

Infermieri Informati



notizie dal Collegio
IPASVI di Vicenza

In questo numero

**La riorganizzazione dell'assistenza
nelle Aziende Sanitarie**

**Donazione di cornee: anche all'Ospedale di Arzignano
è possibile donare la primavera a chi non la vede**

Il ruolo dell'Infermiere in Psichiatria

Infermieri Informati

ISSN 1721-2456
quadrimestrale, anno III - numero 3

Direttore Responsabile

Cariolato Massimo

Redazione

Bottega Andrea, Dal Degan Sonia, Fanchin Gianmaria
c/o Collegio IPASVI di Vicenza

Responsabile Editoriale

Collegio IPASVI di Vicenza
viale Trieste 29/c - 36100 Vicenza
tel/fax 0444 303313 e-mail info@vicenzaipasvi.it

Progetto Grafico e Stampa

Edizioni MAXIMUS
tel/fax 0444624070 e-mail info@edizionimaximus.com

Abbonamenti

Le richieste di abbonamento vanno inviate al Responsabile Editoriale (Collegio IPASVI di Vicenza). Il costo dell'abbonamento annuo è: 20 € per le persone fisiche e 40 € per Enti ed Associazioni (+ 25% per l'estero)

Diritti

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione, anche parziale, senza l'autorizzazione dell'Editore.

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 della Redazione, la 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)
- La bibliografia va inserita nell'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.

Editoriale

di Cariolato Massimo

Carissimi Colleghi,

sono già passati tre anni dalla presentazione del primo numero di “Infermieri Informati” e penso sia giunto il momento di fare un bilancio sull’attività sinora svolta.

Il periodico “Infermieri Informati” è nato, nel 2000, come strumento di comunicazione primario tra il Collegio IPASVI di Vicenza ed i propri iscritti.

Pur non perdendo l’iniziale ruolo di “informatore”, le successive uscite sono state progressivamente arricchite di articoli a carattere scientifico-professionale: esperienze professionali, casi clinici, modelli organizzativi, ecc.

Con questo numero è stato raggiunto un altro traguardo importante: l’assegnazione, da parte del Consiglio Nazionale delle Ricerche, del codice ISSN (International Standard Serial Number).

L’iscrizione ad un database internazionale di riviste scientifiche e la partecipazione, in questo numero, di un autorevole rappresentante della nostra professione come l’infermiere dirigente Carlo Calamandrei, contribuiscono ad elevare la qualità del periodico.

È per noi fonte di estremo orgoglio aver dotato questo Collegio di uno strumento così importante e ciò rappresenta un’ulteriore conquista fortemente voluta dall’attuale Consiglio Direttivo che in questi anni ha cercato di attuare quanto si era prefissato all’inizio del mandato.

In questo triennio si è lavorato per ottenere una maggiore visibilità presso le istituzioni, intrattenendo intensi rapporti con la Regione Veneto sull’Educazione Continua in Medicina, sull’emergenza infermieristica, sulla formazione degli OSS e su molte altre problematiche che hanno coinvolto direttamente o indirettamente la nostra professione.

Passi importanti sono stati fatti anche contro l’abusivismo professionale e la sorveglianza sulla corretta applicazione delle norme in materia di infermieri non comunitari.

In questo momento mi preme inoltre ricordare a tutti i colleghi che nel mese di gennaio (dal 24 al 26) si svolgeranno le elezioni per il rinnovo del Direttivo e dei Revisori dei Conti di questo Collegio: tutti gli iscritti hanno il diritto di esprimere la propria preferenza sulle persone che poi saranno chiamate a rappresentare la categoria a livello istituzionale.

In questo numero l’uscente Consiglio Direttivo è lieto di offrire gratuitamente ai propri iscritti il volumetto “Le regole dell’esercizio professionale”: un utile strumento che raccoglie le più importanti norme per una corretta pratica infermieristica.

Con l’occasione, a nome della redazione di “Infermieri Informati” e di tutto il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza, auguro a tutti Voi e alle Vostre famiglie buone feste!

S o m m a r i o

3 Editoriale

4 La riorganizzazione dell’assistenza nelle Aziende Sanitarie

9 Donazione di cornee: protocollo organizzativo per il prelievo

14 Il ruolo dell’infermiere in Psichiatria

16 Speciale Elezioni

18 L’infermiere in direzione strategica

22 Agenda

23 Convocazioni del Consiglio Direttivo

23 Informazioni di segreteria

Allegato Le Regole dell’esercizio professionale

La riorganizzazione dell'assistenza nelle Aziende Sanitarie per un impiego ottimale degli infermieri e degli operatori di supporto

di Carlo Calamandrei

Infermiere dirigente nel Servizio Infermieristico dell'Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze

PREMESSA

La razionalizzazione dell'impiego della risorsa Infermiere è oggi un'esigenza imprescindibile, sia per la definitiva professionalizzazione di questa figura, sia per la carenza di personale che si sta verificando da qualche anno. Parallelamente è da considerare opportuna la recente normativa che estende lo spazio di azione del personale di supporto, oggi rappresentato principalmente dall'Operatore Socio Sanitario (OSS).

La traduzione in atto delle linee di tendenza sopra indicate, con il trasferimento agli OSS di alcune attività tradizionalmente svolte dagli Infermieri (attività alberghiere, parte dell'assistenza di base), impone in quasi tutte le strutture sanitarie una riorganizzazione dell'assistenza: è doveroso da parte di tutti i soggetti coinvolti fare in modo che essa non prescinda dall'esigenza di qualità a beneficio dei clienti, una qualità il cui primo gradino è rappresentato da un'assistenza sicura. Le iniziative in merito (sperimentazioni, cambiamenti organizzativi veri e propri) devono dunque verificare l'impatto sull'assistenza ai clienti in termini di esiti clinici e di soddisfazione degli stessi, nonché di soddisfazione degli operatori coinvolti (non solo gli Infermieri e gli OSS, ma anche gli altri, inclusi i Medici).

Una riorganizzazione dell'assistenza rivolta a questi obiettivi e ispirata a questi principi - ferma restando la partecipazione

degli operatori interessati - dev'essere gestita direttamente dal Servizio infermieristico aziendale, con l'esplicita autorizzazione della Direzione Generale e con l'eventuale utilizzazione di consulenti. Solo il Servizio infermieristico interno, infatti, conosce bene il personale, la mentalità in esso prevalente, il suo bagaglio formativo e di esperienze e così via, e può apportare al sistema organizzativo modifiche realistiche.

Tale riorganizzazione richiede:

- iniziative di informazione/formazione di tutto il personale interessato. Esse sono importanti anche per creare un clima di largo consenso, senza il quale è difficile che innovazioni così rilevanti siano implementate secondo i piani e mantenendo, o addirittura migliorando, la qualità complessiva delle prestazioni;
- nella maggior parte dei casi, se non in tutti, alcuni preliminari cambiamenti organizzativi, in particolare il superamento dell'assistenza per compiti e una sistematica produzione di documenti, specialmente di procedure, le quali, stabilendo standard quali-quantitativi e ponendo le basi per una esecuzione sostanzialmente omogenea di determinate operazioni, possono anche agevolare l'inserimento di un congruo numero di operatori di supporto.

Con le note che seguono ci si propone di sviluppare questi due punti e, più in generale, di fornire un contributo affinché

la riorganizzazione suddetta sia il più possibile efficace ed efficiente e porti ad una maggiore valorizzazione sia dell'infermiere sia del personale di supporto, nel rispetto dei diritti e delle esigenze dei clienti.

INFORMAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE INTERESSATO

1. L'infermiere come programmatore, gestore e valutatore dell'assistenza infermieristica

È di fondamentale importanza sottolineare che, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, in particolare dal profilo professionale (D.M. 739/94), spetta all'infermiere la "regia" del processo assistenziale, ossia:

- l'accertamento iniziale e continuo delle condizioni del paziente, sia di quelle cliniche in senso stretto sia di quelle psicosociali;
- l'individuazione dei bisogni/problemi;
- la pianificazione degli interventi (tecnici, relazionali e educativi);
- la gestione di tali interventi, che implica in molti casi l'attuazione diretta di una parte di essi e l'assegnazione degli altri agli operatori di supporto;
- la garanzia della corretta esecuzione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, che in parte, con la debita prudenza, può pure essere attribuita a OSS preparati;
- la valutazione degli esiti e del processo svolto, inclusa la verifica della performance dei collaboratori e delle risposte dei pazienti;
- la predisposizione e la cura di una documentazione clinica completa e il più possibile semplice, tale che anche il personale di supporto, debitamente addestrato, la possa utilizzare.

La regia dell'infermiere dev'essere costante e deve entrare nei dettagli: per esempio, un paziente stabile può essere accompagnato in radiologia da un OTA o da un OSS, mentre un paziente instabile può avere bisogno dell'infermiere.

2. Competenze e attività infermieristiche da sviluppare

Le recenti innovazioni (profilo professionale, nuovo codice deontologico, inquadramento contrattuale nella categoria D) richiedono agli infermieri il possesso di competenze avanzate di varia natura, incluse, entro certi limiti, competenze manageriali. Si tratta di quelle conoscenze e capacità che una legislazione discutibile e un impegno quasi esclusivo in un'assistenza tecnica e di base, accompagnato da un aiuto al medico non sempre necessario, non hanno generalmente consentito di acquisire e di migliorare nel passato.

In primo luogo è bene ricordare che il profilo professionale dell'infermiere prevede un'assistenza che abbia natura tecnica, relazionale, educativa. La capacità di erogare prestazioni come quelle indicate dal secondo e dal terzo aggettivo è complessivamente carente in seno alla professione. Pertanto gli infermieri in grado di liberarsi di una parte di attività improprie (alberghiere e di altro tipo) e anche di una parte di assistenza di base (principalmente tecnica) devono sviluppare e mettere in atto più di quanto è avvenuto finora:

- *la competenza relazionale* con il cliente e la famiglia (ascolto attento in ogni occasione, relazione di aiuto che preveda anche, all'occorrenza, momenti da destinare specificamente al colloquio, uso consapevole della comunicazione verbale e non verbale ecc.);
- *la competenza educativa*, anch'essa essenziale per garantire un'assistenza globale e, in molti casi, per contribuire a far acquisire alle persone assistite la capacità di autogestire la loro condizione (per esempio, autogestione della dieta e dell'autosomministrazione della terapia).

Probabilmente devono inoltre aggiornare e sviluppare competenze che li mettano in grado di esercitare attività tecniche avanzate, variabili a seconda dell'ambito di lavoro e da definire al suo interno: esse possono contribuire alla capacità di autoge-

stione del paziente già indicata, a una collaborazione maggiormente paritaria con il medico specialista ecc.

Sicuramente uno svolgimento di queste varie categorie di attività che soddisfi i relativi bisogni dei clienti richiede più tempo di quello che tradizionalmente viene loro riservato.

Infine, sulla base anche del nuovo inquadramento contrattuale (vedi declaratoria relativa alla categoria D del CCNL integrativo), agli infermieri di oggi servono alcune competenze di management e leadership. In primo luogo vanno citate quelle richieste affinché possano correttamente ed efficacemente avvalersi, se necessario, del personale di supporto (D.M. 739/94). Analizzare le capacità dei collaboratori, assegnare compiti, guidare, istruire, dare indicazioni, esercitare la supervisione e la valutazione sono attività non abituali per questi operatori, che necessitano dunque di una preparazione specifica. A ciò va aggiunto che – secondo la declaratoria prima citata – i lavoratori che appartengono alla categoria D (quella degli infermieri) ricoprono posizioni di lavoro che richiedono, tra l'altro, "capacità organizzative, di coordinamento e gestionali caratterizzate da discrezionalità operativa nell'ambito di strutture operative semplici previste dal modello organizzativo aziendale". Capacità del genere non si improvvisano e la loro applicazione richiede tempo.

Il tempo-infermiere che può essere risparmiato con il passaggio ad altri operatori di una serie di compiti impropri e assistenziali di base va dunque utilizzato in parte per un consapevole e competente incremento nella pratica quotidiana di attività avanzate (è bene ripeterlo, si tratta di attività tecniche ma anche, e forse di più, relazionali, educative e manageriali), con un conseguente probabile aumento dell'efficienza, della soddisfazione dei clienti e di quegli infermieri, certamente numerosi, che aspirano ad un lavoro più qualificato.

Pertanto l'introduzione di un maggior numero di OSS non può

essere un provvedimento rivolto a ottenere semplicemente e immediatamente una riduzione del numero degli infermieri in organico; essa va predisposta in modo che possa fornire l'occasione per una adeguata valorizzazione del ruolo di entrambi gli operatori coinvolti e possa garantire la qualità dell'assistenza e della sua organizzazione e gestione.

3. Il trasferimento all'OSS di attività assistenziali di base

Sviluppando quanto sopra accennato, possiamo affermare che le prestazioni che rientrano nell'assistenza di base (le quali vanno descritte ed elencate nelle varie realtà) sono in buona parte trasferibili all'OSS¹, ma ad alcune condizioni:

- che l'assistenza di base non sia considerata una sommatoria di operazioni separate, ma un processo organico (che, per esempio, abbina frequentemente aspetti tecnici e comunicativi), il quale dev'essere guidato e coordinato dall'infermiere. E' questi, in particolare, che individua i bisogni e valuta chi li deve soddisfare in ogni singolo caso e con quali procedure. Altrettanto dicasi per la verifica degli esiti;
- che i pazienti siano in condizioni stabili e non critiche, altrimenti vi sarebbero dei rischi che potrebbero rendere problematica la non partecipazione dell'infermiere. Questi deve quindi mantenere la propria competenza nell'assistenza di base;
- che siano state predisposte e condivise le apposite procedure o protocolli, a cui gli operatori si dovranno attenere (se ne parla più avanti).

Va inoltre considerato che il profilo professionale dell'OSS² espone le principali attività di questa figura con

verbi che richiedono di distinguere due grandi ambiti di attività:

- l'ambito dell'autonomia, (per esempio, "assiste la persona, in particolare non autosufficiente e allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale");
- l'ambito della cooperazione o collaborazione, nel quale l'OSS concorre con altri professionisti all'esecuzione delle attività, o svolge compiti su precisa indicazione dell'infermiere o di altro professionista (per esempio, "collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale").

Questa duplice attribuzione di compiti, con le relative differenze nelle responsabilità, conferma la necessità di un atteggiamento di prudenza anche nel trasferimento dell'assistenza di base (nonché, com'è ovvio, di altre attività, in particolare quelle riguardanti la terapia farmacologica), che pure è quella che meglio si presta a una relativa standardizzazione con gli strumenti prima accennati.

Ad avvalorare l'impossibilità di trasferire all'OSS l'intero processo dell'assistenza di base è venuto il "mansionario" del cosiddetto "operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria" (una formazione ovviamente più avanzata di quella dell'OSS ordinario), licenziato dal Consiglio superiore di sanità in data 19 luglio 2001 e approvato pochi giorni dopo dalla conferenza Stato - Regioni. In tale documento si legge tra l'altro che questa figura:

"(...) coadiuva l'infermiere o l'ostetrica/o nelle attività assistenziali e, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile

dell'assistenza infermieristica o ostetrica e sotto la loro supervisione (corsivo nostro) è in grado di eseguire:

- (...) mobilitazione dei pazienti non autosufficienti per la prevenzione di decubiti ed alterazione cutanea; (...)
- l'attuazione ed il mantenimento dell'igiene della persona (...)"³

Se ne deduce che l'attribuzione delle suddette attività di base a questo operatore "specializzato" non è automatica e incondizionata, ma va decisa nelle singole realtà e prevede comunque una supervisione del responsabile: ovviamente ciò vale in misura ancora maggiore per l'OSS ordinario.

4. La formazione degli infermieri coordinatori

Con l'introduzione nelle unità operative di numerosi OSS e, in prospettiva, anche di OSS "specializzati", gli infermieri coordinatori (e dirigenti) si troveranno a esercitare la loro autorità su varie figure dalle competenze differenziate, mentre in passato avevano a che fare con un gruppo di lavoro fondamentalmente omogeneo. Devono inoltre dare le direttive di cui al punto precedente (le quali possono variare da una unità operativa all'altra), sulla base di valutazioni cliniche e gestionali, e partecipare ai cambiamenti organizzativi di cui si parlerà più avanti.

Per quanto riguarda il delicato compito di assegnare agli OSS attività assistenziali di base da svolgere in autonomia, essi devono applicare e insegnare agli infermieri i principi seguenti:

- valutare la preparazione e le capacità del singolo operatore di supporto, eventualmente insegnando-gli quello che non sa fare ma che è necessario apprenda;

1 É assai meno facile, invece, assegnarle all'OTAA, il quale è tenuto a svolgere attività assistenziali prevalentemente in collaborazione con lo stesso infermiere.

2 Cfr. Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 22 febbraio 2001, Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e provincie autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione, G.U. 19-4-2001, Serie generale - n. 91.

3 Riportato in: Silvestro A. (a cura di), L'operatore socio-sanitario, in: Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, Farmaci. Dal servizio farmaceutico territoriale al rapporto tra medicinali e professione infermieristica, I quaderni de L'Infermiere, gennaio 2002, p. 29.

- assegnargli compiti pertinenti e adeguati sulla base di procedure condivise;
- insegnargli a riferire tempestivamente all'infermiere notizie rilevanti ottenute nei suoi contatti con i clienti;
- supervisionare l'attività dell'OSS e documentare gli esiti dei suoi interventi.

Per tutto questo appare generalmente indispensabile un aggiornamento specifico delle figure di coordinamento (e direzione).

CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI

1. Creazione delle condizioni per un impiego ottimale del personale

Prima di apportare le rilevanti innovazioni di cui si sta parlando, in molte realtà va senz'altro superata la tradizionale assistenza per compiti, con il passaggio almeno a un'assistenza per settori, disponendo delle risorse, anche strumentali, a ciò necessarie. Altrimenti sembra ben difficile che un infermiere possa fungere da "referente" per un numero limitato di pazienti, come sarebbe desiderabile nella prospettiva di un'assistenza maggiormente personalizzata e olistica e di un impiego dell'infermiere più coerente con quanto previsto dalla legislazione, dal codice deontologico e dal CCNL.

Inoltre, laddove è possibile, un'organizzazione per settori che assegni, per esempio, a un infermiere e a un OSS l'assistenza ai pazienti di un settore e ad un altro infermiere e ad un altro OSS l'assistenza ai pazienti di un altro settore di una degenza, consente quella costante collaborazione tra i due operatori grazie alla quale il primo può guidare il secondo e verificarne l'operato.

Diverse esperienze hanno mostrato che questa innovazione non è agevole: sono necessari un impegno di tutti, a cominciare dal vertice aziendale e dal Servizio infermieristico, un clima di largo consenso, una preparazione adeguata dei diretti interessati e una sperimentazione che preceda

l'effettiva attuazione del cambiamento organizzativo indicato.

2. Stesura di piani di attività e di procedure

La contemporanea presenza di più figure professionali dalle competenze differenziate accentua la necessità di una estesa produzione o revisione di piani di attività, che indichino chi fa che cosa nelle varie situazioni, e di procedure o protocolli (per esempio, sull'igiene personale dei pazienti dipendenti), che, precisando le responsabilità, il materiale occorrente e la sequenza delle operazioni da svolgere:

- stabiliscano degli standard di prestazione a cui gli infermieri e gli OSS si devono attenere,
- rendano sostanzialmente omogenee le attività standardizzabili,
- facilitino agli infermieri il compito di provvedere all'inserimento, alla guida e alla supervisione dei loro collaboratori.

Questi documenti - che presuppongono in ogni realtà operativa uno studio accurato dei profili professionali dell'infermiere e dell'OSS - devono essere stilati con la partecipazione degli operatori di supporto: è infatti un principio della scienza dell'organizzazione che la predisposizione di una procedura di lavoro richiede il determinante contributo di chi quel lavoro è chiamato a svolgere ogni giorno. Naturalmente, se la procedura ha dei contenuti assistenziali, è pure fondamentale la partecipazione dell'infermiere, il quale anzi ne assume la principale responsabilità.

CONCLUSIONI

Dalle considerazioni svolte emergono alcune conclusioni, già in parte accennate, che illustriamo in sintesi:

- è ineludibile l'esigenza di una maggiore presenza nei servizi sanitari, oltre che sociali, di operatori di supporto, in particolare dell'OSS e, in prospettiva, dell'OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria. Tali operatori,

tra l'altro, possono dare un grande contributo a un impiego più appropriato degli infermieri;

- è necessario il trasferimento dall'infermiere a queste figure di supporto delle attività alberghiere eventualmente svolte dal primo. Si può dire altrettanto per l'esecuzione di attività assistenziali di base, ma non per l'intero processo che esse costituiscono: in altre parole, si può e in genere si deve trasferire una parte della fase di attuazione del processo di nursing, ma l'infermiere rimane il principale responsabile delle fasi dell'accertamento, dell'individuazione dei problemi, della parte maggiormente impegnativa dell'attuazione, nonché della valutazione.

Inoltre il suddetto passaggio di attività non può avvenire immediatamente e una volta per tutte sulla base di una semplice analisi quantitativa delle attività trasferibili (quanto tempo complessivo per l'igiene personale, quanto per la mobilitazione dei pazienti ecc.), ma richiede una precisa pianificazione di iniziative informative/formative e di cambiamenti organizzativi, e successivamente un'accorta gestione e un monitoraggio quotidiani. E' necessaria anche una verifica dell'impatto del cambiamento sulla qualità dell'assistenza, prevedendo appositi indicatori;

- il tempo-infermiere che tale riorganizzazione può liberare dev'essere in parte utilizzato per incrementare e rendere continuativo lo svolgimento di attività avanzate, di natura tecnica e - ancora di più - relazionale, educativa e manageriale.
- Il risparmio di tempo-infermiere può essere più o meno rilevante nelle varie realtà. Più esso si prospetta ampio, più si pone un interrogativo: è realistico pensare che una categoria di operatori cambi subito e radicalmente le proprie abitudini lavorative per svolgere attività in parte nuove, che richiedono maggiori compe-

tenze e implicano maggiori responsabilità sugli esiti? Innovazioni di questa portata richiedono prudenza, perché implicano un cambiamento di mentalità e hanno bisogno di un'accurata pianificazione, seguita da un'implementazione, da un monitoraggio e da verifiche non meno accurate;

- occorre pertanto una preparazione adeguata di tutto il personale coinvolto, che consenta anche di evitare la ricorrente tendenza degli infermieri a dedicare una fetta consistente del proprio tempo ad attività da "minimedicò";
- il risparmio di personale infermieristico che è presumibile derivi dalla riorganizzazione qui prevista può portare a una riduzione degli organici, in misura variabile a seconda del contesto, solo una volta che siano state create le necessarie condizioni culturali e organizzative.

A tutto questo va aggiunto che in molte situazioni gli infermieri svolgono attività improprie che non possono essere trasferite all'OTA o all'OSS perché non hanno carattere alberghiero o assistenziale, bensì segretariale⁴. Pertanto, se si vuole razionalizzare del tutto il lavoro dell'infermiere occorre pensare anche all'introduzione di altre figure come il segretario di unità operativa.

4 Cfr. Silvestro A., Le attività delegabili ad altre figure: la percezione degli infermieri, Assistenza infermieristica e ricerca, n. 2/2000, p. 105.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

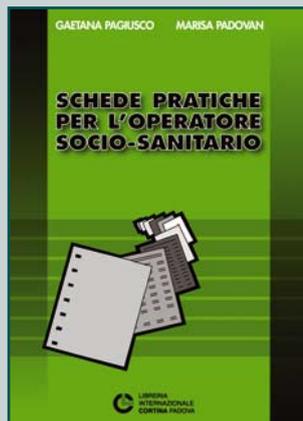
- AA.VV., Infermieri e operatori di supporto: dibattito, Nursing Oggi, n. 4/2000, pp. 5-12.
- Benci L., L'Operatore Socio Sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica, Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, n. 3/2001, pp. 219-234.
- Saiani L., Franceschini M., Il dibattito negli USA sulla "delega" delle attività assistenziali, Assistenza infermieristica e ricerca, n. 2/2000, pp. 91-96.
- Silvestro A., Le attività delegabili ad altre figure: la percezione degli infermieri, Assistenza infermieristica e ricerca, n. 2/2000, pp. 100-107.
- Silvestro A. (a cura di), L'operatore socio-sanitario, in: Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, Farmaci. Dal servizio farmaceutico territoriale al rapporto tra medicinali e professione infermieristica, I quaderni de L'Infermiere, gennaio 2002, pp. 27-31.



G. Pagiusco, M. Padovan
**L'integrazione
 con le figure di supporto
 una sfida per l'infermiere**
 Ed. Libreria Intern. Cortina PD

G. Pagiusco, M. Padovan
**Schede pratiche
 per l'Operatore Socio-Sanitario**
 Ed. Libreria Intern. Cortina PD

G. Pagiusco, A. Dal Maso, M. Dalla Vera, A.M. Martini, C. Scacco, R. Tonini
**Piani di assistenza in area
 chirurgica e in area medica**
 Ed. Libreria Intern. Cortina PD



A seguito dell'attuazione del progetto di inserimento delle figure di supporto attuato nell'ULSS 6 Vicenza, e del convegno "L'integrazione con le figure di supporto una sfida per l'infermiere" tenutosi il 21 maggio 2002 a Vicenza, sono state realizzate tre pubblicazioni:

- la prima descrive il metodo seguito per l'attuazione del progetto e le relazioni del convegno.
- le schede pratiche sono suddivise per bisogni e per ogni bisogno sono previste delle schede per guidare l'osservazione dell'OSS e i protocolli relativi alle attività di competenza.
- l'ultima pubblicazione propone la pianificazione standardizzata come strumento per l'applicazione del processo assistenziale in vari ambiti dell'esercizio professionale dell'Infermiere.

Le pubblicazioni sono il frutto del lavoro di varie équipe assistenziali che da anni si stanno impegnando per costruire strumenti per migliorare il governo dell'assistenza.



Il Consiglio Direttivo
 del Collegio IPASVI di Vicenza
 augura a tutti gli iscritti

Buone Feste

Donazione di cornee: anche all'ospedale di Arzignano è possibile donare la primavera a chi non la vede.

*di Emanuela Mecenero
e Romina Bortoli*

*Infermiere presso il
Centro di Rianimazione
dell'ULSS 5 - Ospedale
di Arzignano (VI)*

L'ospedale di Arzignano è il maggiore dei quattro presidi che compongono l'ULSS n.5.

Conta 205 posti letto suddivisi in dieci reparti di degenza, tra i quali vi è una Rianimazione con sei posti letto.

L'afflusso di pazienti a questo ospedale è molto elevato perché è posto in una zona strategica rispetto ai comuni limitrofi.

Da una veloce indagine si ricava che mediamente in un anno passano dal Pronto Soccorso circa 51.200 persone, i ricoveri nei reparti di degenza sono 9460, e i decessi si aggirano attorno ai 330 (dati riferiti all'anno 2001).

Si può subito capire, quindi, che in un ospedale così grande e in corso di ulteriore sviluppo, (si prevede entro l'anno 2003 l'apertura del reparto di Ortopedia, attualmente situato in altro presidio dell'ULSS), non possa mancare la possibilità, per il cittadino che muore all'interno della struttura ospedaliera, di compiere un ultimo gesto di grande solidarietà quale la donazione dei propri organi e tessuti.

A differenza del prelievo d'organo, che necessita di un monitoraggio intensivo attuato da personale altamente specializzato in reparti di Rianimazione, il prelievo di tessuti può avvenire anche dopo che il candidato donatore è a "cuore fermo".

Se il reparto di Rianimazione è maggiormente sensibile all'attuazione di queste procedure, i reparti di degenza ed il Pronto Soccorso, dove statisticamente avvengono la gran parte dei decessi, risultano essere meno consapevoli e attenti alla problematica della donazione.

Per questo motivo si è resa necessaria la costituzione di un'équipe, adeguatamente formata e competente, che intervenga per mettere in atto tutti i protocolli che portano al prelievo di tessuti e in particolar modo al prelievo di cornea.

Prima d'ora, in occasione di un decesso all'interno dell'Ospedale di Arzignano (Rianimazione esclusa), tutto questo non veniva messo in atto in quanto mancava la figura di un infermiere preposto in grado di offrire la possibilità ai parenti della persona deceduta di prendere in considerazione l'opportunità di donare le cornee del proprio congiunto.

I principali motivi per cui non si era ancora istituita questa figura, possono essere ricondotti alla cronica e diffusa carenza di personale infermieristico e al basso numero di decessi/die che non giustificava la presenza costante di un infermiere addetto.

A nostro parere la popolazione appartenente all'ULSS n.5 è poco sensibile al tema della donazione d'organo ed è poco

informata sulle modalità di prelievo. Infatti solo 7480 cittadini sono iscritti ad associazioni quali l'AIDO e solo 42 persone (su 200.000 cittadini che compongono la nostra ULSS) hanno depositato l'atto di donazione post-mortem all'Azienda Sanitaria.

A livello sociale, le problematiche relative alla morte vengono in genere relegate in ambiti ristretti e ben definiti dove ne è prevista l'istituzionalizzazione e la standardizzazione dei comportamenti. Perciò la discussione pubblica attraverso convegni e tavole rotonde sui trapianti, prevedendo una scarsa partecipazione dei cittadini, non è mai stata presa seriamente in considerazione in questi ultimi anni. Inoltre la campagna del Ministero della Salute riguardo la dichiarazione di volontà sulla dona-

zione d'organo (art. 23 legge 91/99) è stata poco efficace perché si è rilevato troppo scomodo il recarsi agli uffici del Comune di appartenenza per consegnare il tesserino col proprio assenso o dissenso.

Fino ad ora la situazione all'interno della nostra struttura ospedaliera era la seguente: i potenziali donatori non venivano sottoposti a prelievo di cornea e i parenti del defunto perdevano così la possibilità di compiere un gesto di solidarietà che avrebbe potuto rendere meno doloroso il distacco dal proprio caro nella consapevolezza che la morte non è stata vana.

Tale contesto contribuiva ad aggravare l'ancora attuale problema dell'allungamento delle liste d'attesa per il trapianto di cornea.

Il Cheratocono

La cornea è una lente trasparente che forma la parte anteriore dell'occhio e si trova davanti all'iride.

È una lente convessa di forma non perfettamente sferica ed è composta da cellule allineate in strati molto ordinati e regolari: il risultato di questa organizzazione è una lente perfettamente trasparente.

La funzione della cornea è di permettere il passaggio della luce diretta alle strutture più interne dell'occhio.

La cornea è ricchissima di terminazioni nervose, ma è priva di vasi sanguigni.

Essa è la parte dell'occhio più esposta ai traumi. Questi si possono verificare semplicemente stropicciandosi, oppure graffiandosi con una ciglia o un corpo estraneo (una scheggia di metallo o di legno). Quando il trauma è particolarmente violento è possibile che la cornea venga perforata: in questo caso esiste un rischio elevatissimo per l'integrità del bulbo oculare.

Esistono numerose malattie degenerative della cornea, tutte in qualche modo ereditarie o con molti casi presenti nella stessa famiglia. Di solito si tratta di malattie che comportano una opacizzazione progressiva della cornea, con abbagliamento e visione offuscata. La malattia più frequente è però il cheratocono.

Il cheratocono è una ectasia bilaterale della cornea con una incidenza riferita at-

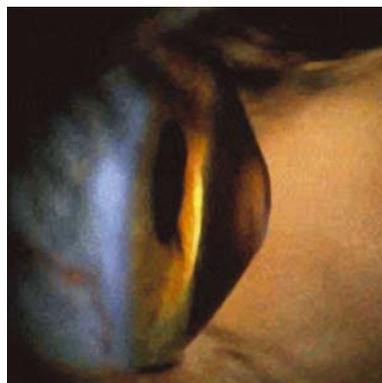
torno ad un caso per 2000 abitanti (da 50 a 230 per 100.000 abitanti). Non è presente alla nascita ma si rende manifesto, di solito, verso la pubertà e progredisce fino ad arrestarsi intorno ai quarant'anni, mantenendosi poi stabile per il resto della vita.

L'eziologia è a tutt'oggi sconosciuta, nonostante l'interesse ed i numerosi studi su questo argomento.

Il cheratocono si manifesta con una deformazione della cornea da forma sferica a forma conica dovuta ad una degenerazione delle fibre collagene dello stroma.

Questa patologia provoca un progressivo peggioramento della vista fino a rendere i pazienti quasi totalmente ciechi.

Il trapianto si rende necessario quando la cornea diventa opaca e non lascia più passare la luce causando la cecità.



Cornea affetta da cheratocono

Fattibilità del progetto

Nel nostro contesto si è ritenuto di individuare alcuni professionisti, già in servizio presso la struttura ospedaliera di Arzignano, per costituire l'équipe di lavoro e dar vita al progetto. Inizialmente si sono resi disponibili più di 20 colleghi.

La Regione Veneto ha stanziato circa 40.000 € per l'attuazione del progetto. Tali soldi sono stati suddivisi per le attività di sensibilizzazione della popolazione attraverso serate informative nelle quali sono stati invitati esperti in trapiantologia, psicologia ed etica, giornate studio nelle scuole, stampe e depliant, corsi di formazione psico-relazionale dell'équipe coinvolta, giornate di stage all'Ospedale Civile di Vicenza per il personale dell'équipe e giornate di stage formativo presso la Fondazione Banca degli Occhi a Mestre.

Il rimanente è stato destinato alla retribuzione del personale dell'équipe che opera in pronta disponibilità.

Il progetto

Obiettivi

Gli obiettivi che ci siamo posti all'avvio del progetto sono stati i seguenti:

- a) Creare un'équipe infermieristica qualificata in grado di:
 - esaminare le cornee dei candidati donatori per verificarne l'adeguatezza al prelievo;
 - esaminare la cartella clinica dei candidati donatori per verificare i requisiti essenziali per la donazione;
 - affrontare adeguatamente la famiglia dei candidati donatori per portarla a prendere una decisione consapevole riguardo il prelievo di cornee.
- b) Sensibilizzare i giovani in età scolare (scuole medie inferiori e superiori) riguardo l'importanza delle donazioni di organi e tessuti.

Il trapianto di organi e tessuti: una scelta per la Vita

Gruppo AIDO di Valdagno
Istituzioni Scolastiche Valdagno

Regione del Veneto
MULTI-SCUOLE
TROCENBARBARA
ULSS 5



INCONTRO-DIBATTITO CON LA POPOLAZIONE
venerdì 31 maggio 2002
ore 20.30

PALAZZO FESTARI DI VALDAGNO

PROGRAMMA:

- Saluto delle Autorità
- Il trapianto: considerazioni cliniche e organizzative (Dr. D. Mastropasqua, Dr. R. Arnaldi - ULSS 5 Prof. F. Calabrò - Azienda Ospedaliera di Verona)
- Intermezzo musicale: F. Cucciarrè al pianoforte
- Il trapianto: aspetti psicologici e implicazioni etico-morali (Dr.ssa C. Olivieri - fra' G.P. Cavalli)
- Proposta musicale: Spirit'n Dance di fra' Michael
- Premiazione dei vincitori il 2° Concorso "Dono per la Vita"

La cittadinanza e le associazioni sono invitate a partecipare

Organizzazione: U.O.A. Anestesia e Rianimazione - Arzignano - Direttore Dr. D. Mastropasqua

Informazioni: Centro Formazione ULSS 5 - Montecchio Maggiore

Patrocinio del Comune di Valdagno

Con il contributo di: Fenice S.p.a., Valdagno - Rotary Club, Valdagno - Soprana Ottici, Valdagno

LE PRINCIPALI CONTROINDICAZIONI AL PRELIEVO DELLE CORNEE

LIMITE SUPERIORE DI ETÀ

- la donazione delle cornee è possibile fino all'età di 74 anni

INFEZIONI

- sindrome da immunodeficienza acquisita
- comportamenti a rischio per patologie trasmissibili
- epatite B, epatite C
- sieropositività: anti-HIV, HBsAg, anti-HCV
- encefaliti virali in fase attiva o encefaliti di causa sconosciuta
- malattia di Creutzfeldt-Jacob e individui a rischio per encefalopatia spongiforme (esempio: trattamento con estratti di ipofisi umana, presenza di disturbi cognitivi, del coordinamento, della parola o mioclonie)
- rabbia
- tubercolosi in fase attiva
- malaria

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE DI Eziologia sconosciuta

- sclerosi multipla
- malattia di Alzheimer
- sclerosi laterale amiotrofica

TUMORI

- leucemia
- linfoma
- mieloma

MALATTIE OCULARI

- infiammazione oculare (congiuntiviti, uveiti, ecc.)
- retinoblastoma
- tumore maligno del segmento anteriore
- patologie congenite o acquisite della cornea
- sindrome di Down (aumentato rischio di cheratocono)
- chirurgia corneale refrattiva (esempio: cheratotomia radiale)
- cheratectomia fotorefrattiva (esempio: PRK, LASIK)

ALTRE CONDIZIONI

- soggetti sottoposti a trapianto di organo solido

NOTE

- 1) Segnalare le condizioni o patologie utili per una valutazione adeguata dell'anamnesi (cachessia, prolungata assistenza respiratoria meccanica, infusioni o trasfusioni, ecc.).
- 2) La setticemia non è una controindicazione al prelievo, ma va segnalata sul Modulo Prelievo Tessuti Oculari.
- 3) La morte per causa sconosciuta non è una controindicazione, se è previsto il riscontro diagnostico (in caso di dubbi contattare Fondazione).

COME CONTATTARE FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO PER INFORMAZIONI DI NATURA TECNICA O MEDICA

- Lunedì - Venerdì 08.00/18.00 041 989024
- Lunedì - Venerdì 18.00/20.00 348 3111141
- Sabato - Domenica 08.00/20.00 348 3111141

c) Sensibilizzare la popolazione appartenente al territorio dell'ULSS n.5 sull'importanza della donazione di organi e tessuti e aumentare il numero dei cittadini che esprimono la propria dichiarazione di volontà in merito alla donazione di organi e tessuti.

Fasi del progetto e risultati raggiunti

Uno degli obiettivi stabiliti dalla Regione Veneto per l'ospedale di Arzignano, da raggiungere entro la fine del 2002, è stato quello di sensibilizzare la popolazione riguardo la donazione di organi e tessuti.

Il Primario del servizio di Anestesia e Rianimazione dott. Dario Mastropasqua, in qualità di Coordinatore Locale per i trapianti, è stato incaricato di attivare un progetto di sensibilizzazione e un progetto operativo per il prelievo di cornea a scopo di trapianto.

La parte del progetto riguardante la popolazione e le scuole è stata sostenuta in maggior parte dal Primario stesso, in collaborazione col responsabile dell'Ufficio Formazione e due Infermieri della Terapia Intensiva.

L'aspetto della formazione del Personale è stato seguito dalla Caposala della Rianimazione e dall'Ufficio Formazione Aziendale.

Hanno organizzato quattro lezioni, ciascuna di mezza giornata, tenute dalla psicologa Alessandra Feltrin della Fondazione Banca degli Occhi di Mestre, sull'importante tema della comunicazione. Inoltre hanno realizzato uno stage formativo presso l'Ospedale Civile di Vicenza, grazie alla disponibilità dell'infermiera Gabriella Tizian, che nell'ULSS n.6 si occupa di donazioni.

La parte operativa del progetto è stata realizzata dalle autrici di questo articolo e si è svolta come successivamente descritto.

Innanzitutto abbiamo partecipato ad un convegno della F.I.T.O. (Fondazione per l'Incremento dei Trapianti d'Organo) della durata di due giorni, grazie al quale siamo penetrate nel difficile e meraviglioso mondo della donazione.

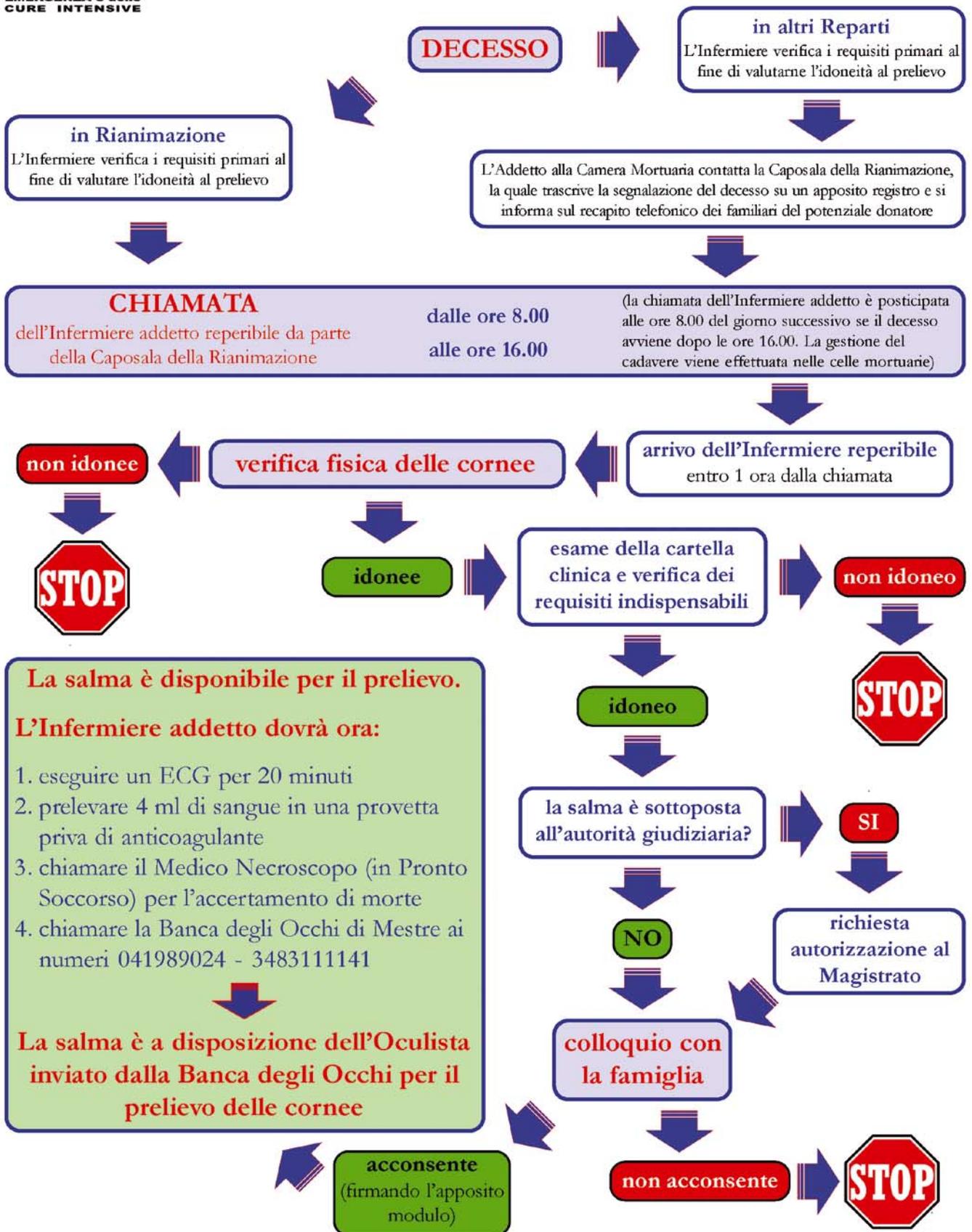
Abbiamo quindi valutato altre realtà operative, per vedere se potevamo prendere spunto da chi ha acquisito esperienza in merito. Un grazie va, quindi, al personale degli ospedali di Vicenza, Bussolengo, San Bonifacio e Verona.

Siamo andate a fare una interessante visita alla Fondazione Banca degli Occhi del Veneto, a Mestre, per raccogliere informazioni e dati, e per renderci conto personalmente di tutte le attività che si svolgono in una struttura del genere.

A questo punto siamo state in grado di stilare un protocollo operativo, una flow chart ad hoc per il nostro ospedale.

Protocollo Organizzativo per il prelievo di cornee

Coordinamento Locale Trapianti - Dott. Dario Mastropasqua



Tutti i colleghi della Rianimazione sono stati coinvolti in una riunione nella quale abbiamo spiegato tutti gli steps precedenti ed abbiamo organizzato due mezze giornate di stage formativo a Mestre (allargato anche a tutti gli infermieri dell'ospedale interessati) per condividere la positiva esperienza da noi fatta.

Abbiamo individuato, dopo numerosi incontri col Coordinatore, la modalità operativa da effettuare e si è quindi stabilito che l'équipe opera in regime di pronta disponibilità, fuori dal proprio orario di servizio, dal lunedì al venerdì, dalle 8 alle 16 e abbiamo anche concordato la retribuzione della pronta disponibilità e della chiamata.

In seguito alla definitiva adesione delle persone interessate, abbiamo raggiunto i seguenti obiettivi:

- a) creazione dell'équipe (17 infermieri);
- b) adeguata motivazione del personale coinvolto;
- c) adeguata formazione professionale degli stessi.

Alcuni infermieri particolarmente attivi dell'équipe si sono occupati della parte burocratica del progetto (modulistica, registro, archivio) e di reperire un ambiente idoneo alla comunicazione con i familiari.

Dal punto di vista operativo, il progetto ha preso il via il 1° ottobre 2002 e, fino al 30 novembre, sono state contattate 15 famiglie per chiedere l'assenso alla donazione. I medici della Banca degli Occhi hanno prelevato 12 cornee (sei pazienti idonei), e soltanto una minima parte non ha accettato di donare.

Nel corso dell'anno si sono svolte due serate di sensibilizzazione ai trapianti, a Montecchio Maggiore e a Valdagno, con la partecipazione di circa 200 persone; sono state svolte quattro lezioni in scuole medie e superiori della vallata con il coinvolgimento di circa 400 alunni.

Conclusioni

Il tema delle donazioni di organi e tessuti è poco sentito, ma è assolutamente indispensabile che ogni cittadino si renda conto che esiste una grande necessità di materiale biologico utile per il trapianto.

In Italia è particolarmente evidente il divario tra esigenze-attese terapeutiche e opportunità di intervento.

Nonostante le soddisfacenti e spesso eccellenti realizzazioni organizzative e tecnico-operative, annualmente si perdono migliaia di pazienti per i quali ogni speranza di sopravvivenza è confidata ad un possibile impianto di organo vitale.

Il Comitato Nazionale di Bioetica ravvisa la necessità che sia promosso lo sviluppo di un'ampia "cultura dei trapianti" che si esalti

nei valori della solidarietà e della responsabilità.

Dovrebbe essere questo il fine essenziale di una grande opera di sensibilizzazione, insostituibile presupposto per l'esperibilità di una pratica clinica assolutamente peculiare, tecnicamente affermata e di frequente insostituibile, perché priva di alternative.

Si auspica, pertanto, che l'anno 2003 sia fruttuoso e che Operatori della Salute e cittadini si sentano parte di un unico grande progetto:

DONARE!



Bibliografia essenziale

- Decreto Ministero della Sanità 18 marzo 1994, Attribuzione al Centro nazionale di riferimento per i trapianti della funzione di coordinamento operativo nazionale delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti.
- Legge 12 agosto 1993 n.301, Norme in materia di prelievi ed innesti di cornea.
- Legge 1 aprile 1999 n. 91, Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti.
- Circolare Ministero della Sanità n. 12 2002, Dichiarazione di volontà.
- Contraindication to corneal transplantation. European Eye Bank Association, January 2000.
- Sezione D 1.000 "Selezione dei donatori", Manuale delle Procedure. Fondazione Banca degli Occhi del Veneto, Gennaio 2000.
- Linee guida per la Donazione di Cornee, Fondazione Banca degli Occhi del Veneto, Febbraio 2002.
- "Anatomia e Fisiologia", G.A. Thibodeau, Casa editrice Ambrosiana, Milano, 1995.
- "L'organizzazione Infermieristica", V. Sartori e A.M.Triberti, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1998.
- "Educazione alla salute e cultura psicologica", Orlando Bassetti, MB diffusione, 1990.
- Rabinovitz YS "Keratoconus" Surv Ophthalmol 1998.
- "Aspetti critici nella comunicazione in Terapia intensiva", D. Mazzon, A. Mauri, G. P. Rupolo, Minerva Anestesiologica n. 11, 2001.
- "La donazione di un organo come gesto di continuità: l'approccio psicologico", F. Campione, Zeta, 26, novembre 2000.
- "Il deserto e la speranza (psicologia e psicoterapia del lutto)", F. Campione, A. Armando, Roma, 1990.
- "Il consenso al prelievo: una decisione troppo gravosa per la famiglia", F. La Spina, Notizie brevi dal policlinico di Milano, 1990.

Il ruolo dell'infermiere in Psichiatria

di **Gianmaria Fanchin**

Presidente del Collegio
IPASVI di Vicenza

Il processo professionalizzante dell'ultimo decennio ha profondamente modificato il ruolo dell'infermiere: da figura ausiliaria a professionista responsabile dell'assistenza, con capacità di decisione e autonomia (Legge 42 del 1999).

Il riconoscimento accademico e legislativo della professionalità dell'infermiere richiede adeguate conoscenze e specifica formazione per raggiungere la competenza necessaria per attuare il processo di nursing.

Competenza per realizzare una prestazione professionale per la quale sono necessarie conoscenze e abilità specifiche.

Alla luce di questo cambiamento quale ruolo riveste l'infermiere in ambito psichiatrico?

La storia dell'infermiere in psichiatria è intimamente legata alla storia della malattia mentale e al suo sviluppo.

Le prime descrizioni esistenti definivano l'infermiere come "guardiano dei matti".

Gli infermieri dovevano stare sempre assieme ai pazienti con l'obbligo dell'internato e il rapporto con il medico era rigorosamente incentrato sul principio d'autorità: il medico ordinava – l'infermiere eseguiva.

Nell'epoca manicomiale, prima della Legge 180/78, il malato era considerato organicamente deteriorato, inguaribile, pericoloso per sé e per gli altri. Negli ospedali psichiatrici venivano infatti accomunate persone dementi, handicappati psicofisici,

anziani, anche non autosufficienti, insieme a chi soffriva esclusivamente di disturbi psichiatrici.

La chiusura degli Ospedali Psichiatrici e l'abolizione dell'obbligo di custodia, per gli effetti della L. 180, ha portato un enorme cambiamento nella visione della psichiatria. Viene a modificarsi la concezione di malattia, da inguaribile e puramente clinica a disciplina riabilitativa.

La teoria riabilitativa è definibile tutt'oggi come: "...un processo che deve facilitare agli individui che abbiano un danno, una disabilità o un handicap dovuto ad una malattia mentale, tutte le opportunità per raggiungere il proprio livello ottimale di funzionamento indipendente nella comunità" (OMS, 1996).

La logica riabilitativa, quindi, pone due importanti obiettivi:

1. raggiungere il livello più elevato di benessere per la persona malata, a costi più bassi;
2. evitare l'isolamento sociale e la destrutturazione della personalità.

Con l'avanzare dell'ottica riabilitativa l'infermiere ha dovuto ridefinire la propria professionalità trasformandosi da semplice sorvegliante a professionista sanitario detentore di più ruoli:

- **Ruolo terapeutico:** volto a soddisfare i bisogni clinico-assistenziali del paziente, a collaborare con il medico, a somministrare la terapia farmacologia prescritta;

- **Ruolo riabilitativo:** collaborazione attiva nei laboratori manuali per lo sviluppo delle capacità di autonomia e lavoro;
- **Ruolo contenitivo** delle crisi d'aggressività del paziente, su giustificata prescrizione medica e per un tempo determinato;
- **Ruolo di mediazione** e integrazione con l'instaurazione di valide relazioni con l'utente, la famiglia e con le altre figure professionali;

L'infermiere, quindi, non può essere collocato in un unico ruolo, ma in una pluralità di ruoli per intervenire in tutte le fasi del processo riabilitativo:

1. Valutazione e progettazione, individuando e classificando i bisogni clinico assistenziali del paziente mediante:

- l'osservazione, l'utilizzo di strumenti di misura della disabilità (linee guida, protocolli terapeutici, questionari, interviste strutturate, ...),
- definizione degli obiettivi riabilitativi, con l'équipe,
- progettazione degli interventi, basati sulle evidenze scientifiche e corrispondenti ai limiti individuali del paziente.

2. Attivazione degli interventi utilizzando la relazione terapeutica come elemento di sostegno, di garanzia, di presenza, di stimoli secondo diversi livelli: a) intrattenimento, b) socializzazione, c) riabilitazione, d) reinserimento.

3. Verifica dei risultati raggiunti mediante riunioni con le altre figure professionali per una valutazione multidimensionale del problema.

Da queste considerazioni si può dedurre che l'infermiere è un co-protagonista del processo terapeutico che in maniera complementare al processo medico, garantisce una maggiore appropriatezza delle cure e dell'assistenza al malato psichiatrico durante tutte le fasi dell'evoluzione clinica.

Cosa serve per fare tutto questo?

Gli elementi guida per orientare lo sviluppo professionale dell'infermiere sinteticamente sono:

- il *DM 739/94*: definisce che l'infermiere concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo e alla ricerca. Lo stesso Decreto individua cinque aree di formazione specialistica tra cui l'area della salute mentale-psichiatria. Un Master articolato in moduli finalizzato all'acquisizione delle funzioni e attività professionali che un infermiere deve essere in grado di esercitare.
- il *Codice Deontologico del 1999*: regole e principi per disciplinare l'attività e il comportamento dell'infermiere. L'art. 3.1 recita: "L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze..., al fine di migliorare la sua competenza. Fonda il suo operato su conoscenze valide e aggiornate...".

Tuttavia l'aspetto normativo o

deontologico traccia una via percorribile, ma deve essere l'infermiere il protagonista attivo del proprio sviluppo professionale. La soluzione non è definire che cosa deve essere fatto, ma quali capacità sono necessarie per rispondere con competenza al ruolo che ci compete nei diversi contesti. In tema di competenza la formazione continua diventa l'elemento sostanziale. Formazione che è anche autoformazione, responsabilità professionale e sviluppo di competenze per essere in grado di determinare un beneficio nel paziente e colmare aree di conoscenza inappropriate.

Bibliografia essenziale

- AAVV. "Il ruolo dell'infermiere nell'area della salute mentale: assistenza, legislazione e nuovi percorsi di formazione. I Quaderni de L'Infermiere. FNC IPASVI, aprile 2002;
- Townsend M.C. "Diagnosi infermieristiche in psichiatria" CIC Roma, 2002;
- Gasparini E. "Riabilitazione psichiatrica e psicosociale, nuovo ruolo dell'infermiere" Tesi di Diploma Universitario Infermiere, Università degli Studi di Verona, a.a. 2000-2001;
- Benci L. "Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing" Mc Graw-Hill, 2000;

@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

24, 25 e 26 gennaio 2003

Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza

Il Consiglio Direttivo

Presidente

Fanchin Gianmaria

Vicepresidente

Soardi Angela

Tesoriera

Pernechele Maria Teresa

Segretaria

Dal Degan Sonia

Consiglieri

Antonello Sr Prima

Bottega Andrea

Cariolato Massimo

Casarotto Monica

Germani Patrizia

Pagiusco Gaetana

Ramon Nadia

Sarzo Paola

Simonetto Monica

I Revisori dei Conti

Dal Cengio Gianpietro, *Presidente*

Bortolamei Bruna, *M. effettivo*

Donà Luigi, *M. effettivo*

Artuso Luciana, *M. supplente*

Bilancio di un triennio

Eccoci qua, dopo tre anni di lavoro è arrivato il momento di tirare le somme e guardare al futuro.

Il 24, 25 e 26 gennaio (venerdì, sabato e domenica), presso la Scuola per Operatori Sanitari dell'Ospedale di Vicenza, si ripeterà il rito delle elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti del Collegio IPASVI di Vicenza.

Nella stessa sede, il giorno dell'apertura del seggio elettorale, il Consiglio Direttivo uscente è lieto di offrire ai propri iscritti un piccolo momento formativo sul tema dell'*inserimento delle figure di supporto attraverso l'applicazione di un modello organizzativo che consenta all'infermiere di mantenere il governo clinico dell'assistenza infermieristica*. L'incontro si svolgerà venerdì 24 gennaio dalle ore 14.00 alle ore 16.00.

Prima di lasciarvi alle relazioni del Convegno, vogliamo ricordarvi, in estrema sintesi, ciò che è stato fatto in questo triennio dal Direttivo IPASVI di Vicenza.

Aggiornamento professionale

Nell'era pre-ECM il Collegio IPASVI di Vicenza è riuscito ad organizzare numerosi eventi formativi di indubbia qualità.

Con l'ECM molte cose sono cambiate: il ruolo che il Ministero della Salute attribuisce ad Ordini e Collegi si stacca completamente da quello a cui eravamo abituati, e cioè quello di organizzatore di eventi formativi (provider). L'attuale indirizzo della Commissione Nazionale ECM è quello di chiedere ai massimi rappresentanti delle professioni sanitarie di partecipare alla definizione dei bisogni formativi e di accreditare e certificare i professionisti stessi, escludendo di fatto il ruolo di provider.

La normativa non ancora completa e questa situazione di instabilità hanno perciò portato molti Collegi provinciali, come quello di Vicenza, ad attendere delucidazioni in materia di aggiornamento professionale.

Consulenza agli iscritti

Alcuni consiglieri si sono dedicati a rispondere ai moltissimi quesiti degli iscritti, pervenuti in collegio personalmente, telefonicamente o via e-mail.

Le maggiori richieste di consulenza sono state in materia di esercizio professionale, educazione continua in medicina (ECM) e libera professione.

Informazione

In questi anni il Collegio IPASVI di Vicenza ha cercato di instaurare e solidificare un rapporto di fiducia

e trasparenza con i colleghi professionisti iscritti.

Questo è stato possibile anche grazie alla rivista "Infermieri Informati", al sito internet www.vicenzaipasvi.it e alla mailing-list "Infermieri informati News".

Altre attività istituzionali

Vi sono state attività istituzionali messe in atto dal Collegio di Vicenza di ampia visibilità: quali la rivista Infermieri Informati, la messa in atto di eventi formativi (convegni), la festa del 12 maggio, ma tutto questo è solo l'immagine di facciata del lavoro svolto dal Collegio in quanto esiste un'attività alle spalle poco evidente ma di alta intensità fatta di incontri con esponenti di altre categorie professionali, istituzioni pubbliche e private quali la regione, l'università, le case di riposo, i media,

Questa attività ha richiesto la collaborazione a progetti, la partecipazione a commissioni tecniche con gli altri Collegi IPASVI sia a livello regionale che nazionale, la collaborazione alla commissione regionale ECM, la collaborazione con Aziende ULSS e Ordini professionali (Ordine dei Medici - Società Medico Chirurgica Vicentina).

Le tematiche maggiormente affrontate sono state la riorganizzazione dell'assistenza con le figure di supporto, il corso straordinario per infermieri finalizzato al raggiungimento della laurea di 1° livello, l'attivazione del corso di Laurea specialistica di 2° livello e dei Master, l'equipollenza dei titoli del personale di supporto in un'unica categoria (l'OSS di base e specializzato), l'attivazione sul territorio regionale dell'Ospedale di Comunità, e altre ancora. Un impegno su più fronti, dove siamo stati chiamati ad affermare il ruolo importante degli infermieri con la consapevolezza che nessuna altra categoria professionale lo farà al nostro posto. In questi 3 anni sono state poste le basi su cui costruire il nostro futuro, affinché le indicazioni normative diventino situazioni concrete che consentano all'infermiere di attuare il proprio ruolo con responsabilità e autonomia.

Gianmaria Fanchin

La procedura elettorale

Quando si svolgono le elezioni?

venerdì 24 gennaio 2003 dalle ore 14.00 alle ore 20.00

sabato 25 gennaio 2003 dalle ore 9.30 alle ore 19.00

domenica 26 gennaio 2003 dalle ore 9.30 alle ore 13.00

Dove si vota?

La sede dell'unico seggio elettorale è la Scuola per Operatori Sanitari dell'Ospedale Civile di Vicenza.

Chi è chiamato a votare?

Tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza hanno diritto di esprimere il loro voto.

Chi sono gli eleggibili?

Tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza sono eleggibili.

La propria candidatura può essere presentata in qualsiasi momento fino al giorno stesso delle elezioni, ma nella sede del seggio elettorale verranno esposti solo i nominativi pervenuti in Collegio entro il 17 gennaio 2003.

Come si vota?

La scheda elettorale che vi verrà consegnata, previa presentazione di un documento di identità, è divisa in due sezioni, per il rinnovo rispettivamente del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti.

Nella scheda elettorale si possono esprimere fino ad un massimo di 15 preferenze per il Consiglio Direttivo e 4 preferenze per i Revisori dei Conti.

Infermiere in Direzione Strategica

Intervista ad una infermiera dirigente

Negli ultimi anni la professione infermieristica, come tutte le professioni sanitarie, ha avuto un evidente e significativo sviluppo. Se lo Stato italiano ha ritenuto di inserire la figura dell'infermiere, esperto nel dirigere i servizi di assistenza infermieristica e di supporto, nelle direzioni strategiche aziendali, è perché considera importante il contributo che esso può dare nell'elaborazione delle strategie organizzative.

Nel 1995, in ottemperanza ad una normativa regionale (Legge n. 56/94), la Direzione dell'ospedale San Bortolo, ha dato l'incarico a degli infermieri di trasformare l'Ufficio Turni in Ufficio Infermieristico. Inizialmente sono state assegnate tre unità che da subito cominciarono ad occuparsi dell'organizzazione ospedaliera e della direzione dell'ufficio. Successivamente sono state delineate nuove aree quali quella territoriale, della formazione e della ricerca, per le quali sono state incaricate nuove unità infermieristiche. Si è così creato un team di infermieri di diverso livello, ognuno con la propria area di intervento, che si fa carico delle attività del e per il personale.

La Dirigenza Infermieristica in Italia esiste dal 1964, grazie al DPR del 24 maggio 1964, n. 755 che istituisce presso l'università "La Sapienza" di Roma la prima Scuola diretta a fini speciali per dirigenti dell'assistenza infermieristica (D.A.I.)

L'art. 7 della legge del 10 agosto 2000, n. 251 stabilisce: [...] Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio [...]. Finalmente una normativa che formalmente riconosce la dirigenza infermieristica. La Legge 251/00 permette l'accesso alla nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario. A questa figura sono attribuite le responsabilità e la gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni, sia nell'aspetto ordinario e tecnico, sia in quello formativo e informativo, strategico e di sviluppo. La novità della normativa sta nella logica della multiprofessionalità che consente la trasversalità dei rapporti tra i componenti del Collegio di Direzione Strategica (Riforma sanitaria ter, Dlgs 229/99). Il Dirigente Infermieristico si pone al fianco del Dirigente Medico, quale componente specialistica a servizio dell'intera struttura per collaborare e condividere la mission aziendale.

Ho scelto di intervistare la signora Sonia Martin perché rappresenta un esempio significativo di carriera infermieristica iniziata dal livello base fino ad arrivare al vertice della carriera senza per questo dover rinunciare ad una vita privata densa di soddisfazioni.

Nel 1982, a 19 anni, Sonia consegue il diploma di infermiera professionale, dopo il biennio di scuola superiore e inizia la sua attività di Infermiera Professionale presso la Chirurgia II donne all'ospedale San Bortolo, dove si svilupperà la sua carriera. Nel 1986 consegue il diploma di maturità frequentando una scuola serale, dopo il turno di lavoro. Dopo i primi tre anni di attività di reparto viene trasferita presso la Scuola per Infermieri Professionali, superando una selezione interna. Inizia a 23 anni l'attività didattica come monitrice, segue gli allievi nelle attività scolastiche e di tirocinio. Contestualmente all'attività di monitrice consegue il titolo di Caposala, un requisito necessario per poter continuare l'attività didattica. Nel 1992, a 29 anni, dopo aver superato brillantemente un concorso di selezione, riesce ad iscriversi al corso per Dirigenti Docenti di Scienze Infermieristiche (DDSI) all'Università di Padova. Utilizzando periodi di aspettativa, riesce a frequentare le lezioni e sostenere i 23 esami che il piano di studi prevede e nei periodi liberi dall'impegno di studio, Sonia torna a svolgere l'attività di corsia in Medicina Generale, un ritorno piacevolissimo. A 34 anni vince un concorso per Caposala e inizia l'attività di coordinamento presso l'U.O. di Pronto Soccorso. Riesce a terminare tutti gli esami e nel 1996 acquisisce il titolo di DDSI. Dopo il conseguimento del diploma vince un concorso pubblico aziendale e assume il ruolo di Capo dei Servizi Sanitari Ausiliari.

DDSI un punto d'arrivo nella carriera infermieristica?

No, certamente il percorso che ho fatto è stato lungo ed intenso, non privo di soddisfazioni, ma non voglio fermarmi qui. Infatti,

non convinta dell'equipollenza dei titoli e in considerazione dei crediti universitari riconosciuti, quest'anno a marzo, con la revisione della tesi discussa per il titolo di Dirigente, ho conseguito anche la Laurea Infermiere. Questo perché voglio avere la certezza di poter accedere in futuro ai corsi di specializzazione previsti, ma non ancora attivati.

Ora sono inquadrata come Capo dei Servizi Sanitari Ausiliari ovvero Operatore Professionale Esperto livello DS, ottenuto con un concorso pubblico.

Sei stata inserita in Ufficio Infermieristico nello stesso periodo in cui veniva formalmente istituito, il tuo ruolo qual è stato?

L'Ufficio Infermieristico esiste grazie all'adempimento di una normativa regionale (la n. 56/94) in realtà dovrebbe portare il nome di Servizio Infermieristico, ma su questo stiamo lavorando. Prima era solo un Ufficio Turni, gestito da due caposala incaricati di organizzare il personale. Dopo il pensionamento di uno dei due colleghi siamo state incaricate Francesca Gugliemi, quale Responsabile dell'Ufficio Infermieristico ed io per l'organizzazione del personale ospedaliero e del presidio di Noventa. Per un anno abbiamo cercato di riorganizzare l'Ufficio poi, mentre l'evoluzione produceva i suoi cambiamenti mi sono assentata dal lavoro per maternità e così a 37 anni sono diventata mamma, è nato Mario. Al mio rientro ho trovato un nuovo responsabile dell'Ufficio, Marisa Padovan e nuovi collaboratori; sono state delineate nuove aree di intervento, quella territoriale, della formazione e della ricerca. Sono stata incaricata di occupar-

mi dell'area della formazione. Recentemente occupo un ufficio privo di porta (aspetto da non trascurare), mi avvalgo della collaborazione di una caposala e di un impiegato amministrativo che mi aiutano nelle attività organizzative, burocratiche e amministrative. Inizialmente era stato fissato un orario durante il quale il personale poteva accedere a questo ufficio, poi mi sono resa conto che, data la poca disponibilità di tempo dei miei colleghi, questo limite creava un disservizio, abbiamo così deciso di lasciare libero l'accesso agli interessati, anche se qualche volta la concentrazione viene meno e il lavoro mi risulta rallentato.

Vuoi spiegarci in cosa consiste la tua attività?

Innanzitutto facciamo l'analisi dei bisogni formativi, che nascono da applicazioni normative, per esempio la legge n. 626/94 inerente alle disposizioni in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, oppure in seguito alla riorganizzazione di un servizio o di una unità operativa, da situazioni critiche segnalate o che emergono. L'interlocutore privilegiato è sicuramente il collega che si occupa delle altre aree di organizzazione ospedaliera e territoriale, ma anche i Caposala, i Coordinatori e i Responsabili di Dipartimento. Una volta individuato il bisogno formativo progettiamo gli interventi proponendo corsi, dimostrazioni, informazione, prove e simulazioni. Il nostro ufficio non dispone direttamente di un budget, ad esso vengono assegnate delle risorse economiche dal fondo per la formazione collettiva aziendale, gestita da un dirigente amministrativo. È a nostra discrezione la scelta del

centro di formazione o del docente da incaricare, la modalità di svolgimento del corso, la scelta del destinatario dell'evento.

Le nostre scelte sono sempre orientate all'ottimizzazione e alla valorizzazione delle risorse interne, sia in termini di risorsa umana che materiale. Cerchiamo di utilizzare le sedi aziendali, i docenti vengono scelti anche tra il personale che dimostra di possederne i requisiti, la capacità, la competenza e la conoscenza nella materia che intendiamo trattare, favorendo quindi anche un certo risparmio economico. Lavoriamo per progetti, programmiamo annualmente i corsi obbligatori e stabiliti dalla legge, per tutto il personale aziendale, cerchiamo di inserire nei corsi anche temi che nascono dai bisogni e dalle richieste del personale. Da oltre un anno dedichiamo molto lavoro per organizzare la formazione e l'addestramento di tutto il personale in caso di incendio o calamità, in collaborazione con il responsabile della sicurezza, prevenzione e protezione; ci occupiamo di individuare e vigilare le vie di fuga, verificare l'adeguatezza degli impianti antincendio e di applicare tutte le altre procedure previste.

L'altro impegno importante di cui l'area della formazione si sta facendo carico in quest'ultimo anno riguarda l'Educazione Continua in Medicina. Il nostro intento è quello di garantire a tutti i dipendenti almeno il 50% del minimo dei crediti previsti, soprattutto per evitare la fuga degli infermieri in un momento di crisi del personale.

La collaborazione, la partecipazione, il gradimento dei destinatari dei corsi o delle iniziative sono indicatori

di verifica e ingredienti indispensabili per la buona riuscita dell'evento formativo. Riscontri interesse da parte dei colleghi?

Certo la partecipazione attiva ed interessata dei destinatari è basilare per raggiungere gli obiettivi dei momenti formativi. Un grosso aiuto viene dal fatto che, dato il mio lungo percorso formativo svolto quasi esclusivamente in ambito ospedaliero o presso la scuola infermieri, ho potuto conoscere tanti colleghi, che ora collaborano con me, con i quali ho potuto instaurare un rapporto di lavoro e di amicizia. La fiducia e la stima reciproche, che si sono instaurate con i colleghi delle Unità Operative, hanno permesso di superare alcuni ostacoli e accelerare alcuni passaggi organizzativi. Altre volte questo rapporto mi ha messo in difficoltà per il ruolo che ricopro e per non sembrare parziale necessariamente devo esplicitare i criteri che mi portano ad effettuare le scelte.

Dai colleghi Caposala, abbiamo la massima disponibilità a collaborare, riceviamo consenso e gratificazione, lo dimostrano le numerose presenze in aula, le segnalazioni e il numero di richieste che provengono al nostro ufficio. Sono loro in effetti che si occupano di gestire gli orari degli infermieri in modo da farli partecipare numerosi e motivati.

Quando organizziamo corsi trasversali ai quali possono partecipare sia il personale del comparto sia quello medico (per esempio sul tema della terapia del dolore, o corsi obbligatori per la sicurezza), il rapporto con gli altri dirigenti è sempre di collaborazione ed interscambio, ognuno con le sue competenze e professionalità.

Sei soddisfatta del lavoro che stai svolgendo, o ritieni che alcune risorse siano carenti o da rivedere?

Sì, sono soddisfatta, ho anche dei validi collaboratori, anche se qualche aspetto potrebbe essere rivisto e migliorato. Per esempio ci sono dei giorni in cui il mio telefono squilla in continuazione e quando arrivo alla fine della giornata vado a casa con la sensazione di non aver combinato nulla. In realtà il mio lavoro è anche contattare le persone in ufficio, nei reparti, nel territorio, discutere, valutare, decidere, ecco perchè non è un aspetto da trascurare l'assenza della porta. Qualche volta vorrei potermi chiudere dentro per trovare la concentrazione o fare una telefonata delicata, senza essere interrotta di continuo. Da quando l'evento ECM è entrato nel nostro programma, si è aggiunto un grosso carico di lavoro, soprattutto di tipo burocratico, un supporto informatico sarebbe quindi indispensabile.

Che cosa ti sentiresti di suggerire o raccomandare a chi volesse intraprendere la carriera infermieristica dirigenziale?

Prima di tutto darei un incoraggiamento a chi volesse incamminarsi verso questa meta, perchè è un obiettivo difficile, ma possibile. Comporta dei sacrifici, soprattutto se si vuole essere anche moglie e mamma. Ora i percorsi formativi sono diversi ma i valori ed i principi che ci guidano sono gli stessi. Svolgere l'attività di insegnamento teorico e pratico, tornare a distanza di tempo in corsia e svolgere attività infermieristiche sono stati momenti piacevoli che

hanno contribuito alla mia crescita professionale e personale. Coordinare piccoli gruppi di infermieri mi ha insegnato a gestire grandi gruppi.

Grazie alla Legge Regionale n. 56/94 esiste, insieme ad altre, l'area della formazione, inserita in un ufficio infermieristico, gestita e diretta da te come Operatore Professionale Esperto livello DS, quindi a capo dei servizi sanitari ausiliari. Hai svolto e svolgi a tutti gli effetti un'attività di dirigente, al pari del dirigente medico, senza però averne pienamente riconosciuto il titolo e senza che il vostro ufficio sia denominato "Servizio Infermieristico". La legge 251/00 riconosce formalmente la dirigenza agli infermieri e dà la possibilità alle aziende ospedaliere di attribuirne l'incarico: è cambiato qualcosa per voi dopo questa normativa?

No. Questa legge non è stata ancora applicata. Mi risultano solo un paio di realtà, quella di Trento e quella di Verona, dove è stata assegnata la dirigenza a degli infermieri. Lo Stato ha determinato delle posizioni di direzione perché ha letto nello sviluppo previsto anche per le altre professioni sanitarie, la capacità di assumere dei ruoli sempre più importanti per migliorare l'organizzazione complessiva del sistema sanitario. La legge regionale ci ha dato molte leve di governo rispetto al passato, ma il nostro intento è quello di riuscire a governare in piena autonomia l'intero processo dell'assistenza alla persona.



Nell'attesa che al più presto ogni Azienda Ospedaliera applichi la Legge 251/00, riconoscendo così l'importante contributo che la nostra professione può dare nell'intero processo organizzativo, prepariamoci quali protagonisti del nostro progetto professionale, continuando ad alimentare le conoscenze di ognuno, approfondendo nuove tematiche, facendo ricerca, lavorando in equipe in un clima di collaborazione con le figure mediche e con quelle di supporto. Prestare quotidianamente assistenza e cure infermieristiche, riconoscendone

i limiti e i pregi, è il nostro lavoro. La trasmissione e l'acquisizione di conoscenze, la capitalizzazione culturale delle esperienze e delle competenze, nel rispetto della centralità della persona, dell'umanizzazione e della personalizzazione dell'assistenza, è ciò di cui i nostri colleghi tengono in considerazione nella loro attività di organizzazione e coordinamento, difendendo, promuovendo e battendosi ogni giorno per una maggiore visibilità del nuovo ruolo che spetta all'infermiere nell'odierna e futura società.



René Magritte, *Les promenades d'Euclide*, 1955

agenda

<i>Rif. ECM</i>	<i>Titolo dell'evento</i>	<i>luogo e data</i>		<i>Informazioni</i>
4751-12209	<i>Informatizzazione in Sanità: l'infermiere tra realtà formative ed esigenze aziendali</i>	Vicenza	01-03-2003	info@nursindvicenza.it
746 - 33550	<i>Emergenza secondo triage nel territorio e in pronto soccorso</i>	Vicenza	15-02-2003	biblioteca.medica@goldnet.it
694 - 35106	<i>Intervento riabilitativo dopo lesione cerebrale d'origine traumatica o altra grave lesione cerebrale</i>	Vicenza	17-03-2003	ufficio.infermieristico@ulssvicenza.it
1746 - 34669	<i>La responsabilità giuridica in psichiatria</i>	Montecchio Maggiore (VI)	14-03-2003	c.pisoni@airon.it
433 - 32845	<i>Metodologia della ricerca infermieristica: approcci qualitativo e quantitativo</i>	Padova	06-02-2003	formazione@ceref.it
4033 - 33103	<i>Linee guida per la prevenzione delle lesioni da pressione, e la gestione delle superfici di contatto</i>	Milano	07-02-2003	abellingeri@venus.it
6666 - 32083	<i>Corso teorico pratico sul drenaggio linfatico manuale</i>	Padova	08-02-2003	lavinia.sfriso@libero.it
2539 - 33454	<i>I° corso itinerante "qualità tecnica, qualità relazionale nello specifico della dialisi"</i>	Padova	13-02-2003	corso@ante.it
1503 - 33886	<i>Venezia-mestre: città a rischio ambientale. Bioterrorismo, quale sicurezza per i cittadini?</i>	Venezia	15-02-2003	massimo.donadini@ulss12.ve.it
844 - 34153	<i>La casa come luogo di cura: metodi e strumenti per un'assistenza di qualità</i>	Verona	19-02-2003	e.zanetti@iol.it
4033 - 34535	<i>Il rischio di lesioni da pressione nell'anziano: linee guida per la prevenzione</i>	Verona	20-02-2003	abellingeri@venus.it
3796 - 35669	<i>Corso di aggiornamento per personale infermieristico-dialisi peritoneale 2003</i>	Verona	25-02-2003	paolo.cogliati@fmc-ag.com
433 - 35683	<i>I profili di assistenza: dall'evidenza al miglioramento continuo dei processi assistenziali</i>	Padova	26-02-2003	formazione@ceref.it
748 - 33057	<i>Corso di formazione in sclerosi multipla per infermieri</i>	Padova	05-03-2003	fism@aism.it
66 - 36375	<i>Assistenza respiratoria del nato extremely low-birth-weight</i>	Padova	06-03-2003	f.zacchello@pediatria.unipd.it
3422 - 32528	<i>La valutazione della volemia nel paziente critico: in sala operatoria in rianimazione</i>	Treviso	06-03-2003	segreteria@aecmar.it
3342 - 33301	<i>Gestione dei cateteri in urologia</i>	Noale (VE)	08-03-2003	giovanniolivo@libero.it
2059 - 37092	<i>L'operatore sanitario al servizio del malato terminale e della sua famiglia. Tra professione ed etica</i>	San Bonifacio (VR)	10-03-2003	sviluppo.risorse.umane@ulss20.verona.it
1503 - 37407	<i>Tentativi di suicidio in adolescenza: modelli di intervento a confronto</i>	Venezia	14-03-2003	massimo.donadini@ulss12.ve.it
3617 - 33398	<i>Il processo di sterilizzazione dei dispositivi medici in ospedale</i>	Rovigo	20-03-2003	madatape@libero.it

L'elenco completo ed aggiornato di tutti gli eventi formativi accreditati, o in fase di accreditamento, è consultabile on-line all'indirizzo <http://ecm.sanita.it>

Convocazioni del Consiglio Direttivo

45° CONVOCAZIONE: 25 LUGLIO 2002

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

Assenti: Ramon Nadia.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (6 iscrizioni, 0 cancellazioni); 3) Decreto 18 giugno 2002 del Ministero della Salute; costituzione di una Commissione Regionale di valutazione dei titoli degli infermieri stranieri non comunitari; 4) presentazione degli atti della sperimentazione fatta dal Ceref sull'inserimento del personale di supporto; 5) istituzione della Commissione Nazionale per la Medicina Alternativa, individuazione di IP referenti; 6) sentenza del ricorso al T.A.R. presentate nel 1998 relative al bando di concorso per l'appalto del servizio infermieristico a cooperative presso l'Istituto O. Trento; 7) richiesta dell'A.N.S.D.I.P.P. della nostra procedura per l'iscrizione all'albo degli infermieri stranieri non comunitari; 8) Comitato Nazionale di Bioetica: presente anche un rappresentante infermiere la Presidente Annalisa Silvestro.

46° CONVOCAZIONE: 11 SETTEMBRE 2002

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

Assenti: Germani Patrizia, Pagiusco Gaetana, Simonetto Monica.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (1 iscrizione, 1 cancellazione); 3) nomina della Commissione esami degli infermieri stranieri non comunitari (5 richieste d'esame); 4) Partecipazione dei consiglieri al XIII Congresso Nazionale Ipasvi; 5) analisi e discussione della proposta: "La riorganizzazione dell'assistenza nelle aziende sanitarie per un impiego ottimale degli infermieri e degli operatori di supporto"; 6) analisi della richiesta dell'ISE di collaborazione per il corso di preparazione all'esame di Tecnico dei Servizi sociali; 7) valutazione dei Master proposti dall'Università di Padova; 8) presentazione della "Richiesta di negazione di visto/segnalazione - proposta alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, in funzione del rinvio alla regione, ex art. 27 Cost., della legge regionale del veneto, approvata il 24 luglio 2002, in tema di "modifiche alla Legge Regionale 16.08.2002 n. 20, Figura dell'Operatore Socio - Sanitario.

47° CONVOCAZIONE: 18 SETTEMBRE 2002

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

Assenti: Germani Patrizia, Sarzo Paola, Soardi Angela.

O.D.G.: 1) comunicazioni sulla discussione avvenuta in Federazione a Roma con la Presidente Signora Silvestro sulla Legge Regionale n. 20 sull'Operatore Socio - Sanitario; 2) discussione sulla possibile candidatura del Presidente Fanchin quale rappresentante della Commissione paer ECM.

48° CONVOCAZIONE: 9 OTTOBRE 2002

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

Assenti: Bottega Andrea, Germani Patrizia, Ramon Nadia.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (3 iscrizioni, 4 cancellazioni); 3) nomina della Commissione esami degli infermieri stranieri non comunitari (4 richieste d'esame); 4) analisi e valutazione di alcune proposte formative da proporre agli iscritti con accreditamento ECM (IEMSS - Collegio di Padova); 5) presentazione dell'analisi richiesta all'avvocato Ferraro in merito alla bontà della Legge Regionale n. 17 del 9/8/02; presentazione dell'analisi richiesta all'avvocato Bottari in merito ai requisiti necessari per accedere ai Master proposti dall'Università di Padova; 6) elezioni e rinnovo del Consiglio Direttivo del Collegio Ipasvi; 7) discussione sulla iscrizione al CUP (Consulta delle Professioni).

49° CONVOCAZIONE: 12 NOVEMBRE 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: Bottega Andrea, Cariolato Massimo.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (5 iscrizioni, 4 cancellazioni); 3) nomina della Commissione esami degli infermieri stranieri non comunitari (5 richieste d'esame); 4) proposta della IEMSS per organizzare un corso di formazione; 5) proposta da parte di COMMUNITAS per ECM; organizzazione delle elezioni Consiglio Direttivo e Cassa di Previdenza; 6) Proposta di bando di concorso per tesi di laurea da proporre ai laureandi infermieri; 7) analisi del progetto CEREF, modello Zanotti per inserimento del personale di supporto.

50° CONVOCAZIONE: 2 DICEMBRE 2002

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

Assenti: Pagiusco Gaetana, Ramon Nadia, Germani Patrizia, Soardi Angela

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (43 iscrizioni, 6 cancellazioni); 3) nomina della Commissione esami degli infermieri stranieri non comunitari (4 richieste d'esame); 4) resoconto elezione del rappresentante per la Cassa di previdenza IPASVI; 5) preparazione dell'assemblea elettorale; 6) convocazione Consiglio Nazionale a Roma (8/12/2002); 7) invito del dott. Erle per una tavola rotonda sulla funzione educativa delle figure sanitarie; 8) richiesta dalla Regione Veneto di un parere in merito alla nuova legislazione sanitaria regionale.

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 1,00 € per le spese di segreteria e un francobollo (o busta pre-affrancata) 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

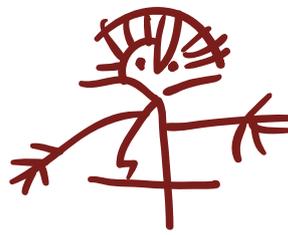
È possibile consultare la biblioteca del Collegio IPASVI di Vicenza durante gli orari di apertura al pubblico.

Collegio IPASVI di Vicenza

v.le Trieste 29/C - 36100 Vicenza

tel./fax: 0444 30 33 13

e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it



LA PICCIONAIA
I CARRARA
TEATRO ASTRA

e

Collegio
Provinciale IPASVI
di Vicenza



IPASVI

ti invitano a



Rassegna Teatrale 2002-2003 Teatro Astra di Vicenza

Il Collegio IPASVI di Vicenza ha stipulato una convenzione con la Compagnia Teatrale “La Piccionaia - I Carrara” per offrire ai propri iscritti particolari agevolazioni quali:

- ▶ possibilità di sottoscrizione dell’**abbonamento** alla stagione nella forma più agevolata tra quelle previste
- ▶ **biglietto ridotto** a tutti gli spettacoli in programma
- ▶ possibilità di usufruire del servizio “**Card&Card**”, per poter ricevere settimanalmente via e-mail molte informazioni sugli spettacoli in calendario e altri appuntamenti culturali vicentini

Per poter usufruire di questi vantaggi basta esibire la tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Vicenza al momento dell’acquisto del biglietto o dell’abbonamento.

Per informazioni:

Collegio IPASVI di Vicenza

vila Trieste 29/C

36100 Vicenza

tel/fax 0444 303313

e-mail vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

I prossimi spettacoli

Sabato 18 gennaio 2003

Agresta

LA FINE DEL MONDO

di e con Ascanio Celestini

Sabato 8 febbraio 2003

Compagnia delle Indie Occidentali

ARLECCHINO SERVITORE

DI DUE PADRONI

di Carlo Goldoni

Giovedì 20 febbraio 2003

Jole Film

STORIE DI PLASTICA

di e con Marco Paolini

Mercoledì 26 febbraio 2003

Progetti Dadaumpa

L'ULTIMO SUONATORE

con Eugenio Allegri e Banda Osiris

Sabato 8 marzo 2003

Teatro Stabile di Fiume / Artisti

Associati / Teatri SPA

LE BARUFFE CHIOZZOTTE

di Carlo Goldoni

Sabato 15 marzo 2003

Compagnia Elsinor

ROMEO E GIULIETTA

di William Shakespeare

Sabato 22 marzo 2003

La Piccionaia - I Carrara

IL SIGNOR DI POURSEGNAC

di Jean-Baptiste Molière