all'assunzione di un ruolo da "*missionario*".

Centrale al concetto di assistenza infermieristica ed alla sua efficacia è il concetto di aiuto.

Gli infermieri si occupano dell'impatto che la malattia ha sul paziente, più che della malattia di per sé, e della persona con problemi, più che

⁶ Ibidem.... Art. 1

⁷ Agnelli I. et Al. "Quaderno del Nursing di base" Ed. Nettuno II edizione, Firenze, 1996;

⁸ Rogers C. "La terapia centrata sul cliente" Ed. Martinelli, Firenze 1970, p. 68;

⁹ Redigolo D. "Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto" Ed. Rosini, Firenze, 1995;

¹⁰ Mucchielli R. "Apprendere il counselling" Ed. Centro Studi Herickson, Trento, 1987, p. 7;

del singolo problema. L'infermiere, con la relazione ha lo scopo di promuovere nell'altro: *la crescita, la maturità e il raggiungimento di un modo di agire più adeguato ed integrato nell'altro*⁸.

L'infermiere con la relazione d'aiuto, mira a soddisfare i bisogni del paziente, a guidarlo verso il raggiungimento di una sua autonomia, ad arrivare ad obiettivi reciprocamente prefissati. L'infermiere non può cambiare l'individuo o risolvere i problemi al suo posto, ma è soltanto in grado di aiutarlo ad estrarre le sue capacità, non fornendo risposte e soluzioni,

ma ascoltandolo, avendo fiducia in lui ed insegnandoli ad ascoltarsi e a cercare dentro di sé.

Un'esperienza di apprendimento, nella quale due persone (*infermiere – paziente*) entrano in interazione per affrontare un problema sanitario, per collaborare, se possibile, alla sua soluzione e trovare dei modi di adattarsi alla situazione⁹.

Tuttavia in questa relazione di servizio sono necessarie: **competenze di tipo tecnico - scientifico e di tipo umano**.

Ciò presuppone che l'infermiere debba essere in gra-

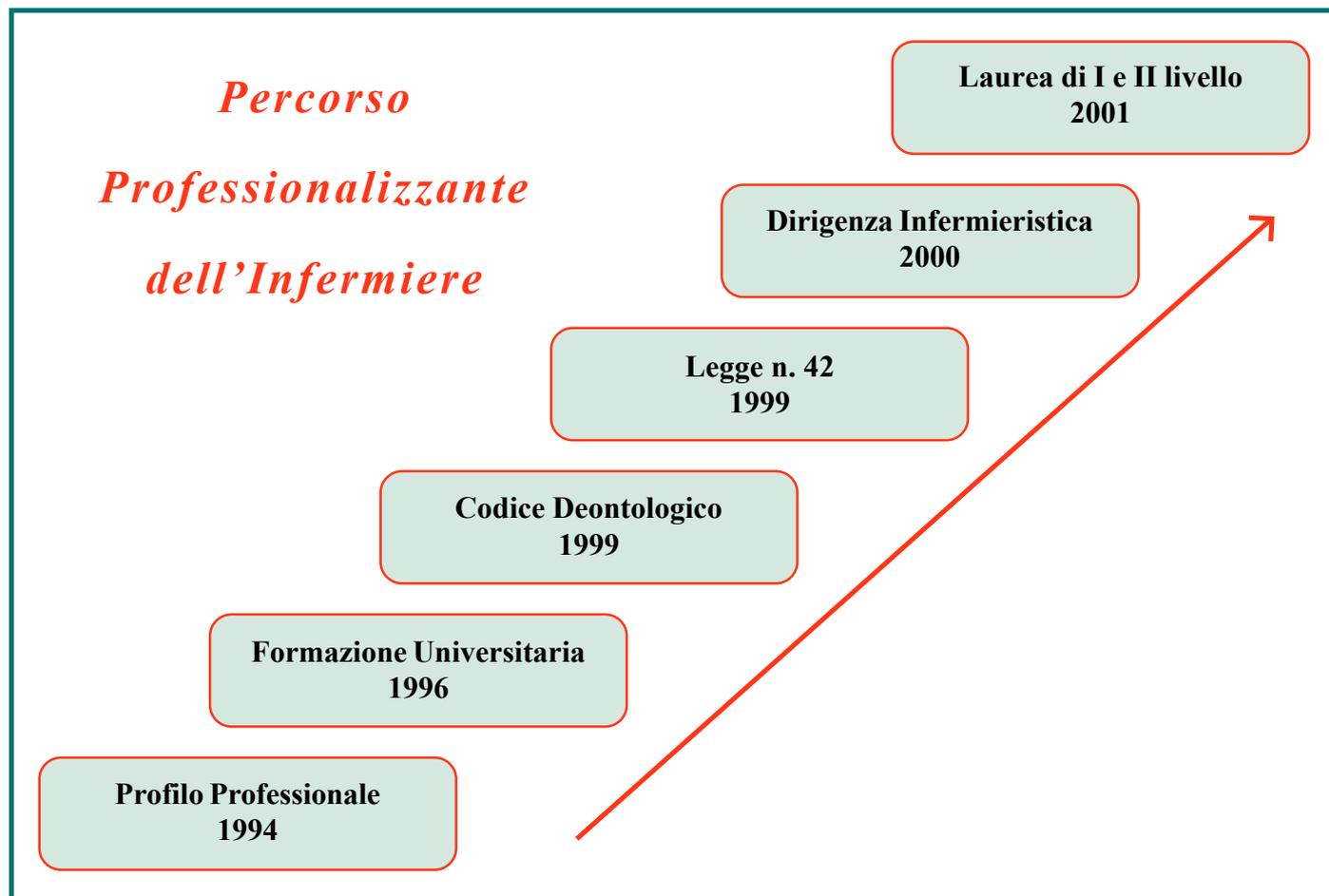
do di compiere delle azioni specifiche:

- *comprendere il problema nei termini in cui si pone per quel particolare paziente,*
- *aiutare il paziente ad evolvere personalmente per raggiungere il suo miglior adattamento sociale*¹⁰.

Ma in che modo l'infermiere può raggiungere queste competenze?

Competenza = “quello che compete, che è di pertinenza”, intesa come:

“La capacità di realizzare una prestazione professiona-



¹¹DM 14 settembre 1994, n. 739 Profilo professionale dell'infermiere;

¹²Disposizioni in materia di professioni sanitarie, Legge 26 febbraio 1999, n.42;

le per la quale sono necessarie specifiche conoscenze”

Il soggetto è consapevole e si assume la responsabilità di qualcosa di cui ha le **conoscenze** e le **capacità** per realizzarla, nei limiti dati dalla propria coscienza morale e dalla legge.

La responsabilità fa riferimento a:

- **norme** (*aspetto legislativo*)
- **conoscenze scientifiche** (*aspetto formativo*)
- **valori etici** (*aspetto etico*)

Aspetto legislativo

L'infermiere, per gli effetti del percorso professionalizzante, ha modificato il proprio ruolo:

da esecutore di compiti dalla responsabilità limitata, all'assunzione responsabile di un processo assistenziale, legato al raggiungimento di specifici risultati.

Nel 1994 il profilo professionale dell'infermiere DM 739/94 introduce elementi di cambiamento¹¹.

L'art. 1 decreta che l'Infermiere è l'operatore professionale **responsabile** dell'assistenza generale infermieristica.

L'assistenza infermieristica preventiva, curativa,

palliativa e riabilitativa è di natura:

- Tecnica
- Relazionale
- Educativa.

Compete all'infermiere agire sul piano della relazione e dell'educazione, oltre che nella tecnica, allargando il quadro delle proprie competenze e della propria responsabilità.

Con la successiva **Legge 42/99**¹² la denominazione “professione sanitaria ausiliaria” scompare e viene sostituita dalla denominazione “**professione Sanitaria**”.

Abrogato il “*mansionario*” a determinare ora il campo proprio di attività e di responsabilità della professione sanitaria dell'Infermiere sono:

- **Il profilo professionale** (*DM 739/94*)
- **La formazione** (*ordinamenti didattici Decreto Murst 2 aprile 2001 lauree universitarie delle professioni sanitarie*)
- **Il codice deontologico** (*febbraio 99*)

L'infermiere dall'emanazione del Profilo professionale all'attuazione della L.42/99 assume un ruolo sanitario attivo nel partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della persona, attraverso il processo di nursing: formulazione degli obiettivi, pianifi-

cazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico.

Aspetto formativo

La formazione consente di raggiungere le competenze necessarie per erogare una buona assistenza che ha il valore di una terapia. È terapeutico infatti **qualsiasi intervento in grado di portare un beneficio nell'altro**¹³.

Non c'è alcun dubbio sul fatto che una buona assistenza debba basarsi su interventi e tecniche di documentata efficacia, senza pensare che questa sia l'unica componente della qualità.

Quando si parla di assistenza infermieristica infatti ci si riferisce ad un insieme di variabili che vanno dai contenuti tecnici degli interventi, agli aspetti relazionali e all'organizzazione del servizio.

La formazione divenuta definitivamente universitaria dal 1996, ora laurea di 1° livello, riveste un ruolo importante in grado di offrire all'infermiere gli elementi scientifici su cui basare la propria azione professionale.

La formazione è strutturata tenendo conto della sempre maggior complessità dei pazienti assistiti (*sia in ospe-*

¹³ Di Giulio P. “La relazione come terapia” Nursing Oggi Geriatria n.3, Lauri Edizioni, Milano, 2000;

dale che nel territorio) e dell'evoluzione dei trattamenti con la necessità di rendere il paziente il più possibile autonomo nell'assistenza.

Consente di raggiungere i fondamenti delle dinamiche relazionali nei diversi ambiti comunitari mediante a un'adeguata preparazione teorica e un congruo addestramento teorico – pratico.

Corsi integrati di psicologia, sociologia, antropologia, pedagogia durante il percorso accademico (laurea di 1° livello) dell'infermiere favoriscono il raggiungimento di specifiche conoscenze in correlazione all'individualità psicologica del malato nelle realtà sociali e ambientali.

Le caratteristiche e finalità dei corsi integrati mirano a fornire allo studente strumenti teorici e operativi per comprendere, instaurare, mantenere una buona relazione con l'utente sano – malato, con la famiglia e la comunità.

Da qualche tempo gli studenti del corso universitario per infermieri orientano le loro energie a sviluppare interessanti lavori di approfondimento finalizzati alla tesi. Tesi di laurea dove vengono approfonditi gli aspetti della comunicazione e ruolo dell'Infermiere in contesti molto diversi: Area critica, Psichiatria, Dialisi, Oncologia, Pediatria e altri per comprendere e raggiungere elementi tecnici per costruire una comunicazione efficace con il

paziente, attuando interventi supportati dalla letteratura scientifica per offrire una relazione d'aiuto efficace al malato.

Formazione continua e ricerca consentono alla professione di aggiornare continuamente il proprio profilo professionale. In letteratura vengono sempre più frequentemente pubblicati esempi che dimostrano che è l'atmosfera che si crea intorno al paziente ad essere rilevante per gli esiti. Sono disponibili "evidenze scientifiche" che valutano i contenuti di efficacia di una relazione d'aiuto.

Aspetti deontologici

Il Codice Deontologico del febbraio 1999, contenente l'insieme delle norme e dei principi etici che regolano la professione infermieristica, pone fortemente in risalto la peculiarità della relazione di supporto. Questo codice di autoregolamentazione professionale sottolinea in più articoli che l'assistenza infermieristica deve rispettare la dignità e la libertà della persona e supporta l'infermiere nella realizzazione del proprio specifico ruolo professionale. La condizione di bisogno e la carenza di conoscenze del malato determina la condizione di asimmetria sia relazionale che esistenziale. È importante che tutti gli

operatori sanitari cerchino di porsi in modo paritario con il paziente. L'infermiere con il codice deontologico assume un impegno morale nei confronti del paziente.

Dall'analisi di alcuni articoli del codice si evince:

Art. 4.2:

"l'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte".

L'articolo 4.5 è peculiare per quanto concerne la comunicazione all'interno della relazione di supporto:

"l'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere".

Cosa serve per fare questo

- Consapevolezza e identità del proprio ruolo intesa come
 - * Teoria di riferimento,
 - * Cultura professionale,
 - * **Adesione a dei Valori propri di tutta la professione.**
- Valorizzazione della diver-

sità e dell'integrazione, intese come la disposizione a pensare che "non tutti debbono sapere tutto", che la competenza di ognuno deriva dalla formazione personale, professionale e dall'esperienza, e che l'assistenza è un complesso di interventi coordinati e finalizzati ad un obiettivo comune. A questo processo contribuiscono molti attori, non ultimo il paziente stesso. La relazione terapeutica non è tipica di una sola figura professionale, ma caratterizza l'attività dello psicologo, dell'educatore, dell'infermiere, del medico. Tutte le categorie professionali sono coinvolte per il medesimo scopo, ognuna secondo le proprie competenze, orientate allo stesso obiettivo. Non c'è nessuna scienza in grado di rispondere a tutti i bisogni della persona

- Assistenza basata sull'evidenza, intendendo con questo la modalità operativa che utilizza metodi, strumenti e tecniche scientifici, descritti, validati, che permettono all'assistenza di essere documentata, osservabile e misurabile.
- Organizzazione assisten-

ziale coerente, il lavoro infermieristico richiede ora di essere svolto attraverso l'applicazione di protocolli concordati e definiti dagli infermieri, basati sullo studio dei problemi del paziente, senza dimenticare che i modelli organizzativi sono uno strumento dell'assistenza e non viceversa. E' necessario chiedersi cosa serve, qual è il professionista giusto per rispondere alla necessità, qual è il modo giusto. I contesti di assistenza, dominati dal modello biomedico, non favoriscono la presa in carico del paziente. Per superare questa empassa è necessario che vi sia un modello organizzativo che consenta la presa in carico del paziente, utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza (*Legge 10 agosto 2000 n. 251*).

Conclusioni

La figura dell'infermiere si sta trasformando rapidamente in quella di un professionista preparato. Tuttavia la professione, rispetto ad altre fi-

gure sanitarie, è particolarmente giovane e necessita di consolidare il proprio ruolo, vissuto fino a poco tempo fa da subalterno.

Gli infermieri hanno a disposizione tutti gli elementi (legislativi, formativi, deontologici), per assumere il ruolo di un operatore sanitario autonomo e consapevole. La strada intrapresa è quella giusta.

Il prodotto dell'assistenza è spesso invisibile e non attribuibile ad un singolo gesto (*come invece succede per l'intervento del chirurgo*), ma gli infermieri curano e fanno terapia: terapia che non è fatta solo di tecniche.

Gli infermieri erogano interventi terapeutici anche agendo sull'ambiente, insegnando, dando comfort, stando "accanto" al paziente e utilizzando la comunicazione come strumento per aiutare il paziente. Interventi "terapeutici" basati su prove di efficacia finalizzati al raggiungimento di un risultato in termine di salute per il paziente.

Questo è quello che il cittadino chiede, queste sono le risposte che come infermieri dobbiamo garantire.

"Se si cura una patologia o si vince o si perde. Se si cura una persona vi garantisco che si vince, qualunque esito abbia la terapia".

(Hunter Patch Adams)

12 maggio 2002: Giornata Mondiale dell'Infermiere

Infermieri e Cittadini

insieme a Teatro

In occasione della Giornata Mondiale dell'Infermiere il Collegio IPASVI di Vicenza, con il patrocinio del Comune e della Provincia di Vicenza, ha invitato la popolazione ad una serata teatrale nella maggiore piazza cittadina.

Vicenza, Piazza dei Signori, 12 maggio 2002. Pomeriggio caldo e soleggiato, nonostante la pioggia mattutina. Al centro della piazza, sotto un ombrellone, alcune persone intrattengono i passanti e distribuiscono dei volantini. Sullo sfondo, ai piedi delle colonne, sta sorgendo un palcoscenico: ci sarà forse un concerto? O piuttosto una sfilata di moda? O sarà il solito personaggio politico in cerca di voti...

Avvicinandoci al gazebo, mentre cominciamo a leggere sui cartelloni esposti "Giornata Internazionale dell'Infermiere, un giovane, con un simbolo strano rosso e verde e l'incomprensibile scritta "IPASVI" affissa alla giacca, ci si avvicina, cordialmente ci saluta e ci chiede: "Che fate stasera?"

Poi ci racconta qualcosa a proposito dell'Infermiere, del suo impegno professionale e sociale a favore del cittadino e si congeda da noi lasciandoci tra le mani un foglietto ben arrotolato, alcune cartoline raffiguranti infermieri nella loro

attività lavorativa e un invito alla Rappresentazione Teatrale lì organizzata per quella sera.

Durante la brillante commedia, messa in scena dalla "Compagnia Teatrale Asti-



Il pubblico attende l'inizio dello spettacolo teatrale

chello” dal titolo “El Barbiero de Porta Monte”, srotoliamo il foglietto che ci era stato donato alcune ore prima: è il Patto Infermiere-Cittadino.

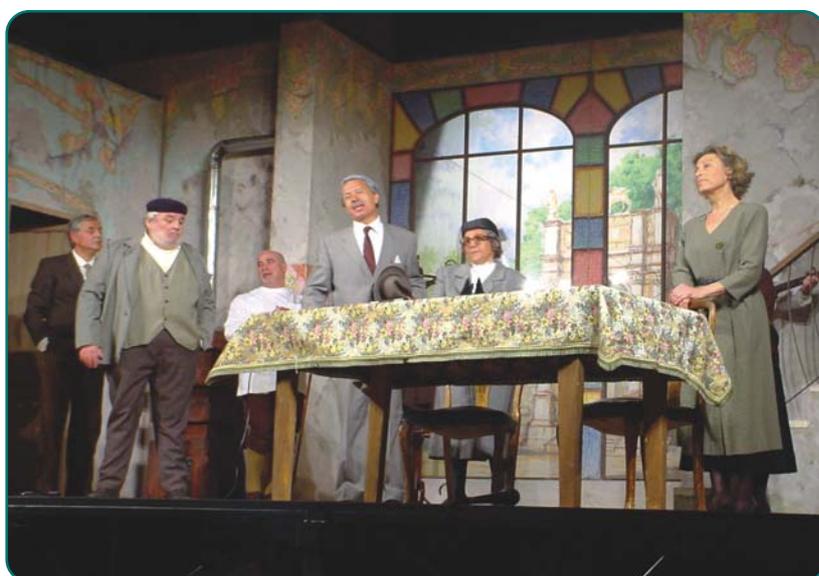
Questo è stato il pomeriggio-tipo trascorso da molti cittadini che hanno accolto l’invito, da parte del Collegio IPASVI di Vicenza, a condividere insieme agli Infermieri la Giornata a loro dedicata.

In questo giorno di festa, gli Infermieri vicentini hanno voluto rimarcare il loro importante ruolo sociale e riconfermare il Patto che sei anni prima la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha stipulato con il cittadino: un impegno chiaro e preciso che ribadisce la volontà di stare dalla sua parte.

Patto che sottolinea la dignità della Persona e porta l’Infermiere accanto alla popolazione non solo nel momento del bisogno sanitario, ma anche, e sempre più, nell’ambito della promozione di stili di vita sani e della prevenzione delle malattie.

Il 12 maggio non è tanto il giorno in cui gli Infermieri festeggiano qualcosa in particolare, ma diventa un’occasione, per professionisti con preparazione universitaria e con competenze e responsabilità riconosciute e legittimate, di incontrare la gente comune, di far capire loro chi è l’Infermiere e perchè è così importante per questa Società. E’ un’occasione per condividere idee, opinioni e, perchè no, anche un momento di festa e di divertimento come può essere una rappresentazione teatrale comica.

C.M.



Prima dell’inizio dello spettacolo messo in scena dalla “Compagnia Teatrale Astichello”, il Collegio IPASVI ha organizzato un momento di incontro con la popolazione per promuovere l’immagine dell’Infermiere.

19, 20, 21 settembre 2002

XIII Congresso Nazionale IPASVI

LE NUOVE FRONTIERE DELLA SALUTE IL PROGETTO DEGLI INFERMIERI PER UNA SANITA' AL SERVIZIO DEI CITTADINI

In occasione del XIII Congresso Nazionale IPASVI, il Collegio di Vicenza mette a disposizione dei propri iscritti **n° 50 quote di iscrizione** ai primi che ne faranno richiesta.

Le richieste di rimborso dovranno essere inviate, **dal 20 agosto in poi**, via lettera o via fax utilizzando il talloncino predisposto a piè pagina (per la determinazione della tempestività della richiesta farà fede la data del timbro postale o la data e ora di invio fax).

La Segreteria del Collegio comunicherà l'accettazione della richiesta di rimborso ai 50 iscritti che ne avranno diritto.

La procedura di iscrizione dovrà essere autogestita dall'iscritto e l'effettivo rimborso avverrà previa presentazione della ricevuta di pagamento e dell'attestato di partecipazione al Congresso.

Collegio IPASVI di Vicenza
viale Trieste 29/C 36100 Vicenza
tel./fax. 0444 303313

RICHIESTA DI RIMBORSO

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

**chiede il rimborso della quota di iscrizione
al XIII Congresso Nazionale IPASVI.**

Recapito per conferma:

indirizzo _____

e-mail _____

tel. _____ fax. _____

firma _____

E.C.M.

Il nuovo ruolo dei Collegi IPASVI

In queste settimane gli orientamenti della Regione in materia di Educazione Continua in Medicina, stanno profondamente trasformando il ruolo di Ordini, Collegi e Associazioni Professionali riconosciute.

La logica ECM è quella di un programma di formazione nazionale omogeneo che risponda ai reali bisogni formativi dei professionisti della salute, affinché questi riescano a soddisfare al meglio la richiesta sanitaria del cittadino.

Nella definizione dei vari ruoli all'interno di questo programma nazionale, con articolazioni a livello regionale, ad Ordini e Collegi sarà chiesto di partecipare attivamente alla politica formativa regionale con compiti di rilevazione dei bisogni formativi, produzione di linee di indirizzo per provider, aziende e professionisti e controllo, accreditamento e certificazione dei professionisti stessi.

In ragione di ciò, la Commissione Nazionale ECM e la Regione Veneto precludono ai Governi delle Professioni Sanitarie la possibilità di essere direttamente "implicati" nella formazione in qualità di Provider accreditati, ossia fornitori di eventi formativi, ruolo peculiare e caratterizzante di questi soggetti fino a questo momento.

L'attività di Provider si pone infatti in un palese conflitto d'interessi con quella di Istituzione certificatrice, quali sono destinati a diventare gli Ordini, i Collegi e le Associazioni Professionali.

C.M.



inserto
staccabile

ECM

Educazione Continua in Medicina

istruzioni per l'uso

Cos'è il Programma di Educazione Continua in Medicina?

Il programma nazionale per la formazione continua (E.C.M.), istituito secondo il D.lgs. n.502 del 30 dicembre 1992 e integrato dal D.lgs. n.229 del 19 giugno 1999, è finalizzato alla valutazione degli eventi formativi, in maniera tale che il singolo professionista sanitario possa essere garantito della qualità ed utilità degli stessi ai fini della tutela della propria professionalità. Il programma E.C.M. è inoltre, lo strumento per ricordare ad ogni professionista il suo dovere di svolgere un adeguato numero di attività di aggiorna-

mento e di riqualificazione professionale.

I crediti formativi E.C.M. sono una misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore della Sanità dedica annualmente all'aggiornamento ed al miglioramento del livello qualitativo della propria professionalità. Il programma è stato sperimentato per oltre un anno. La data di inizio formale della fase a regime è stata fissata al 1 gennaio 2002 con riferimento alle richieste di accreditamento degli eventi che si svolgeranno a partire dal 1 aprile 2002.

A chi è rivolto il Programma di Educazione Continua in Medicina?

Il programma E.C.M. è applicato a tutte le categorie professionali sanitarie (dipendenti, convenzionati o liberi professionisti). Nello specifico sono interessati i seguenti operatori della Sanità:

- | | | |
|---------------------------|---|--|
| - assistente sanitario | - medico chirurgo | - tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro |
| - biologo | - odontoiatra | - tecnico della riabilitazione psichiatrica |
| - chimico | - odontotecnico | - tecnico di neurofisiopatologia |
| - dietista | - ortottista/assistente di oftalmologia | - tecnico ortopedico |
| - educatore professionale | - ostetrica/o | - tecnico sanitario di laboratorio biomedico |
| - farmacista | - ottico | - tecnico sanitario di radiologia medica |
| - fisico | - podologo | - terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva |
| - fisioterapista | - psicologo | - terapeuta occupazionale |
| - igienista dentale | - tecnico audiometrista | - veterinario |
| - infermiere | - tecnico audioprotesista | |
| - infermiere pediatrico | - tecnico della fisiopatologia cardio-circolatoria e perfusione cardiovascolare | |
| - logopedista | | |

Chi è escluso dall'obbligo dell'E.C.M.?

E' escluso dall'obbligo dell'E.C.M. il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria professionale di appartenenza (corsi di specializzazione, master, laurea specialistica, dottorato di ricerca) per tutti gli anni compresi nell'impegno formativo. Sono altresì esclusi dall'obbligo dell'E.C.M., i soggetti che

usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza (legge n.1204 del 30 dicembre 1971 e successive modificazioni), nonché in materia di adempimento del servizio militare (legge n.958 del 24 dicembre 1986 e successive modificazioni), per tutto il periodo in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

Quali crediti sono riconosciuti?

Ai fini del programma E.C.M. hanno valore solamente i crediti formativi attribuiti dalla Commissione Nazionale agli eventi accreditati per lo specifico profilo professionale. La partecipazione ad un evento che sia stato accreditato per un profilo professionale diverso dal proprio, non dà diritto all'acquisizione di alcun credito.

Non sono altresì validi i crediti assegnati dagli organizzatori su base volontaristica e con criteri e modalità autonomamente stabilite dagli organizzatori stessi (Associazioni, Società Scientifiche, ecc.). I Crediti Formativi Unitari (C.F.U.) riconosciuti dalle Università sono una misura del lavoro studente e non sono accumulabili o assimilabili ai crediti E.C.M.

Quanti crediti si devono maturare?

I crediti per il primo quinquennio 2002-2006 sono stati fissati in complessivi 150 con un obbligo progressivo di acquisizione a partire da 10 per il primo anno fino a 50 per il quinto (10 + 20 + 30 + 40 + 50), con un minimo annuale di almeno il 50% del debito formativo ed un massimo del doppio del debito stesso previsto per quell'anno. Ad esempio, nel 2003 si dovranno acquisire da un minimo di 10 crediti ad un massimo di 40, fermo restando che la somma dei crediti per il quinquennio non varia (150). Questo per garantire un'equa distribuzione delle pro-

prie attività formative nel corso della vita lavorativa. Dal 2007 il numero di crediti da raccogliersi da parte del singolo operatore sarà di 150 in tre anni (50 all'anno con gli stessi criteri del primo quinquennio). Se in un anno si maturano più del massimo dei crediti previsti, questi non possono essere utilizzati per l'anno successivo. Non è ancora definito il numero di crediti che dovrà maturare chi ha un rapporto di lavoro part-time; per adesso restano valide le indicazioni come per tutti gli altri operatori.

Che cosa succede a chi non matura i crediti richiesti?

Il D.lgs. 229/99 demanda ai contratti collettivi nazionali l'individuazione di specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non ha conseguito il

minimo dei crediti stabilito dalla Commissione Nazionale. Attualmente non vengono adottate sanzioni in caso di inadempienza all'obbligo formativo.

Come si acquisiscono i crediti?

I crediti si maturano partecipando ad eventi formativi valutati ed accreditati dalla commissione E.C.M.. Tali eventi possono essere proposti da Società Scientifiche, Agenzie Formative, Aziende Sanitarie... purché iscritte quali Provider. Tali eventi possono rientrare sia nell'aggiornamento individuale (su istanza del singolo ope-

ratore), sia nella formazione collettiva aziendale (organizzata dall'Azienda quale formazione obbligatoria, per il raggiungimento degli obiettivi aziendali). Tutti gli eventi formativi accreditati o in fase di accreditamento sono consultabili nelle banche dati del sito <http://ecm.sanita.it>.

Possono essere riconosciuti i crediti per eventi frequentati nel passato?

I crediti sono attribuiti solo ad eventi formativi realizzati a partire dal 1 aprile 2002 e non sono retroattivi. Inoltre, i crediti attribuiti ad eventi realizzati nel pe-

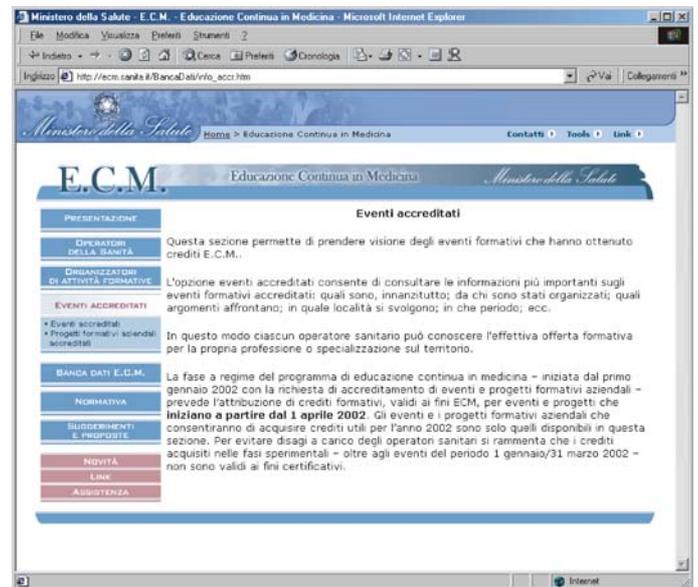
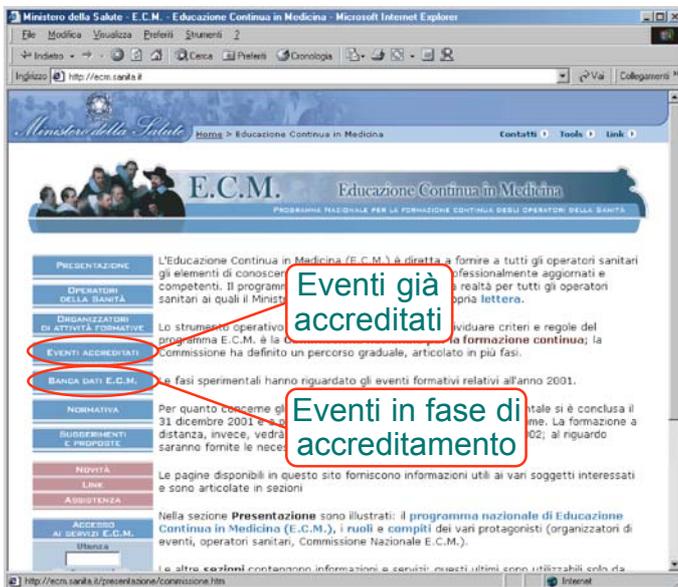
riodo sperimentale (anno 2001) non sono utili per il conseguimento dell'ammontare dei 150 crediti previsti per il quinquennio 2002-2006.

per avere maggiore informazioni puoi chiamare il Collegio IPASVI di Vicenza o l'Ufficio Infermieristico della tua Azienda

in alternativa puoi consultare le pagine web del sito

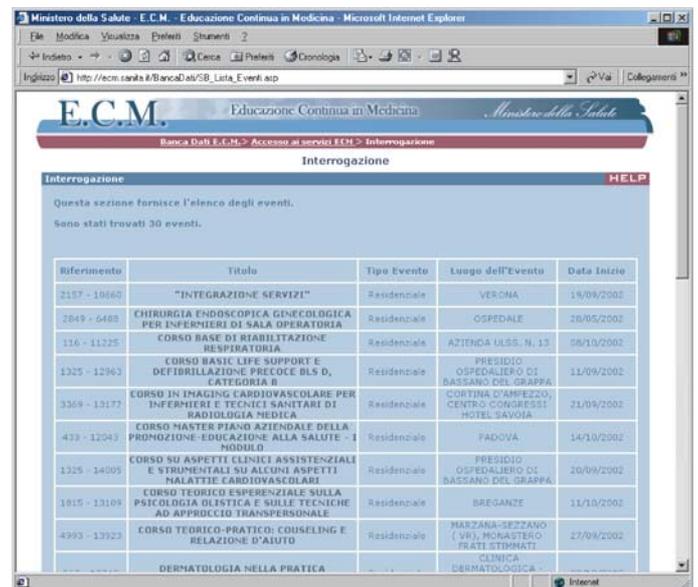
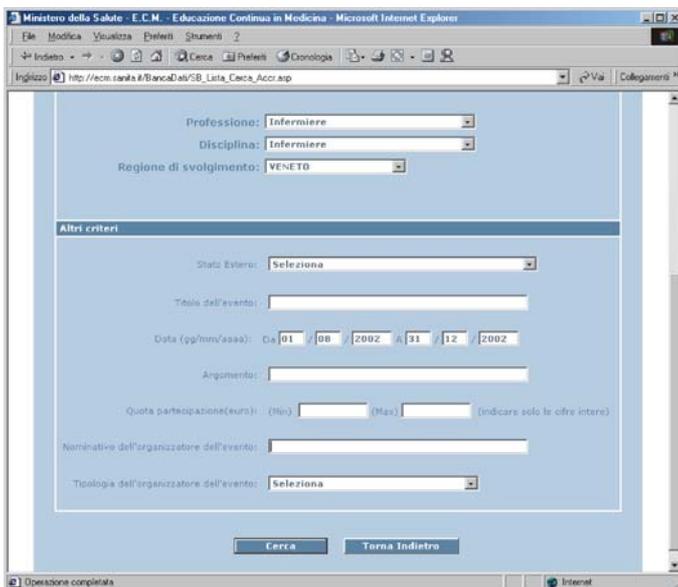
ecm.sanita.it

Come consultare la Banca Dati degli Eventi Formativi sul sito ECM (<http://ecm.sanita.it>)



1. Collegati al sito <http://ecm.sanita.it> da dove puoi accedere alle banche dati degli eventi in fase di accreditamento e degli eventi già accreditati.

2. In entrambi i casi puoi scegliere di interrogare il sistema per conoscere gli eventi formativi singoli o i progetti formativi aziendali.



3. Nella maschera di ricerca che ti viene proposta puoi inserire alcuni criteri di ricerca (facoltativi) che ti aiutano a trovare ciò che più ti interessa. Poi clicca sul pulsante "Cerca" posto in basso a sinistra.

4. A questo punto ti verrà mostrato un elenco di Eventi Formativi corrispondenti ai tuoi criteri di ricerca: li puoi valutare nel dettaglio cliccando sul titolo dell'Evento che ti interessa.

N.B.: in questo sito trovi **tutti e solo gli eventi accreditati o in fase di accreditamento**. Attenzione però: dal momento in cui l'evento formativo riceve ufficialmente il punteggio in crediti dalla Commissione ECM al momento della sua effettiva validazione (che avviene dopo il pagamento della tassa di accreditamento da parte del provider) l'evento stesso non compare ne come *Evento Accreditato*, ne come *Evento in fase di accreditamento*.

Il Campione ematico per le prove pretrasfusionali deve essere firmato da chi lo esegue (ulteriori chiarimenti in merito alla recente normativa sulle emotrasfusioni)

a cura di **Andrea Bottega**

Nonostante in una nostra precedente pubblicazione (*“Emotrasfusioni: novità legislative” in Infermieri Informati, Anno II n. 2, maggio-agosto 2001*) avessimo già affrontato le competenze e le responsabilità dell’Infermiere nelle procedure per le emotrasfusioni, in alcune strutture ospedaliere sono apparsi dei protocolli e delle linee guida che contrastano con la nostra interpretazione, in quell’articolo chiaramente espressa, del DM 25 gennaio 2001.

In quei protocolli si afferma, richiamando gli art. 13 e 14 del citato decreto, che la firma e la responsabilità del prelievo per le prove di compatibilità spetta al medico.

A conferma della nostra linea argomentativa riportiamo un ulteriore parere legale della SIMTI (Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia) la quale, per il tramite del presidente del collegio medico-legale prof. Franco Biffoni, ci ha dato in data 3 maggio 2002 la seguente interpretazione degli articoli del DM 25 gennaio 2001:

«Articolo 13 Prove pretrasfusionali

E’ stato semplificato il disposto del precedente decreto. Le indagini immunoematologiche da eseguire per accertare la compatibilità tra il

donatore ed il ricevente sono:

Donatore:

conferma del gruppo ABO e del tipo Rh

Ricevente:

1) determinazione del gruppo ABO e del tipo Rh. Nella terapia di elezione, nel caso di paziente non noto alla struttura trasfusionale, tali indagini devono essere ripetute su un secondo campione di sangue, diverso dal primo anche temporalmente, nel momento in cui si dà luogo alla richiesta di emoterapia;

2) ricerca di alloanticorpi irregolari antiemazie. Tale indagine consente di assegnare e distribuire il sangue con la procedura del “Type and Screen”, omettendo l’esecuzione delle prove di compatibilità crociata, purché siano assicurate delle modalità atte a garantire la sicurezza trasfusionale.

Nel caso siano stati rilevati anticorpi irregolari antiemazie o ne sia stata omessa la ricerca dovrà essere obbligatoriamente eseguito il cross-match.

Il campione di sangue del ricevente deve essere firmato, in modo leggibile, dall’operatore

sanitario (medico o infermiere) che ha effettuato il prelievo e ne è, pertanto, responsabile.

Articolo 14 Richiesta di sangue

La richiesta di emoterapia (le modalità sono specificate nell’articolo) deve essere firmata dal medico richiedente e deve contenere le indicazioni cliniche, che hanno richiesto l’emoterapia.

Scompare la distinzione - elezione /urgente - prevista dalla precedente norma, in quanto, a cura del responsabile della struttura trasfusionale, devono essere predisposte delle procedure da seguire in caso di urgenza e/o di emergenza, tenendo, altresì, conto della tipologia della richiesta e della dislocazione del reparto richiedente.

Il prelievo deve consentire l’identificazione del paziente (nome, cognome, data di nascita. Ottimale sarebbe poter disporre di etichette con codice a barre del ricovero) ed essere firmato dall’operatore sanitario (infermiere o medico) che ha eseguito il prelievo.»

Altri commenti paiono superflui, tranne forse l’invito ad un agire professionale più responsabile e più consapevole delle proprie competenze.

L'integrazione con le figure di supporto: una sfida per l'Infermiere

Ente Fiera Vicenza, 21 maggio 2002

CRONACA DI UN EVENTO

a cura di Gaetana Pagiusco

AFD presso l'Ufficio Infermieristico Centrale dell'ULSS 6

Il 21 maggio 2002 presso l'Ente Fiera di Vicenza ha avuto luogo il convegno "L'INTEGRAZIONE CON LE FIGURE DI SUPPORTO: una sfida per l'Infermiere". L'iniziativa, patrocinata dal Collegio IPASVI di Vicenza e dalla Regione Veneto, è stata pensata dall'ULSS6 Vicenza allo scopo di dibattere un tema importante che tocca molto da vicino gli infermieri italiani, cioè l'inserimento delle figure di supporto. In particolare la giornata è stata voluta dall'Ufficio Infermieristico di Vicenza per presentare l'esperienza di inserimento delle figure di supporto, che ha coinvolto 10 Unità Operative dell'ULSS Vicentina.

La giornata è stata articolata in 2 momenti: il mattino voluto come momento di analisi della situazione e momento di confronto con realtà straniere; il pomeriggio come presentazione dell'esperienza vicentina.

La mattinata si è aperta con la relazione di Padovan Marisa, DIH SMA Responsabile Ufficio Infermieristico di Vicenza, che ha

presentato lo scenario legislativo in cui si stanno muovendo sia la professione infermieristica che le figure di supporto.

Di seguito Giuseppe Marmo, DDSI Responsabile Area Formazione Servizio Infermieristico Ospedale Mauriziano Torino, ha definito le possibilità che sono oggi a disposizione dell'infermiere italiano, è emersa la necessità, per gli infermieri, di acquisire una consapevolezza professionale che si interroga sul

perché delle cose, che conosce il contesto in cui si muove e lo influenza per migliorarlo.

Di grande interesse le relazioni delle colleghe francofone, Diane Saulnier, Segretaria Generale OIIQ (Ordine degli Infermieri) del Quebec, e Faugier-Seuret Chantal Consigliere Tecnico DRASS (Direzione Generale Servizi Sanitari) Rhone-Alpes, Lione.

Il messaggio forte che le colleghe straniere hanno trasmesso è che



Nella foto: il gruppo dei relatori (da sinistra: S. Martin, G. Pagiusco, D. Saulnier, M. Padovan, G. Marmo e C. Faugier-Seuret)

i problemi organizzativi o professionali vengono affrontati dagli infermieri, soprattutto nella realtà canadese, in modo organico, con progetti volti a pianificare una risposta, a sperimentarla, e a monitorarne i risultati. Metodo questo non sempre presente nelle nostre realtà, dove i problemi vengono gestiti in modo empirico, spesso con soluzioni calate dall'alto.

La mattinata si è conclusa con la relazione di Sonia Martin, DDSI Responsabile Area Formazione Ufficio Infermieristico di Vicenza, che ha presentato in sintesi i contenuti formativi che sono stati dati agli infermieri per poter costruire strumenti infermieristici atti al governo assistenziale. In particolare la collega si è soffermata sul significato e il metodo della pianificazione assistenziale, e sull'uso delle diagnosi infermieristiche.

Il pomeriggio è stato interamente dedicato alla presentazione del progetto di inserimento delle figure di supporto attuato presso l'ULSS6.

La sottoscritta ha dato voce all'Ufficio Infermieristico, che ha pianificato sia gli aspetti organizzativi che formativi necessari per il cambiamento da porre in essere; di seguito, alcune caposala hanno disegnato nello specifico i problemi che si sono incontrati, le strategie per superarli e i risultati che si sono ottenuti nelle varie unità operative.

Si è ascoltato il punto di vista degli OTAA, che hanno messo in evidenza come è cambiato il loro ruolo all'interno delle varie équipe di cura, e come sia importante cre-

are un clima di collaborazione.

Interessante la presentazione degli strumenti operativi atti al governo assistenziale, tenuta dagli infermieri. In particolare la modalità con cui si è pianificata l'assistenza infermieristica, si sono usate le diagnosi infermieristiche, si sono strutturati strumenti informativi idonei (cartella infermieristica), e come si sono costruiti strumenti per coinvolgere il personale di supporto nell'attuazione della pianificazione assistenziale.

Al termine le colleghe docenti presso il corso OSS di Vicenza hanno presentato il percorso preliminare di formazione di base dell'OSS, che si aggancia al progetto di inserimento, allo scopo di creare un ponte fra mondo del lavoro e scuola.

L'iniziativa ha riscosso un enorme successo di partecipazione, erano presenti 1340 partecipanti, le figure maggiormente rappresentative sono state quella infermieristica

e OTAA, ma erano presenti anche altre figure professionali (dell'area tecnica, della riabilitazione, medici, studenti).

La provenienza era varia, prevalentemente dalla regione Veneto, ma anche altre regioni del nord e centro Italia sono state rappresentate.

Il successo di questa giornata, e gli apprezzamenti ricevuti per l'attuazione di un progetto, che ha fatto emergere la professionalità degli attori coinvolti (caposala, infermieri, operatori), devono essere uno stimolo per tutti a non lasciarsi travolgere dai problemi, ma a trasformarli in opportunità di crescita.

Crescita che deve portare ad una sempre migliore qualità e sicurezza assistenziale per le persone che assistiamo, perché, vale la pena di ricordarlo, tutto questo è stato fatto per loro.

Un grazie particolare va a tutti coloro che a vario titolo hanno contribuito alla realizzazione di questo evento.



Nella foto: la sala principale (l'evento è stato trasmesso in video conferenza anche in un'altra sala)

Infermieri e Stampa:

Un rapporto difficile.

di *Alessandra Ortolan*, giornalista

Quella del “veletto” è da qualche tempo ragione di scherno tra me e Andrea Bottega. Lo è perché lui, ad ogni incontro con la stampa, raccomanda ai giornalisti di non usare il termine “paramedico” per definire gli infermieri e di servirsi di foto aggiornate stracciando quelle con il summenzionato veletto. Bottega è puntuale nelle sue precisazioni, che quasi mai vengono raccolte dando quindi nuova occasione di sottolineatura al consigliere dell’Ipasvi. Oltre lo scherzo, è chiaro che l’incriminato “veletto” richiama un’immagine di professionisti ormai stantia che ha in qualche modo contribuito all’abbandono dei corsi di formazione e di un mestiere che nel tempo

aveva perso interesse perché stressante, impegnativo, mal pagato. Proprio da quel “veletto”, tuttavia, inizia la mia conoscenza degli infermieri, di cui scrivo da circa sei anni a cominciare dal tempo in cui le ore di straordinario in corsia superavano quelle ordinarie, le ferie e i risposi rischiavano di saltare con una regolarità quasi svizzera come le prese di posizione di sindacati e Ipasvi a difesa di una professione che non piaceva più. L’immagine dell’infermiere, del resto, era quella di professionisti chiamati a svolgere mansioni non consone alla preparazione richiesta, caricati di lavoro e di responsabilità e per di più sottopagati. I giovani, inevitabilmente, preferivano altre vie per il proprio futuro professionale. Le corsie e le case di riposo, di conseguenza, si svuotavano di operatori invece fondamentali per l’assistenza sanitaria e per il rapporto con il paziente. Di qui la ricerca di operatori fuori confine e dei viaggi nell’Europa dell’Est dei responsabili degli istituti per anziani. Di qui la levata di scudi dell’Ipasvi in nome



Nella foto: Alessandra Ortolan, giornalista de “Il Gazzettino di Vicenza”, durante una conferenza stampa organizzata dal Collegio IPASVI di Vicenza. La Ortolan da anni segue per il suo giornale le tematiche sanitarie ed è particolarmente sensibile alla “questione infermieristica”

della tutela non tanto (non solo almeno) della categoria, quanto della qualità delle cure e la richiesta di iscrizione all’albo anche degli stranieri prima di impegni in ospedali o case di riposo. Gli infermieri extracomunitari in realtà non sono mai arrivati, almeno non in numeri tali da coprire un’emergenza che parla di cinquecento posti vuoti in provincia. Non sono mai arrivati per questioni sostanzialmente burocratiche, tra permessi da ottenere, file in questura e contingenti da rispettare, anche se la nuova legge sull’immigrazione (la Bossi-Fini) ha escluso gli infermieri dal contingentamento.

Le difficoltà che la professione si è trovata a dover affrontare sono diventate tuttavia occasione di cambiamento. Sono diventate lo stimolo per ripensare un mestiere da sempre votato alla persona alla quale oggi si rivolge dopo un percorso di studi universitari, certamente lungo ma che rende possibili opportunità lavorative un tempo impensabili, dalla ricerca alla didattica, dalla dirigenza alla libera professione.

L’infermiere è oggi divenuto l’unico responsabile dell’assistenza sanitaria di base in ospedale, nei distretti, nelle case di riposo dove organizza il lavoro anche affidandosi agli operatori sociosanitari. L’infermiere è oggi il professionista che si impegna per promuovere stili di vita sani e per garantire assistenza a tutti. Gli ostacoli non per questo sono stati tutti superati: gli orari pesanti, soprattutto in certe unità operative, restano. I giovani sono però tornati nelle scuole di formazione, garantendo futuro e sostegno e cercando di dare nuovo volto alla professione, anche dalle colonne dei giornali.

Ancora Serie B

Intervista ad una Infermiera di R.S.A.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998/2000, per la popolazione anziana, prevedeva la realizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.). A Vicenza l'Istituto Salvi ha recentemente riorganizzato la sua struttura secondo la normativa regionale. L'Istituto nasce nel 1878 come Asilo di Mendicizia, dal 1951 denominato IPAB, riorganizzato in 12 reparti, comprende complessivamente 536 posti letto (200 in regime di RSA, 327 destinati a Casa di Riposo, 5 autosufficienti e 4 in stato vegetativo). Secondo la pianta organica il personale dell'Istituto è così ripartito: 58 infermieri, 267 Addetti all'Assistenza, 15 Collaboratori professionali di Assistenza, 10 terapisti della Riabilitazione, 12 Coordinatori, 3 Logopedisti, 6 Assistenti Sociali e altre figure. Oltre alla sede centrale, situata nel centro storico di Vicenza, fanno parte dell'Istituto Salvi anche la RSA Albero d'Argento (ex presidio ospedaliero San Felice) e la residenza staccata di Sandrigo (dalla Carta dei Servizi 2001).

Il racconto di Paola Sarzo comincia con la sua esperienza durata cinque anni nel reparto di Medicina Generale al San Bortolo di Vicenza, dove, continua la nostra intervistata, il carico di lavoro era per lei troppo pesante. La ricca e positiva esperienza maturata della cura della persona ospedalizzata, la portarono a cambiare ed a prendersi cura dell'anziano istituzionalizzato. Da un lato la sicurezza acquisita a livello professionale e dall'altro la ricerca di ritmi di lavoro meno pressanti, la convinsero e la stimolarono ad orientare la sua scelta a questa Casa di Riposo. Dopo 12 anni di servizio, nonostante le modifiche legislative e demografiche, Paola lavora ancora presso lo stesso Istituto più convinta e motivata che mai, anche se il carico di lavoro non è quello che immaginava di trovare molti anni prima.

Paola quale motivazione ti tiene ancora legata allo stesso posto di lavoro dopo 12 anni?

L'errore che si commette spesso, pensando al lavoro dell'infermiere in una casa di riposo, è quello di credere che la routine, e l'apparente lentezza dei cambiamenti, siano un freno allo sviluppo professionale e soprattutto tecnico. Come recita la nostra Carta dei Servizi: "...l'Infermiere Professionale è ... una figura fondamentale per ga-

rantire una continuità all'intervento sanitario e per perseguire gli obiettivi assistenziali che l'equipe di lavoro si è data...L'infermiere professionale è referente dell'assistenza sanitaria offerta agli anziani ed è il riferimento più immediato per i parenti su questioni che riguardano lo stato di salute dei loro congiunti". Questi sono gli impegni principali dell'infermiere in Casa di Riposo quale esperto nella relazione d'aiuto.

Ho trovato un gruppo attivo, disponibile e stimolante, con il quale, grazie anche alle conflittualità sempre costruttive, posso esprimere le mie capacità e la mia competenza. Questo ambiente mi dà la possibilità di esercitare davvero l'autonomia decisionale; sento riconosciuta la dignità professionale e l'autorevolezza di cui ogni infermiere dovrebbe godere, al pari di altre figure, aspetto non sempre presente in corsia ospedaliera.

Puoi spiegarci meglio cosa intendi per “esercizio dell’autonomia professionale”?

Chi cura non è il medico, lo specialista, ma chi si trova a dividere con l’anziano spazi e problemi quotidiani.

In Casa di Riposo infatti il medico è presente per 2 - 3 ore al giorno, questo “costringe” l’infermiere a sfruttare tutte le conoscenze, le capacità e le competenze che, in altri contesti, diciamo più protetti, non si eserciterebbero pienamente, perché la presenza del medico e di antiquate norme di comportamento non ancora abbandonate, fanno ricorrere alla figura medica anche quando in realtà non servirebbe. Questo non significa “invadere” il campo proprio di competenza di altre figure, ma sfruttare appieno le proprie capacità e le conoscenze della storia dell’utente. La possibilità di conoscere pienamente il nostro ospite, grazie al rapporto personale che si instaura, ci permette di prendere delle decisioni perché conosciamo la loro storia e solo quando tutti gli elementi a nostra disposizione non sono più sufficienti per dare una risposta allora chiediamo l’intervento tecnico.

Quale aspetto del tuo lavoro ti piace di più?

L’aspetto al quale attribuisco grande risalto, quando qualcuno mi chiede del mio lavoro e soprattutto se si tratta di un collega, è l’organizzazione del lavoro. Grazie alla lunga permanenza dell’Ospite (così chiamiamo i nostri utenti), possiamo lavorare progettando e pianificando. A partire dagli incontri in U.O.I. (Unità Operativa Interna) ai quali siamo tenuti a partecipare con il Medico, l’Assistente Sociale, il Fisioterapista, il

Logopedista, l’Operatore di Assistenza. Momenti di valutazione MD (multidimensionale), e pianificazione organizzati per ogni nuovo ospite, per la valutazione periodica o in caso di bisogno. Vengono fissati incontri in U.O.I. ogni 15 giorni, prendiamo in esame 2 - 3 casi di nuovi ingressi o di verifica.

Quando entra un nuovo Ospite insieme al medico ed all’operatore, facciamo una prima valutazione delle capacità residue e delle potenzialità, utilizzando una Scheda d’Ingresso per la raccolta dei dati in collaborazione con i familiari; in sede di U.O.I. viene poi effettuata una nuova valutazione (con uso di schede per l’osservazione dell’ADL) e si pianificano gli obiettivi e gli interventi che verranno rivalutati nel breve, nel medio e lungo periodo, a seconda del caso.

Ci vuoi presentare il tuo Ospite e l’ambiente di lavoro nel quale sei inserita?

L’Istituto Salvi ospita soprattutto anziani non autosufficienti, qualche autosufficiente e alcuni giovani in stato vegetativo. L’età media è di 73 anni per i maschi e 83 per le femmine, l’ospite più anziano ha 108 anni e quello più giovane 23.

I bisogni di questi nostri Ospiti sono diversi e comportano un impegno che varia a seconda del grado di autonomia e delle patologie concomitanti: ospiti stabilizzati per i quali l’assistenza infermieristica è programmabile, ospiti instabili con maggiori bisogni e impegno infermieristico spesso imprevedibile. Offriamo assistenza anche ad anziani con patologie in fase acuta che comportano un elevato bisogno assistenziale e persone, purtroppo, in stato vegetativo a seguito di traumi, che a causa della loro fragilità sono sempre a rischio di riacutizzazioni.

Questi esempi sono il risultato del cambiamento che la legge ha voluto portare nel servizio sanitario nazionale: l’apertura delle RSA. Quando sono uscita dalla Medicina pensavo di trovare la tradizionale Casa di Riposo, con la routine quotidiana, il solito ospite al quale affezionarsi, un lavoro tranquillo e che mi permettesse di coltivare anche altri interessi personali. Da qualche anno non è più così! Il lavoro si avvicina molto a quello che 12 anni fa mi aveva portato lontana dal mondo prettamente sanitario. Con la differenza che il medico in corsia è sempre presente, mentre qui, nonostante i casi impegnativi, eccetto che per poche ore al giorno, dobbiamo far riferimento ad un unico medico di guardia per tutto l’Istituto. Non tornerei comunque in ospedale perché non avrei la stessa autonomia e la possibilità di instaurare una relazione efficace con l’Ospite e il suo familiare così autentica ed originale come invece avviene in Casa di Riposo.

L’integrità di una funzione in un anziano è spesso espressione di un equilibrio assai complesso, il risultato di un gioco sapiente con cui l’organismo cerca di attuare compensazioni rispetto alle carenze dell’età. Più che la dinamica della malattia, vi si riflette la dinamica della vita. Curare un anziano è prima di tutto comprendere e tollerare che convivono in lui costruzione e distruzione, passato e futuro, salute e malattia.

Certo prendersi cura dell’anziano, relazionare con il suo familiare è cosa ben diversa che assistere e curare un giovane allettato e in stato di coma. Soprattutto non è né facile né scontato l’approccio relazionale con il genitore. Anche l’impegno a livello tecnico (gestione PEG, SNG, CVC, aspiratori, pom-

pe...) è notevolmente aumentato. Tutto ciò è sicuramente per la mia crescita professionale e personale, però se tutti i cambiamenti fossero stati accompagnati da un adeguato impegno di risorse umane ed una puntuale formazione del personale, il servizio ne avrebbe risentito positivamente.

Spesso si sente paragonare l'anziano al bambino. Casa ne pensi?

E' un vecchio luogo comune ed è anche una posizione di comodo di chi si deve occupare dell'anziano. Spesso si tratta di atteggiamenti, giustificabili forse solo per il familiare, di espressioni verbali o gesti che vengono usati in buona fede ma hanno il risultato di sembrare offensivi o privi di rispetto. Un bambino è un essere in evoluzione, deve imparare e non ricordarsi di fare. Ciò che caratterizza l'anziano è la sua storia, il suo vissuto, i suoi affetti che anche se non è più capace di ricordare o di verbalizzare, lo rendono unico e degno di rispetto. Inoltre, l'annosa questione del rivolgersi all'anziano con il tu o con il lei trova soluzione non in una regola di comportamento bensì nella continua valutazione della persona e nel fatto che una relazione possa o meno beneficiare dell'uso confidenziale o formale.

Cosa rappresenta per te l'anziano?

La figura dell'anziano ha sempre fatto parte della mia vita, per 20 anni mia nonna ha abitato nella mia famiglia e l'ho seguita nella malattia, nella demenza e poi fino alla sua morte. La presenza dell'anziano nella mia vita è un fatto naturale ed occuparmene per lavoro mi riesce particolarmente facile. Ne traggo grande gratificazione soprat-

tutto dal punto di vista relazionale; nutro un profondo rispetto nei confronti dell'anziano per il suo vissuto, per quello che ha da dire e da insegnare. Nel mio lavoro c'è molto spazio per creare momenti di tenerezza e affetto che è spesso viene ricambiato dagli Ospiti. La loro permanenza a volte è così lunga che quando poi arriva il momento della morte, ti resta un senso di vuoto.

Molto spesso i nostri colleghi ospedalieri pensano che in casa di riposo non si faccia fatica, che non si eserciti davvero la professione dell'infermiere ma si sia "un distributore di pastiglie". Chi è l'infermiere della casa di riposo?

L'idea che l'infermiere dell'istituto per anziani sia di serie B è una convinzione che con fatica riusciamo a modificare, non solo nella popolazione, ma anche tra gli infermieri stessi. Fino a 10 anni fa, chi non conosceva la realtà dell'istituto, poteva pensare che fossero richieste minime capacità tecniche e poco impegno, io stessa pensavo ad un carico di lavoro minore rispetto all'ospedale. Ebbene non è più così. Le normative hanno modificato il servizio rendendolo più consono alla richiesta della società. Per l'infermiere si è creata l'opportunità di sperimentare tutto ciò che si è studiato a scuola, e mai potuto mettere in pratica in una corsia ospedaliera. Mi riferisco alla pianificazione assistenziale, alla creazione di alcuni protocolli (molti sono presenti nell'agire quotidiano e mai formalizzati), alla standardizzazione degli interventi, al lavoro d'equipe, alla gestione del personale collaborante, all'autonomia e alla responsabilità come case manager, alle strategie per stipulare contratti di alleanza terapeutica con i care

giver. Tutto questo nonostante la normativa regionale, sia pur limitata alla situazione di emergenza, non ci aiuta, considerato il ricorso all'infermiere generico per soddisfare i bisogni di assistenza infermieristica.

"Distribuire pastiglie", se fatto con senso di responsabilità, non è certo cosa facile quando ci si deve occupare di 40 persone, comunque non è certo l'unica cosa che facciamo. Oltre ad avere molti ospiti allettati con nutrizione artificiale tramite peg, sng o cvc, abbiamo ogni giorno a che fare con patologie tipiche dell'anziano: cardiache, metaboliche, oncologiche, neurologiche, alle quali si aggiungono quelle dei giovani in stato vegetativo. Siamo responsabili del personale di assistenza, quando manca il Coordinatore, partecipiamo a vari gruppi di lavoro, attuiamo insomma quanto previsto dal nostro profilo.

L'infermiere di corsia, rispetto al camice bianco, non è ancora riuscito ad ottenere quel riconoscimento sociale che merita. Ritieni che in casa di riposo sia diverso?

Non credo di poter dire che noi godiamo di una certa affermazione sociale, però nel nostro ambiente il fatto che il medico non sia il primo e più immediato riferimento per il nostro utente e il suo familiare, ci dà la possibilità e lo spazio per vedere riconosciuta l'autorevolezza, che non è data solo dalle capacità tecniche e dalla competenza, ma da quanto ognuno di noi sa comunicare e dare di se stesso. Nella maggior parte dei casi, in corsia, per il paziente, la voce più autorevole e degna di considerazione è quella del medico, in casa di riposo questo non avviene.

Qualche anno fa le case di riposo erano reparti scuola. Ed oggi?

Oggi no! Lo dico con tristezza, perché ritengo che la nostra realtà potrebbe essere utile allo studente per imparare ad osservare e valutare la persona, nella logica della globalità. Lo spazio per la formazione alla relazione è certamente maggiore ed utile per la crescita professionale e personale. Per noi la presenza dello studente sarebbe uno stimolo per fare meglio, per mettersi in discussione e per attivarsi quando necessariamente ci si scopre inadeguati, impreparati o solo un po' arrugginiti.

Cosa faresti per migliorare ulteriormente l'ambito lavorativo?

Anche se la pianta organica prevede 58 infermieri in organico, noi siamo poco più di 40, pochi se consideriamo i 400 dipendenti totali dell'istituto. Nonostante questo ritengo che una dirigenza infermieristica sarebbe molto utile all'organizzazione. Sentiamo il bisogno di qualcuno che si occupi di unire tutti gli infermieri per lavorare nella standardizzazione delle metodologie di lavoro, sulla costruzione di protocolli, per aiutarli a fare ricerca e studio, formazione e gestione del personale collaborante.

Anche l'infermiere di Casa di Riposo è chiamato in causa nel programma nazionale per l'educazione continua in medicina?

Certo anche noi siamo tenuti al

programma di formazione continua, siamo una professione sanitaria. Quello che non è ancora certo e chiaro è chi ci dà la garanzia dell'accesso al momento formativo, cioè poter disporre di tempo, degli spazi e delle risorse necessari.

Dal primo aprile 2002 ha ufficialmente preso il via il programma E.C.M. e, anche se la formazione di ogni professionista è responsabilità diretta di ogni interessato, l'azienda o l'ente dovrebbe attivarsi per garantirne una parte. Un istituto che garantisce personale qualificato accresce il proprio livello di qualità. Solo recentemente l'ente ha iniziato a promuovere ed a investire nella formazione del personale, rimborsando l'iscrizione a corsi specifici per il settore. Organizza corsi di informazione su temi specifici del campo geriatrico. Offre validi corsi di orientamento etico usufruendo dei servizi del Consiglio Pastorale Salvi-Trento, che mette a disposizione personale qualificato.

Un altro momento formativo di cui però ho solo sentito parlare erano i "gruppi alla Balint". Incontri che l'ente promuoveva e che miravano a prevenire il Burn-out e condividere momenti di crescita personale e di formazione alla relazione. Questi momenti fungono da valvola di sfogo e danno l'occasione per socializzare tra colleghi, spero che l'istituto torni a proporli.

Quali sono le maggiori difficoltà che incontri?

Le difficoltà sono legate alle caratteristiche tipiche dell'anziano non autosufficiente, incosciente, demen-

te incapace di intendere e volere. Ottenere il consenso ad un intervento od una pratica che richieda la relativa informazione, garantire la centralità della persona e la sua privacy, stipulare un contratto di alleanza terapeutica sono, nel mio agire quotidiano, regole sempre fisse nella mia mente, ma molto difficile ed a volte impossibile, ottenerle dal diretto interessato. Il nostro interlocutore molto spesso è il familiare: care giver non sempre facile da avvicinare, spesso diffidente, ma unico accesso diretto alla persona soggetto di cura.

L'esperienza della collega Paola può essere uno stimolo importante per una riflessione su come la figura dell'infermiere professionale stia mutando e stia evolvendo, anche in quelle situazioni che, a torto o a ragione, spesso riteniamo immutabili o poco propense al cambiamento.

La realizzazione professionale può dunque avvenire anche in contesti lavorativi diversi da quelli che tradizionalmente si associano alla figura dell'infermiere professionale, creando così nuove occasioni di valorizzazione della professione.

E' dunque lecito chiedersi se i colleghi delle Case di Riposo siano ancora da considerare infermieri di serie B, o se esistano effettivamente infermieri di serie B?

Quello che è certo è che il panorama culturale e socio-sanitario sta cambiando e tutti noi dovremo essere sempre più preparati ed attenti a cogliere le nuove opportunità che si profilano all'orizzonte.

La prossima intervista ad un infermiere dirigente

Convocazioni del Consiglio Direttivo

35° CONVOCAZIONE: 30 NOVEMBRE 2001

Presenti: Fanchin Gianmaria, Soardi Angela, Pernechele Maria Teresa, Antonello Suor Prima, Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Pagiusco Gaetana, Sarzo Paola, Ramon Nadia, Padovan Marisa.
Assenti: Casarotto Chiara, Germani Patrizia, Simonetto Monica.

O.D.G.: 1 lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (32 iscrizioni, 2 cancellazioni); 3) modifiche alla polizza assicurativa di tutti gli iscritti con La Fondiaria; 4) relazione del Consiglio Nazionale IPASVI sul Decreto 402/2001, proposta nuovo regolamento dei collegi, nuovo nomenclatore tariffario, regolamento didattico del corso di laurea; 5) richieste di patrocinio e partecipazione del Presidente ad un incontro con il cittadino organizzato da DS.

36° CONVOCAZIONE: 11 DICEMBRE 2002

Presenti: Fanchin Gianmaria, Soardi Angela, Antonello Suor Prima, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Pagiusco Gaetana, Sarzo Paola, Padovan Marisa.

Assenti: Casarotto Chiara, Germani Patrizia, Pernechele Maria Teresa, Simonetto Monica, Ramon Nadia, Dal Degan Sonia.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (1 iscrizione, 1 cancellazione).

37° CONVOCAZIONE: 10 GENNAIO 2002

Presenti: Fanchin Gianmaria, Soardi Angela, Pernechele Maria Teresa, Cariolato Massimo, Pagiusco Gaetana, Ramon Nadia, Sarzo Paola, Padovan Marisa.

Assenti: Casarotto Chiara, Germani Patrizia, Bottega Andrea, Antonello Suor Prima, Simonetto Monica, Dal Degan Sonia.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (4 iscrizioni, 7 cancellazioni); 3) relazione del Consiglio Nazionale IPASVI: Decreto 402 e rimborso della quota d'iscrizione all'università; 4) presentazione degli articoli per il prossimo numero di infermieri informati; 5) delibera delle dimissioni da consulente per la Libera Professione del signor Paolo Faccio; 6) ECM e accreditamento dei corsi di formazione proposti dal Collegio IPASVI; 7) campagna informativa degli infermieri.

38° CONVOCAZIONE: 24 GENNAIO 2002

Presenti: Fanchin Gianmaria, Soardi Angela, Antonello Suor Prima, Germani Patrizia, Pernechele Maria Teresa, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Pagiusco Gaetana, Ramon Nadia, Sarzo Paola, Padovan Marisa.

Assenti: Casarotto Chiara, Simonetto Monica, Dal Degan Sonia.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (1 iscrizione, 0 cancellazioni); 3) incontro in Regione per discutere la modifica della Legge Regionale n. 20 relativa al profilo dell'OSS; 4) relazione sull'incontro con il Presidente Ordine dei Medici sull'ECM; 5) procedura per l'accertamento della lingua italiana e della normativa in materia sanitaria dell'infermiere straniero non comunitario; 6) richiesta di finanziamento per un progetto per la biblioteca.

39° CONVOCAZIONE: 19 FEBBRAIO 2002

Presenti: Fanchin Gianmaria, Soardi Angela, Antonello Suor Prima, Pagiusco Gaetana, Sarzo Paola, Pernechele Maria Teresa, Simonetto Monica, Germani Patrizia, Ramon Nadia, Dal Degan Sonia.

Assenti: Casarotto Chiara, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Padovan Marisa.

O.D.G.: 1 lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (4 iscrizioni, 2 cancellazioni); 3) relazione sull'incontro richiesto dal NAS sulle competenze dell'infermiere generico; 4) richiesta di collaborazione per organizzare convegni con ULSS n. 5; 5) organizzazione dell'assemblea annuale dell'IPASVI; 6) nomina del referente per la Commissione Tecnica dell'ECM; 7) nomina Commissione per esame stranieri non comunitari.

40° CONVOCAZIONE: 14 MARZO 2002

Presenti: Fanchin Gianmaria, Soardi Angela, Antonello Suor Prima, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Pagiusco Gaetana, Sarzo Paola, Germani Patrizia, Pernechele Maria Teresa, Simonetto Monica, Ramon Nadia, Dal Degan Sonia.

Assenti: Casarotto Chiara, Padovan Marisa.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (6 iscrizioni, 3 cancellazioni); 3) presentazione e approvazione del Bilancio Preventivo 2002; 4) organizzazione della giornata internazionale dell'infermiere.

41° CONVOCAZIONE: 16 APRILE 2002

Presenti: Fanchin Gianmaria, Soardi Angela, Pernechele Maria Teresa, Dal Degan Sonia, Antonello Suor Prima, Bottega Andrea, Pagiusco Gaetana, Padovan Marisa, Germani Patrizia, Ramon Nadia.

Assenti: Casarotto Chiara, Simonetto Monica, Sarzo Paola, Cariolato Massimo.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (30 iscrizioni, 6 cancellazioni); 3) note organizzative per il 12 maggio e delibera di spesa per iniziativa teatrale; 4) relazione dell'incontro in Regione sull'ECM; 5) discussione e accettazione delle dimissioni da consigliera di Padovan Marisa.

42° CONVOCAZIONE: 9 MAGGIO 2002

Presenti: Fanchin Gianmaria, Antonello Suor Prima, Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Sarzo Paola, Padovan Marisa, Germani Patrizia, Pernechele Maria Teresa.

Assenti: Casarotto Chiara, Simonetto Monica, Ramon Nadia, Soardi Angela, Pagiusco Gaetana.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (9 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) assegnazione dei lavori per la messa in scena di una opera teatrale in Piazza dei Signori per il 12 maggio; 4) discussione della delibera della Giunta Regionale sull'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali in situazione d'emergenza; 5) delibera di spesa per stipulare un nuovo contratto con un nuovo Provider.

43° CONVOCAZIONE: 30 MAGGIO 2002

Presenti: Fanchin Gianmaria, Soardi Angela, Cariolato Massimo, Pernechele Maria Teresa, Pagiusco Gaetana, Sarzo Paola, Simonetto Monica, Dal Degan Sonia.

Assenti: Casarotto Chiara, Germani Patrizia, Antonello Suor Prima, Bottega Andrea, Ramon Nadia.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (1 iscrizione, 0 cancellazioni); 3) novità sulla laurea specialistica; 4) formazione degli operatori socio-sanitari; 5) sentenza del 1998 relativa alla causa contro la cooperativa CMA servizi; 6) partecipazione al CUP (Comitato Unitario delle Professioni); 7) nomina Commissione per esame stranieri non comunitari.

44° CONVOCAZIONE: 3 LUGLIO 2002

Presenti: Fanchin Gianmaria, Soardi Angela, Dal Degan Sonia, Antonello Suor Prima, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Pagiusco Gaetana, Sarzo Paola, Simonetto Monica, Pernechele Maria Teresa, Ramon Nadia.

Assenti: Casarotto Chiara, Germani Patrizia.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (9 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) relazione dell'incontro con l'Assessore Regionale De Poli per i corsi di formazione dell'OSS; 4) relazione dell'incontro con il Direttore dell'Università di Padova per il secondo livello, corsi straordinari e master; 5) relazione sull'incontro con l'Ordine dei medici organizzato dalla CISL per ECM; 6) organizzazione rimborso iscrizione al Convegno Nazionale della Federazione Ipasvi; 7) relazione del Consiglio Nazionale della Federazione Ipasvi a Bari; 8) nomina Commissione per esame stranieri non comunitari; 9) discussione su richiesta di incontro con CGIL, richiesta di inserto pubblicitario su rivista; richiesta di incontro con il Coordinamento delle Caposala.



Assicurazione professionale per responsabilità civili contro terzi

Ogni iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza è coperto da una assicurazione professionale, per responsabilità civili contro terzi, con un massimale di Euro 516.456,90 (1 miliardo di lire) per evento dannoso, anche in caso di rivalsa.

“La Fondiaria Assicurazioni Spa” interverrà a favore degli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza nei seguenti casi:

1. in prima istanza per gli eventi dannosi intercorsi nell'esercizio della professione al di fuori di strutture già assicurate
2. in seconda istanza, e complementariamente, nel caso in cui sia già intervenuta l'assicurazione della struttura di cui l'operatore è dipendente
3. in ultima istanza, ma non meno importante, in caso di rivalsa dell'Assicurazione dell'Azienda nei confronti dell'operatore dipendente.

Per maggiori informazioni:

La Fondiaria Assicurazioni
P.le A. De Gasperi 13 - 36100 Vicenza
tel.: 0444 544011 - fax: 0444 544487
e-mail: lafondvi@tin.it

Chiusura estiva della Segreteria



Si avvisano i gentili iscritti che la Segreteria del Collegio IPASVI di Vicenza rimarrà chiusa dal 12 al 25 Agosto 2002

Informazioni di Segreteria

Negli orari di apertura al pubblico del Collegio, la vostra segretaria, Federica, potrà fornirvi tutte le informazioni che le chiederete in merito a:

- Adempimenti necessari per l'iscrizione, la cancellazione o il trasferimento da/per un altro Collegio
- Qual è il consigliere più indicato a dare una risposta veloce ed esauriente ai vostri quesiti/problemi
- Quando potete consultare la biblioteca del Collegio

Inoltre con una semplice telefonata, fax o e-mail potete aggiornare il vostro indirizzo e gli altri dati contenuti nell'archivio dell'Albo Professionale (titoli di studio, sede di lavoro, ecc)

Per quanto riguarda i certificati di iscrizione all'Albo Professionale, si ricorda che gli enti pubblici sono obbligati ad accettare l'autocertificazione.

Per quei casi in cui si renda necessario il certificato di iscrizione, lo si può richiedere direttamente in sede, negli orari di apertura al pubblico, o per posta, allegando per ogni certificato euro 1,00 per le spese di segreteria e un francobollo (o busta preaffrancata) per il ritorno.

Orario di Apertura al Pubblico

martedì	dalle ore 14.00 alle ore 18.00
mercoledì	dalle ore 10.00 alle ore 12.00
giovedì	dalle ore 14.00 alle ore 18.00

Sportello Libera Professione

su appuntamento, da concordare con la segreteria

Biblioteca

E' possibile consultare la biblioteca del Collegio IPASVI di Vicenza durante gli orari di apertura al pubblico.

Collegio IPASVI di Vicenza
v.le Trieste 29/C - 36100 Vicenza
tel./fax: 0444 30 33 13
e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

agenda

IL CODICE DEONTOLOGICO: L'INTERPRETAZIONE DEI VALORI E DELLA NORMA NELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE

Rimini, 06-11/09/2002
Crediti ECM: 11 (Rif. ECM: 4038-12101)
Per informazioni rivolgersi a:
iotricia@tin.it

IL DONATORE DI ORGANI: CLINICA, ASSISTENZA E COMUNICAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA

Garda (VR), 19-20/09/2002, 07-08/11/2002,
12-13/12/2002
Crediti ECM: 11 (Rif. ECM: 1698-4176)
Per informazioni rivolgersi a:
fito@fito.it

L'EVIDENCE-BESED PRACTICE E L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Rimini, 13-14/09/2002
Crediti ECM: 14 (Rif. ECM: 4038-11161)
Per informazioni rivolgersi a:
iotricia@tin.it

CORSO RESIDENZIALE PER INFERMIERI PROFESSIONALI DEI DISTRETTI SANITARI

Lignano Sabbiadoro (UD), 12-14/09/2002
Crediti ECM: 21 (Rif. ECM: 231-6442)
Per informazioni rivolgersi a:
laura.minin@sanita.fvg.it

NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI ED ASSISTENZIALI PER GESTIRE I CAMBIAMENTI NEI SERVIZI SANITARI

Padova, 04-07/10/2002, 17-18/10/2002
Crediti ECM: 11 (Rif. ECM: 767-10955)
Per informazioni rivolgersi a:
ipasvipd-wolit@tiscalinet.it

L'ASSISTENZA ALL'ANZIANO TRAMITI ED EVIDENZE

Folgaria (TN), 26-29/09/2002
Crediti ECM: 11 (Rif. ECM: 844-11766)
Per informazioni rivolgersi a:
e.zanetti@iol.it

LA RICERCA BIBLIOGRAFICA CON INTERNET: UNA RETE PER L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

Pavia, 18-19/10/2002
Crediti ECM: 13 (Rif. ECM: 776-121)
Per informazioni rivolgersi a:
beppebraga@tiscalinet.it

METODOLOGIA DI ELABORAZIONE PROTOCOLLI E PROCEDURE

Bologna, 11-14/09/2002
Crediti ECM: 24 (Rif. ECM: 304-3266)
Per informazioni rivolgersi a:
anna.castellucci@ausl.bologna.it

EMERGENZA INTRA-EXTRA OSPEDALIERA IN ETA' PEDIATRICA

Milano, 09/11/2002
Crediti ECM: 3 (Rif. ECM: 1326-8275)
Per informazioni rivolgersi a:
formazione@fbf.milano.it

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

Bologna, 11-14/09/2002
Crediti ECM: 18 (Rif. ECM: 304-3309)
Per informazioni rivolgersi a:
anna.castellucci@ausl.bologna.it

SOCCORSO AVANZATO AL POLITRAUMA

Schio (VI), 27-28/09/2002
Crediti ECM: 21 (Rif. ECM: 1790-978)
Per informazioni rivolgersi a:
ufp@ulss4.veneto.it

Una
**Ambu
lanza**

per la
Pale

appello umanitario per una raccolta fondi

I recenti fatti che si succedono in Palestina stanno determinando, tra gli altri effetti, una catastrofe economica senza precedenti all'interno della Cisgiordania e della striscia di Gaza. Milioni di persone, secondo un comunicato della FAO, sono gravemente impoverite e in una condizione di estrema insicurezza alimentare. La malnutrizione infantile è salita all'improvviso di oltre il 10%. Le condizioni igieniche sono estremamente critiche. La capacità produttiva ed economica dei territori è ridotta praticamente a zero.

Le strutture sanitarie sono in estrema difficoltà. Manca di tutto: farmaci, presidi sanitari, apparecchiature tecnologiche.

*Abbiamo deciso di lanciare un segnale che determini un impegno concreto e tangibile: **La raccolta di fondi per l'acquisto di un'ambulanza da destinare ai territori palestinesi e possibilmente anche l'acquisto di alcuni macchinari sanitari ospedalieri.***

**servono almeno
50.000 Euro**

comitato@proambulanzapalestina.org
www.proambulanzapalestina.org

COMITATO PRO AMBULANZA IN PALESTINA

Chi siamo

Il Comitato pro Ambulanza in Palestina nasce all'interno del mondo sanitario che è sensibile per costituzione ai problemi umanitari. La decisione di promuovere l'appello è nata dal precipitarsi degli eventi in Palestina, ha un carattere strettamente umanitario e non entra nelle ragioni dell'una e dell'altra parte in causa.

Come aderire

Mandare una e-mail di adesione a: comitato@proambulanzapalestina.org specificando nome, cognome, qualifica lavorativa, luogo di lavoro e città di provenienza. A i fini delle vigenti norme sulla tutela della riservatezza dei dati i dati personali verranno usati solo per dare conto dell'iniziativa in questione. I dati da conferire obbligatori sono solo il nome e il cognome.

Come sottoscrivere

La sottoscrizione può avvenire tramite c/c bancario n.109109 aperto presso la Cassa di Risparmio di Firenze, sede centrale, via Bufalini, 4 - Firenze - Abi 6160, Cab 02800 intestato a «Comitato pro Ambulanza in Palestina», con la causale **«appello pro Ambulanza»**. Specificare se si vuole essere o meno citati nel sito.

Chi vuole aiutarci a raccogliere fondi può richiedere dei bollettini del tipo madre-figlia per la raccolta dei fondi nei posti di lavoro e di studio (sono di venti tagliandi di cinque euro ciascuno per un totale di cento euro) e possono essere richiesti all'indirizzo comitato@proambulanzapalestina.org

Resoconto della sottoscrizione

Dettagliata informazione sullo stato dei versamenti e ulteriori altre informazioni verranno date sul sito:

www.proambulanzapalestina.org

Per informazioni scrivere a:

comitato@proambulanzapalestina.org

Luca BENCI (giurista, Firenze, Direttore della Rivista di diritto delle professioni sanitarie); Carlo CALAMANDREI (Dirigente infermieristico, Direttore della Rivista di Management infermieristico); Gianfranco CECINATI (Presidente Collegio IPASVI di Firenze); Luciano CLARIZIA (Presidente AISACE); Paola DI GIULIO (Professore associato di infermieristica Università di Torino); Elio DRIGO (Presidente nazionale Aniarti); Giovanni MARELLO (Professore associato di medicina legale Università di Firenze); Angelo MASTRILLO (Presidente Associazione italiana tecnici di neurofisiopatologia - Bologna); Giorgio Patrizio NANNINI (Direttore della rivista del soccorso italiano En end ei); Bruno PALLOTTA (Direttore pronto soccorso Civitanova Marche - Presidente nazionale GFT - Gruppo formazione triage); Antonio PANTI (Presidente Ordine dei Medici Firenze); Don Renzo PEGORARO (docente di bioetica e teologia morale - Padova); Pietro PUZZANGARA (Responsabile centro di formazione Asl 8 Chieri - TO); Daniele RODRIGUEZ (Ordinario di medicina legale Università di Ancona); Annalisa SILVESTRO (Presidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI); Sandro SPINSANTI (Bioeticista - Direttore Istituto Giano e della Rivista Janus - Roma).