

Infermieri Informati

notizie dal 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

in questo numero...

Aria di casa sua... il S.O.D.I.R.

Protocollo per l'utilizzo dei
mezzi di contenzione

Piano Formativo 2004 del
Collegio IPASVI di Vicenza

Infermieri Informati

ISSN 1721-2456

quadrimestrale, anno IV - 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.

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

EDITORIALE	3	SOMMARIO	15	UNA SPERANZA PER LA VITA
IL PIANO FORMATIVO ECM DEL COLLEGIO IPASVI DI VICENZA	4		17	IL NUOVO CONTRATTO: COMMENTO TECNICO
ARIA DI CASA SUA... IL SODIR	5		19	IL SISTEMA DI PROTEZIONE IPASVI
DALLA RICERCA ALLA PRATICA CLINICA	8		20	SANATORIA CONTRIBUTIVA
CONTENERE LA CONTENZIONE	10		22	AGENDA



Con gli auguri più sinceri

Presente alla discussione delle tesi di laurea in Infermieristica, mi è capitato di volgere la mia attenzione sugli occhi dei genitori, commossi per il raggiungimento dei propri figli di una tappa importante per la loro vita personale e professionale, e non ho mancato di fare una piccola considerazione in merito.

Mi chiedevo: che ne sarà di queste nuove leve? Saranno pronti all'impatto con la realtà, con la pratica clinica quotidiana, con l'assunzione diretta di responsabilità?

A queste riflessioni personali, ho fatto maggior attenzione al contesto in cui mi trovavo: *aula universitaria per la discussione delle tesi*, circondato da tantissimi studenti preoccupati, in mezzo a tante nonne, mamme, zii, padri e fratelli in assetto da rambo fotografico. Il momento è solenne, non è possibile perderlo, lo scatto pronto per immortalare la realtà, destinata così, a non svanire mai.

Lo studente di turno scandisce parole e concetti sconosciuti ai più, il parentado non capisce ma viene immediatamente tranquillizzato dai cenni di conferma provenienti dai componenti della commissione d'esame. Dopo un po' lo studente abbandona l'ansia e procede sicuro nella discussione della sua tesi. Sta discutendo il suo lavoro, che per mesi ha rappresentato il suo punto fisso nel bene e nel male. *"questa tesi non mi piace, ma perché la devo scrivere, sono stanco ho già dato"*. Poi le cose cambiano e lo studente inizia a capire, l'obbligo diventa curiosità, discute con il relatore e lentamente vede il proprio lavoro prendere forma, la stanchezza non scompare ma la soddisfazione di fare qualcosa in risposta ad un problema assistenziale, cercando risposte scientifiche e validate, è tanta.

Con la proclamazione del Presidente della Commissione di Laurea si chiude il percorso formativo, ora è tempo di festeggiamenti: papiri, corone d'alloro, scherzi dei compagni di "viaggio", per finire con un brindisi di augurio e un accorato evviva al

dotto infermiere. Poi come al termine di una commedia, le luci della ribalta si spengono, *"Signori è giunto il momento, vado a lavorare, a contribuire per la salute dei tanti pazienti, da domani i "miei pazienti"*.

È pronto, conosce le patologie, i trattamenti terapeutici con riferimento alle più recenti linee guida internazionali, le scale di valutazione, la metodologia della ricerca, è preparato a pianificare l'assistenza. Certo, manca di esperienza, ma quella con il tempo verrà raggiunta.

Do corda ai miei pensieri, "vedo" queste nuove leve giungere nei reparti assegnati: chi medicina, altri geriatria, qualche altro in chirurgia, non ha importanza. Qualcuno afferma *"avrei preferito l'area critica, ma come prima esperienza va benissimo"*, quasi una frase di rito.

Sono molto attesi nelle realtà operative che necessitano di risorse umane, e gli infermieri sono una preziosa risorsa, per il sistema sanitario e per l'intera collettività. Sono motivati, hanno grandi potenzialità ma soprattutto l'esigenza di poterle esprimere.

Hanno un periodo difficile da affrontare, inserirsi nell'organizzazione, conoscerne i modelli e i tempi, applicare le conoscenze teoriche in un contesto reale, prendere delle decisioni, confrontarsi con altre figure sanitarie, assumersi le proprie responsabilità.

Meritano **gli auguri più sinceri**, affinché trovino le condizioni che gli consentano di poter esprimere la loro professionalità: *chiarezza* del modello professionale ed etico teso a valorizzare non solo le competenze tecniche, ma anche quelle educative e relazionali; *organizzazione* del lavoro che ha abbandonato il lavoro per compiti fine a se stesso, dove la parola d'ordine è lavorare in équipe multiprofessionale; *politica* che sviluppi l'appartenenza sia professionale che aziendale; *management* competente, capace di esercitare uno stile di leadership coinvolgente e motivante, orientato alla trasparenza e alla fiducia, che vede nel collaboratore un partner con cui percorrere un cammino, il più lungo possibile, nell'interesse reciproco.



Il Piano Formativo E.C.M.

del Collegio IPASVI di Vicenza per il primo semestre 2004

di **Gianmaria Fanchin**
Presidente Collegio
IPASVI di Vicenza

La risposta del Collegio IPASVI all'esigenza formativa dei professionisti sanitari per il 2004, secondo il progetto ECM, prevede la realizzazione di una serie di eventi accreditati, necessari per concorrere al raggiungimento dei 30 crediti previsti nell'anno. Abbiamo pensato di realizzarli non solo a Vicenza, ma anche nel territorio provinciale, in modo

tale da favorire la partecipazione di tutti gli iscritti al Collegio IPASVI agli eventi programmati.

Le tematiche individuate sono di carattere trasversale, tuttavia siamo a disposizione per eventuali vostri suggerimenti tramite mail, fax, telefono, in modo da essere sempre più puntuali nella risposta ai bisogni formativi da voi segnalati.

Data	Titolo dell'evento	Luogo	Posti disp.	Crediti ECM	Costo*	Note
13-14 febbraio 2004	La documentazione infermieristica	Vicenza Albergo S. Raffaele (Monte Berico)	80	in assegnazione	€ 70,00 con buffet	le iscrizioni vengono accettate entro il 31/01/04 (l'evento verrà ripetuto nel secondo semestre per altre 2 edizioni)
21 febbraio 2004	Comicoterapia e sorrisoterapia come strumenti per l'umanizzazione dell'assistenza infermieristica	Vicenza (sede da definire)	200	in assegnazione	€ 25,00 con buffet	le iscrizioni vengono accettate entro il 10/02/04
28 febbraio 2004	Contenere la contenzione	Montecchio Precalcino Villa Nievo Bonin	60	6	€ 25,00 con buffet	le iscrizioni vengono accettate entro il 18/02/04
13 marzo 2004	L'infermiere di Famiglia: realtà o utopia? <i>a seguire</i> Assemblea Annuale degli Iscritti	Sandriago Cinema Arena	400	3	gratuito	le iscrizioni avverranno esclusivamente in sede congressuale
24 Aprile 2004	Aspetti psicologici negli operatori dell'emergenza	Torri di Quartesolo Centro Torri Banca Intesa	300	in assegnazione	€ 30,00 con buffet	le iscrizioni vengono accettate entro il 14/04/04
29 maggio 2004	La libera professione infermieristica	Vicenza Aditorium Canetti	270	in assegnazione	€ 25,00 con buffet	le iscrizioni vengono accettate entro il 20/05/04
12 giugno 2004	Contenere la contenzione	Noventa Vicentina Teatro Modernissimo	60	6	€ 25,00 con buffet	le iscrizioni vengono accettate entro il 01/06/04

* per gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza

Per maggiori informazioni consultate il sito internet del Collegio IPASVI di Vicenza (www.vicenzaipasvi.it).

Per le iscrizioni ai corsi compilate la scheda a pagina 24 e speditela a:

Studio dott. Anna Saccardo
via Bertesina 394 - 36100 Vicenza
tel/fax: 0444 303088 - e-mail: studiosaccardo@libero.it



Aria di casa... SUA!

IL SODIR

“Cannette, ossigeno e respiratori” fanno tutto un altro effetto, se li usiamo a “casa nostra”. Grazie al Sodir (Servizio Ospedalizzazione Domiciliare Insufficienti Respiratori Cronici), già da parecchi anni questa è una realtà, a Vicenza. Il Servizio che ha il compito di promuovere e rendere possibili trattamenti con l’ossigeno e con il ventilatore a domicilio, in tanti anni di esperienza, ha accertato l’effetto terapeutico che l’ambiente familiare esercita sui pazienti.

L’Ufficio fa parte dell’Area Territoriale di Pneumotisiologia dell’Ulss n. 6 di Vicenza, con sede in Via Mure Santa Lucia, è presente con un ambulatorio medico e infermieristico anche a Noventa Vicentina e a Sandrigo.

Fin dal 1988 l’ossigeno comincia ad antrare nelle case dei pazienti con Insufficienza Respiratoria Cronica (IRC). Dal 1993 l’Unità Locale Socio Sanitaria n. 6 fa partire l’ospedalizzazione domiciliare per IRC. Entrano nelle case anche i ventilatori, che via via diventano sempre più semplici, meno ingombranti, più leggeri, apparecchi che possono essere modificati nei parametri solo da per-

sonale sanitario esperto con l’uso di uno strumento non presente al domicilio (impossibile da manomettere). Nel 1998 l’ospedalizzazione viene convertita in Assistenza Domiciliare Integrata con un profilo particolare HR per le patologie respiratorie.

L’IRC è causata per il 75% da BPCO (Broncopneumopatia cronica ostruttiva: bronchite cronica, enfisema polmonare, asma con broncostrizione irreversibile): 4° causa di morte negli Stati Uniti, l’OMS nel 2000 ha stimato 2.8 milioni di morti per BPCO, nel 1990 la BPCO era al 12° posto e nel 2020 sarà al 5°. Anche le interstiziopatie, la cifoscoliosi e le malformazioni della cassa toracica, le malattie neuromuscolari (sdr di Arnold - Chiari, atrofia muscolare spinale, distrofie muscolari, miopatie congenite, siringobulbia, poliomielite, SLA, lesioni del midollo spinale, sdr di Guillan - Barrè, distrofia tipo Duchenne, maledizione di Ondine, glicogenosi) portano ad IRC. Sono tutte patologie che determinano diversi gradi di disabilità, che sarebbe sicuramente più ingravescente e psicologicamente meno sostenibile se si verificasse durante il ricovero.

Il Servizio di ossigenoterapia domiciliare nel 2002 si è occupato di circa 450 pazienti, distribuiti sul territorio di competenza dell’ULSS n. 6 (distretto sud, distretto sud - est, distretto ovest e tutta la città): 290 pazienti erano in profilo ADI HR; 165 pazienti in OLT (ossigeno terapia a lungo termine: 16 - 18 ore al giorno di terapia). Attualmente i pazienti trattati con ventilatore meccanico invasivo (via tracheostomica) e non invasivo (con maschera nasale) da 10 a 24 ore al giorno (presumetrici o volumetrici) sono 53. Il paziente più giovane ha 3 anni, ci sono molti anziani con BPCO ma anche adulti con disturbi del sonno con apnee ricorrenti per cui necessitano di ventilatore durante la notte.

Molti studi scientifici effettuati dimostrano che l’assistenza domiciliare dei pazienti affetti da grave insufficienza respiratoria offre vantaggi rispetto alla ospedalizzazione sia in termini di qualità della vita, che di risparmio economico: riduzione del numero dei ricoveri e delle giornate di degenza. Infatti l’assistenza e le terapie specialistiche continuative sarebbero possibili solo con ripetuti e



lunghe ricoveri, tale disagio si riduce se si sposta il centro di cura a casa, inoltre viene favorita la conduzione di una normale vita sociale e offre più sicurezza di continuità assistenziale dopo la dimissione.

L'ORGANIZZAZIONE

Un unico numero di telefono consente di ricevere una risposta medica e/o infermieristica sei giorni su sette per circa 10 ore al giorno. Un unico punto di riferimento, sicuro, che consente al paziente e al suo familiare di trovare un interlocutore che conosce sia la persona sia la sua situazione clinica, e quindi di avere una risposta immediata e, molto spesso, evitando alcuni fastidiosi passaggi burocratici. Al Sodir prestano servizio quattro Pneumologi, di cui uno è il Direttore del servizio, cinque Infermiere, una Assistente Sanitaria, un Tecnico di Fisiopatologia Respiratoria e di Radiologia, un Operatore Socio Sanitario coordinati da una Infermiera Caposala e una Figura Amministrativa.

L'équipe assistenziale verifica l'idoneità dell'ambiente domiciliare a ricevere un paziente clinicamente stabilizzato, si accerta che le persone che assistono il malato siano adeguatamente preparate, motivate e supportate. Periodicamente, secondo dei protocolli stabiliti, medici e/o infermieri incontrano i pazienti nelle due diverse modalità (ambulatorio o domicilio), a seconda del grado di autosufficienza del paziente e della sua condizione sociale. Si instaura così un rapporto particolare che vede favorita la relazione: i limiti tra empatia e simpatia si confondono a casa del paziente.

La segnalazione dei pazienti può essere fatta da parte della U.O. di Pneumologia, da altre U.O. ospedaliere, dal MMG o dai Distretti. Il Medico e/o la Coordinatrice Infermieristica prendono accordi con i ri-

chiedenti, fissano un incontro durante il quale viene formulato il piano di trattamento domiciliare personalizzato, viene individuata la figura del care giver al quale si trasmettono le prime informazioni e le istruzioni necessarie. Il paziente viene visitato per la prima volta al domicilio da un medico e un'infermiera, si stabilisce chi e quando effettuerà il controllo successivo, che potrebbe essere anche il giorno stesso. Per dare continuità e sicurezza all'assistito, l'équipe assistenziale cerca di mantenere una o due figure di riferimento, sono gli stessi pazienti che affermano di sentirsi più compresi e sicuri.

RUOLO DELL'INFERMIERE

Al domicilio non c'è la sorveglianza continua come in una corsia ospedaliera, per questo il paziente e soprattutto il care giver, devono essere in grado di riconoscere tempestivamente i segni e sintomi di ogni aggravamento o riacutizzazione della malattia, quindi avvisare i sanitari competenti (Medico di Famiglia, SUEM, ADI HR). L'educazione sanitaria è l'aspetto professionale più significativo di tutto il processo assistenziale domiciliare infermieristico. Ottenere buoni risultati da un intervento educativo, rivolto spesso a care giver anziani o stranieri (badanti) è difficile a causa delle scarse capacità personali, del coinvolgimento emotivo dei familiari. Per l'infermiere però è anche l'occasione per esprimere la propria professionalità, applicare e trasmettere le conoscenze, le capacità e le abilità acquisite, e anche riconoscere i propri limiti.

Accertarsi che le informazioni siano state trasmesse correttamente, che i comportamenti da adottare e gli aspetti che devono essere continuamente valutati siano stati recepiti e vengano attuati sempre, è la funzione più importante dell'infermiere al fine di non compromettere l'esito della

cura e per garantire la sicurezza del paziente (doppio ventilatore, manutenzione programmata, materiale per ventilazione esterna, bombole di ossigeno di emergenza, segnalazione all'Enel di uso di apparecchiature medicali salvavita, ecc.). Per questo si dedica molto tempo al dialogo, si individua il linguaggio più appropriato, si cerca di instaurare un rapporto di fiducia utile al fine di ottenere la condivisione del piano terapeutico, l'alleanza e la collaborazione. Ad ogni controllo gli infermieri aggiornano il diario settimanale, osservano i comportamenti, stabiliscono se è necessario rinforzare alcuni concetti, modificare dei comportamenti o porre nuove attenzioni. Per esempio si verifica il corretto impiego dell'ossigeno, la gestione in sicurezza dei contenitori, degli umidificatori e dei circuiti, l'assunzione efficace delle terapie con farmaci inalatori, di terapie antibiotiche e/o cortisoniche. Periodicamente si verificano inoltre le medicazioni delle tracheostomie, le tecniche di aspirazione, la cura e l'igiene dei materiali.



La chambre de Van Gogh à Arles - 1889



Con il prezioso aiuto di due volontarie, le infermiere del servizio offrono assistenza al paziente durante le visite mediche in ambulatorio (pneumologico, allergologico, patologie del sonno, ossigenoterapia) e una volta la settimana gestiscono l'ambulatorio infermieristico: i pazienti che sono in grado di muoversi in autonomia si recano presso la sede ogni 30/40 giorni per il controllo periodico.

STRUMENTI DI LAVORO

Oltre alla cartella clinica l'equipe assistenziale si è dotata di uno strumento: il DIARIO SETTIMANALE. Consegnato ad ogni paziente, ha lo scopo di aiutarlo a tenere sotto controllo il suo stato di salute.

Ad ogni nuovo assistito viene data una guida per la compilazione del diario settimanale contenente anche alcune informazioni quali: consigli igienici ed alimentari, l'elenco di alcuni sintomi importanti da conoscere, alcune regole generali da osservare nel programma di cura, le indicazioni

comportamentali in caso di necessità, uno schema giornaliero che registra l'andamento della malattia e le cure seguite. Il diario serve ad ogni controllo ambulatoriale o domiciliare, per i ricoveri ospedalieri, per il MMG, per le situazioni di emergenza. Lo compila il paziente stesso o il care giver, il medico e/o l'infermiere ad ogni accesso o controllo ambulatoriale.

Una volta stabilito, con il coordinatore, quali e quanti pazienti visitare il giorno successivo (circa quattro o cinque per turno), l'infermiere avvisa telefonicamente gli interessati, prepara la sua borsa contenente il necessario per la rilevazione della saturazione dell'emoglobina transcutanea, per l'esecuzione e il trasporto del capillare o dell'emogasanalisi, l'apparecchio della pressione, farmaci per le riacutizzazioni, ecc., aggiorna le cartelle cliniche che porta con sé durante le visite. Si reca a casa dei pazienti con l'automobile di servizio; indossa una divisa con pantaloni blu e maglietta bianca sulla quale sono riportate le sigle di riconoscimento del SODIR. Ad ogni controllo fa una anamnesi dell'ultimo mese, o settimana a seconda della frequenza degli accessi stabiliti, raccoglie le informazioni relative a modificazioni o nuove manifestazioni quali: febbre, tosse, escreato, dispnea, cianosi, diuresi, peso corporeo, insonnia, sonnolenza, cefalea, tremori, palpitazioni. Viene rilevata la PAO, FC, FR, satHbO₂, in base a questo valore ed alle condizioni del paziente si esegue un prelievo capillare per la determinazione del Ph, PsCO₂, PsO₂, saturazione Hb.

Al suo rientro in sede riferisce al medico per le considerazioni del caso.

IL VOLONTARIATO

In collaborazione con il Sodir opera l'ALIR: Associazione per la Lotta contro l'Insufficienza Respiratoria. È una associazione di volontari presente su tutto il territorio nazionale costituita

da pazienti, famigliari, operatori e amministratori sanitari e tutte le persone interessate ai problemi della salute respiratoria. Attraverso la collaborazione dell'associazione vengono promosse diverse iniziative aventi lo scopo di sensibilizzare l'opinione pubblica generale e quella degli amministratori della sanità in particolare su prevenzione, diagnosi precoce e cura delle malattie polmonari. Ogni anno a fine maggio viene organizzata la Giornata del respiro. Vengono inoltre proposti eventi teatrali e musicali per la raccolta dei fondi necessari per sostenere le iniziative a favore dei pazienti.

Tra le varie attività è particolarmente interessante quella relativa alle vacanze protette, che permettono ai pazienti e ai loro famigliari di trascorrere un periodo di vacanza in luoghi di villeggiatura avendo comunque garantita l'assistenza di cui necessitano. Infatti ai soggiorni partecipano attivamente e volontariamente alcuni operatori del SODIR (medici, infermieri, tecnici della riabilitazione, psicologo) che fanno parte dell'ALIR. Vengono utilizzati alberghi nei quali ogni camera è provvista di bombola di ossigeno, e il cui rifornimento è garantito dalla ditta fornitrice come se fosse a domicilio. È possibile usufruire di questo servizio anche per soggiorni all'estero. Il soggiorno estivo è un momento di serenità ma nello stesso tempo è un'occasione di aggregazione nella quale condividere comuni problemi e cercare soluzioni scambiandosi informazioni anche in merito all'educazione sanitaria: tecniche per la somministrazione della terapia, correzione delle abitudini comportamentali, aspetti della sicurezza e della riabilitazione fisioterapica.

Comunque è un'opportunità importante per questi pazienti e per i loro famigliari altrimenti costretti ad una vita "rinchiusa" tra le mura domestiche.



Dalla ricerca alla pratica clinica

Efficacia della soluzione eparinata e della fisiologica nel mantenimento dei cateteri venosi periferici

di **Giovanni Sartori**

Infermiere Pronto
Soccorso ULSS 4 - Schio

Esempio di studio comparativo non randomizzato in doppio cieco

Barrett e Lester (1990), dovendo uniformare alcune procedure nel loro ospedale, notarono che il lavaggio dei cateteri venosi periferici al termine dell'infusione (in attesa della successiva, che poteva essere applicata dopo qualche ora o il giorno seguente) era eseguito in alcuni reparti con soluzione eparinata, in altri solo con fisiologica.

Organizzarono dunque una sperimentazione preparando due fiale identiche: una contenente fisiologica eparinata (10 u/ml), l'altra solo soluzione salina. Gli infermieri che eseguivano i lavaggi registravano tutti i pazienti a cui era stato inserito il cateterino venoso e il motivo della sua rimozione, ma ignoravano il contenuto delle fiale. Dopo un mese il reparto che aveva usato fisiologica ricevette fiale di soluzione eparinata, l'altro che aveva usato soluzione eparinata, fiale con fisiologica.

L'aver incrociato i trattamenti (crossover) ha permesso di distribuire tra i due gruppi gli effetti legati al singolo contesto che potevano influire sul numero di occlusioni. Ad esempio, in un reparto i farmaci infusi potevano essere particolarmente irritanti, o gli infermieri "maldestri", o i pazienti più anziani e con vene particolarmente "brutte".

Il numero di cateteri rimossi perché occlusi risultò simile tra i due trattamenti. Si raccomandò così di utilizzare semplice fisiologica perché meno rischiosa per il

paziente e meno costosa (sia per il tempo-infermiere che per il consumo di eparina).

Leggere in modo critico un report di ricerca

La ricerca è importante per migliorare le conoscenze che possono essere applicate all'assistenza. Sulla base di questo esempio è possibile affermare che i risultati della ricerca possono esercitare un effetto diretto di cambiamento della pratica e della consuetudine. Tuttavia, anche se i risultati della ricerca vanno diffusi ed applicati, va posta molta attenzione alla metodologia utilizzata nello studio e al significato dei risultati prodotti. Non si deve cioè cedere alle suggestioni che un report di ricerca può generare, per non assegnare significati errati o non adeguati alle evidenze empiriche prodotte.

Possono essere molte le cause di errore nella ricerca: campione non adeguato, misure non accurate, dati non rappresentativi, osservazioni non accurate, comparazione tra dati non omogenei, generalizzazione su pochi dati, non riconoscimento di fattori importanti, confusione tra casualità e correlazioni, manipolazione per supportare ipotesi, alterazioni per pregiudizio, vizi di metodo. Saper valutare il valore scientifico di uno studio richiede dunque grande capacità, competenza e conoscenza metodologica. Un valido aiuto in questo senso può venire dalla rivista Evidence Based Nursing (consultabile presso la biblioteca aziendale dell'ULSS 6) che ha come obiettivo quello



di facilitare l'accesso degli infermieri alla migliore ricerca e di aiutare loro ad applicare i risultati degli studi nella pratica. Si avvale dell'ausilio di commentatori che, dopo una lettura critica dei lavori pubblicati su riviste autorevoli, commentano il metodo di lavoro, la correttezza dell'interpretazione dei risultati e la loro generalizzabilità, valere a dire se, e come, è possibile adottare i risultati della ricerca nella pratica clinica.

Revisione bibliografica

Per avvalorare le raccomandazioni dello studio di Barrett e Lester si è svolta una piccola revisione bibliografica sull'argomento che ha incluso 9 sperimentazioni cliniche, 1 studio quasi-sperimentale, e 3 meta-analisi (revisioni sistematiche di studi). Gli articoli sono stati ricercati su PubMed attraverso le parole chiave "heparin", "saline flush" e "intravenous site".

I risultati di 4 sperimentazioni^{1,2,4,12} e di uno studio quasi-sperimentale¹⁴, confermati da due meta-analisi^{5,9}, dimostrano che il lavaggio intermittente dei cateteri venosi periferici con soluzione eparinata (10u/ml) non offra maggiori vantaggi dell'uso della fisiologica, relativamente al mantenimento della pervietà dell'ago e alla prevenzione delle flebiti.

Due studi^{6,7} che hanno confrontato soluzione eparinata (100u/ml) con soluzione salina, non hanno notato differenze significative sulla durata della pervietà del cateterino venoso, ma non hanno potuto escludere con

certezza differenze sull'incidenza di flebiti. La somministrazione di penicillina, cefalosporina e clindamicina, da sole o associate, era significativamente legata allo sviluppo di flebiti in entrambi i gruppi di trattamento⁶.

Uno studio¹⁵ svolto in ambito pediatrico, ha verificato come l'aggiunta di eparina a basse dosi (1u/ml) alla soluzione da infondere fosse efficace nel prolungare la pervietà del cateterino, un secondo studio ha riscontrato una riduzione nell'incidenza di flebiti¹³; viceversa, un altro trial clinico³ non ha rilevato benefici da questo tipo di trattamento.

In conclusione, l'impiego di 1u/ml di eparina in soluzione continua sembra prolungare la vita del cateterino venoso periferico, ma questo intervento necessita di ulteriori studi.

L'uso di soluzione con 100u/ml di eparina per i lavaggi intermittenti dell'ago richiede maggiore valutazione.

Le evidenze oggi disponibili suggeriscono che i lavaggi intermittenti con soluzione eparinata contenente 10u/ml non siano più efficaci della soluzione fisiologica nel mantenimento dei cateteri venosi periferici¹⁰.

Bibliografia

1. Ashton J, Gibson V, Summers S. Effects of heparin versus saline solution on intermittent infusion device irrigation. *Heart Lung* 1990; 19: 608-12
2. Barrett PJ, Lester RL. Heparin versus saline flushing solutions in a small community hospital. *Hosp Pharm* 1990; 25(2): 115-8
3. Daniell HW. Heparin in the prevention of infusion phlebitis. A double blind controlled study. *JAMA* 1973; 226: 1317-21

4. Epperson EL. Efficacy of 0.9% sodium chloride injection with and without heparin for maintaining indwelling intermittent injection sites. *Clin Pharm* 1984; 3:626-9
5. Goode CJ, Titler M, Rakel B, Ones DS, Small S et al. A meta-analysis of effects of heparin flush and saline flush: quality and cost implications. *Nurs Res* 1991; 40:324-30
6. Hamilton RA, Plis JM, Clay C, Sylvan L. Heparin sodium versus 0.9% sodium chloride injection for maintaining patency of indwelling intermittent infusion devices. *Clin Pharm* 1998; 7: 439-43
7. Meyer BA, Little CJ, Thorp JA, Cohen GR, Yeast JD. Heparin versus normal saline as a peripheral line flush in maintenance of intermittent intravenous lines in obstetric patients. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 433-6
8. Palese A. Dove leggere le evidenze scientifiche per il nursing? Alcuni suggerimenti. *Assistenza infermieristica e ricerca*. 2000; 19(1): 66-9
9. Peterson FY & Kirchoff KT. Analysis of the research about heparinized versus nonheparinized intravascular lines. *Heart Lung* 1991; 20:631-40
10. Randolph AG, Cook DJ, Gonzales CA, Andrew M. Benefit of heparin in peripheral venous and arterial catheters: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 1998; 316(7136): 969-75
11. Redazione, a cura della. Monografia speciale ricerca. *Rivista dell'infermiere*. 1998; 17(1)
12. Shoaf J & Oliver S. Efficacy of normal saline injection with and without heparin for maintaining intravenous site. *Appl Nurs Res* 1992; 5: 9-12
13. Tanner WA, Delaney PV, Hennessy TP. The influence of heparin on intravenous infusions: a prospective study. *Br J Surg* 1980; 67: 311-2
14. Tuten SH, Gueldner SH. Efficacy of sodium chloride versus diluite heparin for maintenance of peripheral intermittent intravenous devices. *Appl Nurs Res* 1991; 4:63-71
15. Wright A, Hecker J, McDonald G. Effects of low-dose heparin on failure of intravenous in children. *Heart Lung* 1995; 24: 79-82
16. Zanotti R. Leggere in modo critico un articolo o un report di ricerca: criteri per la valutazione del valore scientifico di uno studio. *Nursing Oggi*. 1996 (2): 11-7

@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



Contenere la contenzione

Esempio di protocollo per l'utilizzo dei mezzi di contenzione in un Istituto per Anziani

introduzione a cura di
Paola Sarzo
Infermiera IPAB Proti-
Salvi-Trento - Vicenza

Il recente corso di formazione sull'utilizzo dei mezzi di contenzione (apprezzato da molti colleghi e per questo motivo già riprogrammato per l'anno prossimo) aveva come obiettivi:

- ✓ acquisire maggiore coscienza e conoscenza sulla problematica della contenzione;
- ✓ acquisire maggiori conoscenze tecniche sulle diverse tipologie di contenzione attualmente usate.

I colleghi relatori in questo senso ci hanno lasciato un contributo importante, pienamente in linea con quanto il CODICE DEONTOLOGICO dell'infermiere afferma nell'articolo 4.10:

“L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato e non metodica abituale di accadimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali”.

L'attualità di questo tema può essere confermata da tutti gli infermieri che operino nelle Unità Operative di Geriatria, Psichiatria, nelle R.S.A. e Case di Riposo; in questi contesti la presenza di anziani affetti da demenza arriva al 50%, dato che

da solo può far capire quanto l'eventualità di “contenere” possa essere frequente se non si affronta il problema con attenzione e competenza.

Un esempio di strumento di lavoro, nato dal bisogno di tutelare gli utenti e noi stessi dalle conseguenze a volte molto gravi di un uso inadeguato della contenzione, può essere questo “PROTOCOLLO PER L'UTILIZZO DEI MEZZI DI CONTENZIONE IN ISTITUTO”, realizzato dalla coordinatrice sanitaria, dott.ssa Gigliola Olini, con l'equipe sanitaria dell'IPAB PROTISALVI-TENTO di Vicenza. Attualmente è in uso nei reparti ed R.S.A. dell'IPAB e, nonostante alcune inevitabili difficoltà di applicazione, dimostra la sua validità anche per il solo fatto di invitare i professionisti a rivalutare continuamente le soluzioni assistenziali scelte, al fine di adattarle alla realtà in divenire degli utenti stessi.

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza ha apprezzato il lavoro, ritenendo di poterne condividere con i colleghi i contenuti.

Lo proponiamo quindi come momento di riflessione, augurandoci che realmente non si possa più dare per scontato ciò che, in ogni caso, è un limite alla libertà delle persone la cui cura ci viene affidata.



PROTOCOLLO

PER L'UTILIZZO DEI MEZZI DI CONTENZIONE IN ISTITUTO

Prima parte - Considerazioni generali

Definizione di contenzione e mezzi di contenzione

La **contenzione** è quel metodo o tecnica di limitazione della libertà di movimento di un soggetto **attuata con mezzi fisici e farmacologici** (psicofarmaci, specie antipsicotici), molto spesso senza il consenso esplicito dell'interessato.

Sono definiti mezzi di contenzione fisici e meccanici i dispositivi applicati al corpo e nello spazio circostante la persona per limitarne la libertà di movimento volontario.

La contenzione e la tutela dei diritti soggettivi

La contenzione incide in modo rilevante sulla disponibilità di alcuni diritti soggettivi ampiamente tutelati dall'ordinamento giuridico, quali la libertà ed incolumità personale.

Tali diritti, definiti "personalissimi" non possono essere limitati se non parzialmente e con il consenso attuale e persistente dell'interessato (vedi art. 13 Cost.: "la libertà personale è inviolabile. ... non è ammessa restrizione della libertà personale se non ... nei casi e modi previsti dalla legge"; e art. 5 c.c.: "gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica").

L'applicazione del mezzo di contenzione incontra piena giustificazione giuridica quando si traduce in un trattamento terapeutico o preventivo finalizzato al perseguimento della tutela della salute definita dall'art. 32 della Costituzione come "diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività".

La partecipazione cosciente del soggetto al trattamento contenitivo, mediante la percezione, comprensione e condivisione del significato terapeutico dell'in-

tervento, consente la piena realizzazione delle finalità costituzionali. In caso contrario il trattamento potrebbe mutarsi in un'imposizione di vantaggi e fastidi.

Purtroppo, però, non sempre l'anziano bisognoso di intervento contenitivo è capace di intendere e di volere.

Problematiche della contenzione

Il problema della contenzione è molto complesso, riguarda prevalentemente disabili fisici e/o psichici e fra questi i soggetti più a rischio sono anziani.

Per quanto riguarda gli **aspetti di rilievo giuridico**, abusando della contenzione si può incorrere nei reati di limitazione delle libertà individuali, maltrattamento, fino all'ipotesi del sequestro di persona. Viceversa, se la contenzione non è predisposta nei casi dovuti, si può incorrere nella negligenza, nell'omissione di soccorso, fino all'abbandono di incapace.

Il sanitario inoltre è coinvolto da **problemi deontologici** che riguardano il rispetto della dignità della persona per ogni atto medico. Non esistono deroghe a tale principio, se non per tutelare un bene superiore che è la salute del paziente. Pertanto è doveroso accertare dapprima quali sono le necessità terapeutiche del paziente, se derivano concreti benefici dal suo contenimento, e ottenere dove possibile il consenso informato.

Motivi clinici del contenimento

Il ricorso frequente alla contenzione fisica, indipendentemente dall'ambiente in cui si pratica, ospedale o istituto di cura, aumenta sistematicamente in relazione all'età del paziente e alla severità del danno cognitivo.

Inoltre la contenzione praticata in geriatria, a differenza di quella psichiatrica, tende a diventare permanente: infatti in psichiatria la contenzione è legata alla necessità di somministrare farmaci che in breve tempo



sedino una crisi di aggressività o di autolesionismo.

Con riguardo all'anziano istituzionalizzato, lo sradicamento dal contesto socioculturale e familiare abituale, la variazione delle abitudini, degli orari, della localizzazione della camera e dei servizi incidono sull'aggressività verbale e fisica dell'anziano. L'istituzionalizzazione, inoltre, incide in modo rilevante sulla privacy, nonché sulla percezione neurosensoriale, facendo insorgere nell'anziano fragile, con ridotta forza fisica e scarsa incidenza sociale, sentimenti di inadeguatezza.

La necessità di esagerata sorveglianza è una delle motivazioni più frequentemente addotte come causa dell'uso della contenzione, anche se spesso si è dimostrata inefficace nel gestire l'aggressività, la confusione mentale e i comportamenti disturbanti che, non di rado, crescono con la contenzione.

Peraltro, l'uso del mezzo di contenzione non riduce necessariamente l'incidenza di cadute pericolose, anzi può talvolta accentuarne gli esiti con tentativi di fuga e di liberazione.

È opportuno precisare che la contenzione è assolutamente antitetica all'idea geriatrica dell'attivazione e del recupero, anzi se mal utilizzata è una tecnica culturalmente antigieriatrica; peraltro gravi conseguenze dannose sia fisiche che psichiche possono derivare alla contenzione incauta, mal posta o protratta per tempi troppo lunghi.

Non può essere trascurato, infine, che le tecniche di contenzione sono quasi del tutto sconosciute in alcune Nazioni particolarmente evolute dal punto di vista dell'organizzazione sanitaria, quali la Danimarca e la Svezia. Negli Stati Uniti, invece, a partire dalla seconda metà degli anni '80 sono state introdotte una serie di regole e linee guida per limitare il più possibile l'uso della contenzione e la somministrazione di psicofarmaci, con conseguente riduzione del 50% del numero degli interventi.

Infine, la limitazione della libertà di movimento, oltre che incidere sulla possibile perdita di autostima e regressione comportamentale dell'interessato, può

influire sul comportamento, sulla serenità e consapevolezza degli altri ospiti "conviventi".

Di seguito un'elencazione delle motivazioni più spesso addotte per giustificare l'uso della contenzione:

- ✓ per prevenire le cadute nell'ipotesi di soggetti con disturbi dell'equilibrio;
- ✓ per prevenire il vagabondaggio;
- ✓ per ridurre l'agitazione e per proteggere da comportamenti violenti;
- ✓ per migliorare la postura o fornire un supporto per una posizione corretta (ridurre l'iperinesia);
- ✓ per mantenere in sede un sondino o un catetere;
- ✓ per praticare terapia endovena;
- ✓ per desiderio dei familiari;
- ✓ per diminuire il sentimento di ansia degli operatori e le possibili complicanze;
- ✓ danni da cadute, ferite, abrasioni;
- ✓ morte da strangolamento;
- ✓ declino funzionale;
- ✓ aumento dell'agitazione, dell'ansia, depressione, comportamento regressivo, declino cognitivo;
- ✓ anoressia e malnutrizione calorico-proteica;
- ✓ incontinenza sfinterica;
- ✓ disidratazione;
- ✓ osteoporosi;
- ✓ piaghe da decubito con tendenza all'irreversibilità.

Pertanto l'abolizione o almeno **un'adeguata regolamentazione dell'uso dei mezzi di contenzione rappresenta uno degli scopi prioritari di un'appropriata assistenza geriatrica.**

Il miglioramento della qualità della vita e il mantenimento della funzionalità residua, veri obiettivi dell'assistenza all'anziano sono difficilmente perseguibili in regime di coercizione.

È impensabile riuscire a disciplinare in modo rigido e predefinito tutte le circostanze che importano l'applicazione della terapia contenitiva.

Ogni situazione particolare e specifico contesto richiedono l'intervento esperto e competente di tutte le figure professionali chiamate ad operare all'interno della struttura sanitaria.



Questo non significa improvvisare, bensì operare nell'ambito di **linee guida e protocolli terapeutici, esaltando la centralità del lavoro d'èquipe e della valutazione multidimensionale, finalizzata al soddisfacimento delle esigenze del singolo caso concreto.**

Un tale modello assistenziale flessibile e personalizzato si proporrà di preservare soprattutto l'autonomia, prevedendo il ricorso a strategie alternative alla contenzione quali ad esempio:

- ✓ modifiche sull'ambiente di cura per renderlo più sicuro e familiare mediante ausili, arredi, riserva di spazi personali, ecc...
- ✓ attuazione di programmi di riabilitazione : terapia fisica, R.O.T., terapia occupazionale, attività psico-sociali
- ✓ attenta farmacovigilanza
- ✓ adeguata formazione del personale infermieristico e di assistenza per quanto concerne la cura e la gestione del paziente cronico e le tecniche di modificazione del comportamento.

Seconda parte - Procedura per l'utilizzo dei mezzi di contenzione in istituto

Il miglioramento della qualità della vita e il mantenimento della funzionalità residua, veri obiettivi dell'assistenza all'anziano, sono difficilmente perseguibili in regime di coercizione.

In particolari situazioni tuttavia, non si esclude la **necessità di ricorrere** all'uso della contenzione; quando si approderà a tale decisione, bisognerà seguire i criteri della prescrizione dei farmaci, **valutando indicazione, controindicazioni ed effetti collaterali.**

Va chiarito che, ai fini della presente procedura, rientrano fra i sistemi di contenzione tutti i mezzi ad esclusivo significato contenitivo (cinghie, cinture, fasce, corpetti, manopole o bende per polsi e caviglie e simili) ma non ne rimangono esclusi gli ausili della riabilitazione che hanno al tempo stesso l'effetto di contenere (spondine, tavolette e cunei antiscivola-

mento delle carrozzine, imbragatura da sedia, ecc...) specie se utilizzati con particolare riguardo a questo secondo effetto.

Ciò è motivato dal fatto che, anche se non considerati questi ultimi veri e propri mezzi contenitivi il loro uso va attentamente ponderato e controllato, in ragione in particolare dei gravi effetti (si pensi ad un ospite che tenti di scavalcare le spondine) che potrebbero derivarne.

Sarà il medico che, al momento della prescrizione preciserà lo scopo dell'utilizzo dell'ausilio, formalizzandolo in cartella clinica.

La contenzione fisica è decisione specifica riferita al singolo individuo, **ammessa soltanto nell'interesse del paziente** (allo scopo di evitare cadute o altre lesioni personali) conseguente ad una attenta valutazione multidimensionale dell'Unità Operativa Interna (UOI).

1. L'indicazione della contenzione fisica o farmacologica da impiegare è principalmente una prescrizione medica (spetta **al medico curante**): si tratta di un **atto motivato e formalizzato in cartella clinica**, eventualmente accompagnato da una breve relazione. Di prassi la valutazione della misura contenitiva viene fatta in UOI.

In casi di emergenza è applicata dall'infermiere su prescrizione del medico di guardia.

Della decisione dovranno essere informati, non appena possibile:

- a. il Coordinatore di reparto, ove non presente al momento della disposizione, in quanto dovrà vigilare sulla sua corretta applicazione;
 - b. il medico curante, affinché rivaluti la prescrizione della misura contenitiva.
2. Lo strumento individuato dovrà risultare il più idoneo al perseguimento delle finalità terapeutiche riferite al singolo e specifico caso, e dovrà essere di facile rimozione da parte dell'operatore, in caso di necessità.
3. Motivazioni, tempi e presidi della contenzione sono annotati sul diario clinico in cartella, alla stre-



gua di qualsiasi trattamento farmacologico.

Tale prescrizione viene ugualmente riportata nell'apposita scheda-registro di rilevazione dei mezzi di contenzione che deve essere a disposizione di tutto il personale di assistenza.

Ciascuna prescrizione deve indicare:

- ✓ il tipo di mezzo usato;
- ✓ il luogo;
- ✓ tempi di applicazione (ad es.: “notturno”, “nei periodi di agitazione”, “momenti critici nel corso della giornata”...);
- ✓ le eventuali controindicazioni e gli effetti collaterali che possono conseguire all'applicazione del metodo;
- ✓ la data di rivalutazione.

Gli infermieri sono responsabili della corretta applicazione delle prescrizioni mediche.

4. La decisione **non può** risultare motivata **dal verificarsi di emergenze gestionali di assistenza o sorveglianza**.
5. Della decisione e del suo significato terapeutico vengono **informati**: il soggetto da contenere (se in grado di comprenderne lo scopo), i familiari, i conoscenti, gli ospiti “conviventi”, tutte le figure professionali del reparto e i volontari.
Una puntuale informazione consente una più corretta ed efficace applicazione della terapia.
6. Al soggetto contenuto dovranno essere garantite idonea interazione, socializzazione, sorveglianza ed assistenza.
Un'adeguata sorveglianza deve permeare ogni momento dell'assistenza all'anziano difficile in quanto essa è il maggiore e più efficace strumento di prevenzione e di gestione della contenzione. Inoltre bisogna evitare l'emarginazione dei soggetti contenuti **impedendo che la contenzione possa sostituirsi all'assistenza**.
7. È indispensabile **controllare i mutamenti del comportamento**, quali l'aumento di aggressività, di irrequietezza, ovvero di totale abulia, di distacco esistenziale e di “ritirata sociale”. Tali manifesta-

zioni **possono segnalare la non idoneità del metodo contenitivo impiegato**.

8. È necessario periodicamente verificare se persistono le condizioni di applicabilità del mezzo di contenzione prescelto, ed eventualmente provvedere ad un impiego meno gravoso o di altro strumento alternativo. Sarà la UOI di reparto il momento di valutazione multidimensionale che identificherà gli eventuali problemi sanitari, psicologici, sociali dell'anziano e potrà altresì evidenziare precocemente condizioni di fragilità e di dipendenza, il rischio di cadute o di stato confusionale che indirizzano all'uso di mezzi di contenzione.
In particolare si dovranno esaminare le funzioni cognitive, le ADL per valutazioni motorie, funzionali e delle capacità manuali.
Al variare delle condizioni che hanno indotto alla prescrizione dei mezzi di contenzione, la prescrizione stessa dovrà essere prontamente modificata o annullata.
9. Tutte le **prescrizioni** devono comunque essere **a termine**. Pertanto, almeno ogni 2 mesi una riunione dell'UOI dovrà essere dedicata alla rivalutazione di tutti i pazienti “contenuti” in reparto, salvo diversa indicazione del medico in occasione di definizione della contenzione. In tale occasione dovranno essere aggiornate le cartelle cliniche e le schede di registrazione dei mezzi contenitivi.
10. Contenere con i mezzi più idonei, applicandoli nel modo più corretto possibile.
11. È opportuno evitare di associare la contenzione fisica a quella farmacologica.
12. Si dovrà monitorare continuamente il numero dei soggetti contenuti per evitare ogni abuso. La letteratura americana considera normale ed accettabile l'applicazione della contenzione nel limite del 25% del totale degli ospiti accolti all'interno della Casa di Riposo.

Ultima revisione: giugno 2003



Una speranza per la vita...

Intervento del 4 luglio 2003 presso la spiaggia di Bibione (VE) in occasione della folgorazione da fulmine di una quindicenne ungherese

di Corrado Benetti

*Infermiere U.O.A. di
Rianimazione e UCIC
O.C. di Portogruaro
(VE)*

Dopo circa mezz'ora da un intervento in spiaggia (in codice rosso) in cui era stata coinvolta una signora anziana ritrovata in condizioni critiche con asfissia da annegamento e trasferita successivamente dalla mia collega Gigliola presso la Terapia Intensiva dell'Ospedale civile di Portogruaro, sentii squillare il telefono del 118.

Erano le ore 13.11 e pochi minuti prima della chiamata vidi, in direzione della spiaggia bibionese, due spaventose saette solcare il cielo e scaricarsi a terra, subito pensai: speriamo che non abbiano colpito qualcuno!

Purtroppo mi sbagliavo perché il collega della Centrale Operativa 118 di Mestre mi comunicò che una ragazza, mentre faceva la doccia in spiaggia, era stata colpita da un fulmine e giaceva incosciente.

Con il mio collega Infermiere Sergio e l'autista Martino partimmo immediatamente a sirene spiegate (l'unico medico in servizio dovette rimanere in Pronto Soccorso) sotto un violento temporale.

In tre minuti arrivammo nel luogo più vicino possibile al target (in prossimità di Piazzale Zenith) che però distava circa 300 metri dall'infortunata.

A questo punto dovemmo dividerci gli strumenti indispensabili al soccorso e proseguire a piedi guidati da un bagnino che ci stava attendendo, il personale di spiaggia addetto al salvataggio nel frattempo aveva costruito una sorta di tetto con alcuni

ombrelloni circondando e proteggendo la ragazza dalla pioggia.

Ci sostituimmo immediatamente ai bagnini i quali stavano eseguendo correttamente le manovre rianimatorie ventilando la giovane ungherese con una Poket-Mask; ci riferirono che dopo l'evento avevano posizionato le placche del defibrillatore semiautomatico (in dotazione loro già da un paio d'anni) che dopo una prima analisi aveva riscontrato un ritmo non defibrillabile.

Da una prima valutazione la paziente appariva: incosciente, cianotica, in arresto cardio-respiratorio con pupille midriatiche non reagenti.

Il bikini della ragazza era ridotto in brandelli e all'altezza della clavicola destra e del processo xifoideo si notavano chiaramente i segni di ustione di entrata e uscita del fulmine attraversando il torace.

Io mi misi alla testa (leader) ed iniziai a ventilare in maschera con pallone Ambu, Reservoir ed arricchimento di ossigeno. Sergio, dopo aver asciugato velocemente il torace, applicò le placche del nostro DAE monofasico il quale da un'analisi del ritmo evidenziò una fibrillazione ventricolare consigliando la scarica.

A defibrillazione avvenuta (200 J) la ragazza presentò asistolia e procedemmo con il BLS. Dopo un ciclo di RCP di un minuto il DAE rianalizzò il ritmo evidenziando nuovamente una F.V.



Scaricammo nuovamente (200 J) senza successo perché il cuore ritornò in asistolia, i minuti passavano e la situazione diventava sempre più tragica tanto che alcune persone presenti gridavano che non c'era più nulla da fare.

Sergio si scostò e lasciò eseguire il MCE all'autista Martino, per tentare di reperire una vena attraverso cui somministrare dell'Adrenalina.

L'acquazzone non accennava a diminuire e attraverso gli ombrelloni cominciava a filtrare acqua che cadeva sul corpo della giovane vittima e su di noi.

Decisi allora di lasciare quel luogo non più sicuro caricando la paziente sulla tavola spinale e trasportarla in ambulanza, dopo aver valutato per l'ennesima volta lo stato cardio-respiratorio, prima del trasbordo non notai nessun miglioramento.

Con l'aiuto dei bagnini e dell'Infermiera di spiaggia ci incamminammo verso il mezzo di soccorso, io continuavo la ventilazione in maschera, Martino eseguiva il MCE (con rapporto compressioni-ventilazioni di 15 a 2) e Sergio reggeva la bombola di O₂ e il DAE.

Quei 300 metri sembravano interminabili per due grossi motivi, il primo perché mi rendevo conto che la quindicenne ci stava morendo tra le braccia senza che potessimo fare



qualcosa di più per salvarla e secondo perché la pioggia battente non ci permetteva di andare avanti.

Non mi resi conto del tempo che passava perché lo stato di ansia e di ira allo stesso tempo mi turbavano.

A circa cinque metri dall'ambulanza avvenne "l'imprevedibile miracolo".

Mi accorsi in quell'istante che la vittima accennava dei respiri, valutai immediatamente il polso carotideo che appariva presente e valido.

Rincuorai me stesso e gli altri operatori esclamando ad alta voce "dai che ce la fa!". Partimmo spediti alla volta del Pronto soccorso di Bibione

chiedendo l'ausilio dell'elisoccorso alla Centrale Operativa; in P.S. la ragazza respirava già autonomamente ed aveva circolo e pressione buoni.

Ci chiedemmo a questo punto: avrà subito danni cerebrali irreversibili? Avrà sequele neurologiche? Valutando le pupille notai che accennavano lievemente a reagire alla luce, questo dato poteva dare qualche flebile speranza.

Nel giro di pochi minuti atterro nella piazzola antistante il P.S. l'elisoccorso dell'Ospedale di Treviso il cui personale, valutata la stabilità dei parametri emodinamici e respiratori decise di preservare le vie aeree della ragazza attraverso l'intubazione oro-tracheale. Decollarono ricoverando la paziente presso il Centro di Rianimazione dell'O.C. di Treviso.

Io e i miei colleghi eravamo stremati e inzuppati ma tutto sommato felici della riuscita dell'intervento. Seguimmo sui TG e sui quotidiani l'evoluzione clinica della ragazza la quale dopo sei giorni fu trasferita a Budapest (sua città di residenza) non riscontrando sequele neurologiche.

Concludendo, vorrei evidenziare che interventi come questo danno una grande ventata di "motivazione", che a volte manca, a svolgere la splendida professione di Infermiere.



Il nuovo C.C.N.L. per il personale del Comparto Sanità

Commento tecnico dell'accordo quasi definitivo raggiunto tra Governo e Sindacati

di **Girolamo Zanella**
Sezione stipendi
ULSS 6 - Vicenza

Lo scorso 11 dicembre è stata sottoscritta, tra le organizzazioni sindacali e l'ARAN, quest'ultima in rappresentanza della parte pubblica, l'ipotesi di contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto del personale del servizio sanitario nazionale relativo al quadriennio 2002-2005 per la parte normativa ed al biennio 2002-2003 per la parte economica.

Dal punto di vista complessivo, il documento in discussione conferma l'attuale sistema di classificazione del personale in categorie e fasce con la relative possibilità di progressione verticale (passaggio di categoria o livello economico, ad esempio da D a Ds) e di progressione orizzontale (passaggio di fascia all'interno della categoria, ad esempio da D1 a D2). Per un migliore sviluppo orizzontale, in ciascuna categoria è prevista una ulteriore fascia (D6 e Ds6).

Sono previsti alcuni passaggi verticali in relazione ai processi di riorganizzazione aziendale, in particolare è da sottolineare l'inquadramento, a decorrere dal 1.9.2003, nel livello economico Ds del personale sanitario con reali funzioni di coordinamento (capo sala) riconosciute al 31.08.2003.

Le principali novità dal punto di vista economico introdotte con il documento sottoscritto, che interessano direttamente il personale infermieristico riguardano principalmente i seguenti cinque aspetti:

Stipendio tabellare e fasce retributive (art. 24)

È innanzitutto da precisare che per stipendio tabellare si intende la somma dello stipendio base iniziale di ciascuna categoria e della fascia retributiva di appartenenza.

Si precisa che a partire dal 1.1.2003 l'indennità integrativa speciale cessa di essere corrisposta come singola voce della retribuzione ed è conglobata nello stipendio base.

Il totale tabellare verrà incrementato, tenendo conto **dell'inflazione programmata** per ciascuno dei due anni costituenti il biennio 2002-2003, nonché delle ulteriori risorse previste dalla legge finanziaria del 2003.

Per il personale infermieristico che appartiene alla categoria D o alla categoria D livello economico super, gli aumenti mensili del tabellare sono riassunti nelle tabelle 1 e 2, a pagina seguente.

Indennità per turni notturni e festivi (art. 25)

È da sottolineare l'incremento, a decorrere dal 1.1.2002, delle indennità per il lavoro notturno che viene rideterminata in € 2,74 per ciascuna ora compresa tra le ore 22 e le ore 6 del mattino successivo, e dell'indennità per il servizio festivo fissata nel nuovo importo pari ad € 17,82.



TABELLA 1 e 2 - Incrementi dello stipendio tabellare se l'ipotesi di contratto viene definitivamente confermata.

dal 1.1.2002		
categoria	fascia economica	incremento
D	iniziale	€ 40,70
D	prima	€ 42,20
D	seconda	€ 43,50
D	terza	€ 44,90
D	quarta	€ 46,20
D	quinta	€ 47,60
Ds	iniziale	€ 43,90
Ds	prima	€ 45,60
Ds	seconda	€ 47,30
Ds	terza	€ 49,20
Ds	quarta	€ 50,70
Ds	quinta	€ 52,20

L'aumento iniziale della categoria D, pari ad € 40,70 confluirà nello stipendio base, mentre le varie fasce retributive verranno incrementate della parte eccedente tale valore.
L'aumento iniziale della categoria Ds, pari ad € 43,90 confluirà nello stipendio base, mentre le varie fasce retributive verranno incrementate della parte eccedente tale valore.

dal 1.1.2003 sono previsti i seguenti ulteriori incrementi:		
categoria	fascia economica	incremento
D	iniziale	€ 44,80
D	prima	€ 46,40
D	seconda	€ 47,90
D	terza	€ 49,40
D	quarta	€ 50,90
D	quinta	€ 52,40
Ds	iniziale	€ 48,30
Ds	prima	€ 50,20
Ds	seconda	€ 52,10
Ds	terza	€ 54,10
Ds	quarta	€ 55,80
Ds	quinta	€ 57,50

L'aumento iniziale della categoria D, pari ad € 44,80 confluirà nello stipendio base, mentre le varie fasce retributive verranno incrementate della parte eccedente tale valore.
L'aumento iniziale della categoria Ds, pari ad € 48,30 confluirà nello stipendio base, mentre le varie fasce retributive verranno incrementate della parte eccedente tale valore.

Indennità per assistenza domiciliare (art. 26)

Al fine di favorire il processo di de-ospedalizzazione che chiederà una sempre maggiore esigenza di personale infermieristico, è stata introdotta una nuova indennità giornaliera per il personale che presta la propria attività di assistenza domiciliare presso l'utente. L'importo dell'indennità, per gli infermieri, è pari ad € 5,16 per ciascuna giornata di servizio effettivo e, decorre dal 1.1.2003.

Indennità del SERT (art. 27)

Anche per il personale assegnato in via permanente al SERT, è stata introdotta, a decorrere dal 1.1.2003, una nuova indennità giornaliera per ogni giornata di servizio effettivo pari, per gli infermieri, ad € 5,16

Risorse per la contrattazione integrativa (art. 32)

Oltre agli incrementi finora esaminati l'ipotesi di contratto prevede un ulteriore incremento, con decorrenza 1.1.2003 di € 133,90 annue per ciascun dipendente, quale importo residuo dall'applicazione dei tassi programmati di inflazione dopo l'applicazione dei nuovi trattamenti tabellari. Tale importo, assieme ad eventuali ulteriori risorse regionali o proprie delle singole aziende, è destinato alla contrattazione integrativa aziendale che provvederà alla relativa ripartizione.

COMMENTO FINALE

Dopo una semplice lettura dell'ipotesi che, salvo intoppi dovrebbe portare al nuovo contratto, è difficile esprimere un giudizio complessivo.

L'incremento del tabellare è calcolato sul tetto di inflazione programmato ed è, quindi, presumibilmente inferiore rispetto all'inflazione reale.

Basta un semplice calcolo sui nuovi valori complessivi del trattamento economico mensile relativo alle voci retributive fisse per evidenziare che l'aumento stipendiale certo per ciascuno è per l'anno 2002 pari al 2,73% e, per l'anno 2003 pari al 2,93%.

È sicuramente apprezzabile l'introduzione delle nuove indennità per le attività del Sert e dell'assistenza domiciliare, che necessitavano di un reale riconoscimento sia per la loro importanza nella realtà sanitaria nazionale, sia per il disagio e rischio che comportano tali attività.

Un discorso a parte meritano le altre indennità, per alcune delle quali si evidenzia la totale inadeguatezza dei valori rispetto al reale disagio che comportano alcuni servizi e per altre si sottolinea l'assenza da molti anni di qualsiasi forma di rivalutazione in base all'inflazione.

Basta citare ad esempio l'indennità notturna che, pur ridefinita con il nuovo valore, premierà il disagio per ogni singola notte lavorata con € 21,92 lordi che corrispondono al netto delle ritenute previdenziali e fiscali a circa € 14, vale a dire a circa L. 27.108.

Per concludere sarebbe auspicabile, dato il ruolo essenziale del personale dell'area infermieristica nel contesto della sanità nazionale, che un futuro contratto prevedesse una indennità specifica, quale trattamento retributivo fisso legato alla professione, in analogia a quanto fatto con il personale medico.



Il Sistema di Protezione IPASVI

Progetto di tutela assicurativa, protezione legale e pronto soccorso giuridico

a cura di
Massimo Cariolato

Il problema della responsabilità civile professionale è sempre più attuale in sanità e riguarderà in misura sempre maggiore gli infermieri, gli infermieri pediatrici e gli assistenti sanitari.

Per far fronte ad un futuro di questo tipo, la **Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI**, in collaborazione con la società di brokeraggio **WILLIS Italia Spa** e **Reale Mutua Assicurazioni**, ha costituito il **Sistema di Protezione IPASVI**.

Questo progetto permetterà alla Federazione Nazionale di essere coinvolta nei casi di responsabilità civile che riguardano la categoria e quindi di monitorare, controllare e governare il rischio; inoltre darà la possibilità al singolo infermiere di avere sempre l'IPASVI al proprio fianco e di non essere lasciato solo ad affrontare le proprie "disavventure" professionali.

La Federazione provvederà ad attivare una Commissione tecnico-scientifica per lo studio della responsabilità civile profes-

sionale ed una rete di legali, concordata con i singoli Collegi Provinciali.

A completamento del progetto è stata sottoscritta una convenzione assicurativa a favore di tutti gli iscritti che vorranno aderire.

Con il pagamento di un premio annuo di 26 o 30 Euro si potrà godere di una copertura assicurativa per un massimale rispettivamente di 1.000.000 e 2.000.000 di Euro, oltre alla copertura delle spese legali fino ad un massimo di un quarto del massimale scelto.

Per attivare la convenzione ed avere diritto alle suddette agevolazioni economiche (il premio annuo per una polizza assicurativa di questo tipo può superare i 300€, se richiesta dal singolo professionista), è però necessario raggiungere un numero minimo di adesioni fissato in 5000 nominativi.

Per le sue caratteristiche il progetto di protezione IPASVI non è rivolto solamente a chi esercita la libera professione, ma può coinvolgere tutti i professionisti iscritti all'albo.

TABELLA 1 - Premi e massimali

Premio Assicurativo Annuo	Massimali	
	risarcimento per responsabilità civile verso terzi	concorso al pagamento delle spese legali
26 €	1.000.000 €	250.000 €
30 €	2.000.000 €	500.000 €



Infatti la copertura assicurativa interviene direttamente in tutti i casi di responsabilità civile per danni cagionati involontariamente a terzi durante l'esercizio dell'attività professionale, ma interviene anche in supporto a polizze assicurative già instaurate (ad es. quella della propria azienda), coprendo anche il diritto di rivalsa di quest'ultime.

Inoltre questo sistema di protezione consente di centralizzare ogni informazione relativa ai sinistri che di anno in anno si verificano in Italia all'interno della nostra categoria, al fine di svolgere una efficace prevenzione (l'errore del singolo diventa esperienza per tutti) e una effettiva ed efficace difesa di ogni singolo caso.

Tutte le informazioni relative al Sistema di Protezione IPASVI sono reperibili presso la sede del Collegio IPASVI di appartenenza, dove si può compilare il modulo di adesione alla copertura assicurativa, che diverrà effettiva al raggiungimento del numero minimo di 5000 adesioni.

TABELLA 2 - Principali caratteristiche della polizza assicurativa

Premi e massimali	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1.000.000 € a fronte del pagamento annuale di un premio pari a 26 € ✓ 2.000.000 € a fronte del pagamento annuale di un premio pari a 30 €
Copertura	<p>La Società Assicurativa risarcisce per danni cagionati involontariamente a terzi durante l'esercizio dell'attività professionale in qualità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ libero professionista ✓ lavoratore dipendente ✓ volontario
Altre assicurazioni	<p>Nel caso l'assicurato sia coperto da altra assicurazione (es. quella aziendale), la presente interviene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ in eccesso ai massimali previsti dall'altra polizza ✓ nel caso di rivalsa esercitata dall'azienda nei confronti del dipendente
Retroattività	<p>La garanzia assicurativa vale anche per fatti accaduti entro i 36 mesi precedenti la data di decorrenza del contratto, semprechè la notifica del danno e la richiesta di risarcimento avvengano nel periodo di validità della polizza</p>
Copertura postuma	<p>La garanzia assicurativa potrà valere anche per richieste di risarcimento che avranno luogo dopo la data di cessazione della polizza, purchè il fatto sia avvenuto nel periodo di validità della polizza stessa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ copertura postuma per 12 mesi: gratuita ✓ copertura postuma per 10 anni: versamento di un premio pari a 4 volte il premio dovuto nell'ultimo anno di validità della polizza

Sanatoria Contributiva



Gentile Collega,

considerato l'interesse manifestato per il precedente provvedimento di sanatoria e tenuto conto della brevità del tempo che, in quella occasione, è stato a disposizione per la compilazione del modulo e per l'effettuazione degli adempimenti connessi, si è ritenuto di procedere ad una riapertura dei termini di adesione al fine di consentire a tutti, iscritti ed ex iscritti, di regolarizzare eventuali inadempimenti relativi agli obblighi di iscrizione, contribuzione e dichiarazione dei dati reddituali, usufruendo di un regime sanzionatorio agevolato rispetto a quello ordinario.

Si ricorda che l'adesione alla sanatoria contributiva consente, per il periodo intercorrente tra il 1 gennaio 1996 ed il 31 luglio 2002, di regolarizzare le inadempienze relative agli obblighi di:

- ✓ iscrizione alla Cassa;
- ✓ contribuzione;
- ✓ comunicazione dei redditi professionali e dei volumi di affari.

Il plico per la sanatoria si compone, oltre che del modulo di adesione personalizzato, del fascicolo contenente:

- ✓ le disposizioni di attuazione;
- ✓ le istruzioni per la compilazione del modulo di adesione;



- ✓ l'ordine di bonifico bancario;
- ✓ la domanda di iscrizione alla Cassa.

Per aderire alla sanatoria è necessario riempire l'apposito modulo a lettura ottica ed effettuare il versamento delle somme dovute con le modalità ed entro i termini indicati. Per la compilazione del modulo si raccomanda di leggere attentamente le istruzioni, di consultare le sezioni del plico contenenti le "Domande ricorrenti" e gli "Esempi di compilazione" e di tenere a disposizione l'estratto conto contributivo e la situazione versamenti già trasmessi dalla Cassa.

Si ricorda che la sanatoria non ha efficacia rispetto alle inadempienze successive alla data del 31 luglio 2002 per le quali sarà applicato il regime sanzionatorio ordinario previsto e disciplinato dal Regolamento di Previdenza.

Tutto il materiale relativo alla sanatoria è presente anche sul sito Internet della Cassa all'indirizzo www.previdenzaipasvi.it ed, inoltre, copie non personalizzate dei modelli sono disponibili presso la Cassa e le sedi dei Collegi Provinciali IPASVI.

I nostri Uffici sono, come sempre, a disposizione per ulteriori informazioni e chiarimenti.

Cordiali saluti.

*Il Presidente
della Cassa
Mario Schiavon*

**Cassa di Previdenza
IPASVI**

*Call Center
06 55242242
Sito Internet*

www.previdenzaipasvi.it

Convocazioni del Consiglio Direttivo

13° CONVOCAZIONE: 28 luglio 2003

Presenti: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bortoli Romina, Cariolato Massimo, Bottega Andrea, Gomitolo Olga, Fanin Filippo, Pegoraro Federico, Sarzo Paola, Cecchetto Roberto.

Assenti giustificati i Signori: Simonetto Monica, Ramon Nadia.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (3 iscrizioni, 5 cancellazioni); 3) si discute la proposta di un nuovo contratto con Communitas per il servizio di segreteria; 4) i referenti relazionano sull'incontro del Coordinamento dei Collegi del Veneto; 5) si analizza la sentenza di Sondrio; 6) si discute la proposta della Wall Street Institute e la proposta di corsi da parte della agenzia Studia e lavora; 7) si discutono nuove iniziative formative proposte dal gruppo referente.

14° CONVOCAZIONE: 9 settembre 2003

Presenti: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Bortoli Romina, Cariolato Massimo, Bottega Andrea, Gomitolo Olga, Fanin Filippo, Pegoraro Federico, Sarzo Paola, Ramon Nadia.

Assenti giustificati i Signori: Simonetto Monica, Segretaria Dal Degan Sonia, Cecchetto Roberto.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (6 iscrizioni, 3 cancellazioni); 3) si stipula la convenzione con al Communitas e la Wall Street Institute; 4) si organizzano i seminari Nazionali Ipasvi a Palermo e a Castrocarro Terme; 5) si discute la proposta di rilegatura delle riviste presenti in Collegio; 6) si discute l'opinione delle diverse sigle sindacali in merito alla obbligatorietà dell'iscrizione all'albo.

15° CONVOCAZIONE: 14 ottobre 2003

Presenti: Presidente Fanchin Gianmaria, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola, Ramon Nadia, Simonetto Monica.

Assenti giustificati i Signori: Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Bortoli Romina, Cariolato Massimo, Fanin Filippo.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (16 iscrizioni, 2 cancellazioni); 3) i referenti relazionano sull'incontro Nazionale a Roma del 21 settembre; 4) si discute la proposta della

Uniriscossioni; 5) si analizza e si discute la richiesta di nullaosta per l'affissione di una targa pubblicitaria; 6) si analizza la proposta formativa ECM dei Collegi del Veneto per favorire gli iscritti.

16° CONVOCAZIONE: 4 novembre 2003

Sono presenti i Signori: Presidente Fanchin Gianmaria, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Simonetto Monica, Sarzo Paola.

Assenti giustificati i Signori: Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Ramon Nadia, Bortoli Romina, Fanin Filippo.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (9 iscrizioni, 2 cancellazioni); 3) si programmano gli eventi formativi da proporre per l'anno 2004.

17° CONVOCAZIONE: 18 novembre 2003

Sono presenti i Signori: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Ramon Nadia, Sarzo Paola, Simonetto Monica.

Assenti giustificati i Signori: Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Bortoli Romina, Cecchetto Roberto, Fanin Filippo.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (5 iscrizioni, 0 cancellazioni); 3) si discute la proposta della Meet and work che propone servizio di segreteria per i congressi; 4) si fissano le date degli incontri formativi per l'anno 2004; 5) si legge e si discute la lettera inviata ad un giornale della presidente del Collegio di Rovigo.

18° CONVOCAZIONE: 9 dicembre 2003

Sono presenti i Signori: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Ramon Nadia, Sarzo Paola, Simonetto Monica.

Assenti giustificati i Signori: Bortoli Romina, Fanin Filippo.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (5 iscrizioni, 0 cancellazioni);



agenda

<i>Rif. ECM</i>	<i>Titolo dell'evento</i>	<i>Crediti ECM</i>	<i>luogo</i>
	<i>La documentazione infermieristica di U.O.: dalla cartella al sistema documentale.</i>	accr. in corso	Vicenza
	<i>Comicoterapia e sorrisoterapia come strumenti per l'umanizzazione dell'assistenza infermieristica.</i>	accr. in corso	Vicenza
5678-45964	<i>Contenere la contenzione. Il bisogno, i luoghi, le responsabilità.</i>	6	Schio (VI)
1273-106503	<i>L'infermiere di famiglia: realtà o utopia?</i>	3	Sandrigò (VI)
	<i>Aspetti psicologici negli operatori dell'emergenza.</i>	accr. in corso	Torri di Quartesolo (VI)
	<i>La libera professione infermieristica nel nuovo contesto normativo.</i>	accr. in corso	Vicenza
5678-45964	<i>Contenere la contenzione. Il bisogno, i luoghi, le responsabilità.</i>	6	Noventa (VI)
4751 - 59321	<i>Emergenza sanitaria: l'infermiere a trecentosessanta gradi.</i>	6	Sandrigò (VI)
473 - 61683	<i>L'infermiere efficace: la gestione delle relazioni, delle comunicazioni e dei conflitti</i>	18	Vicenza
4038 - 58969	<i>L'infermiere: funzioni e competenze nell'esercizio professionale</i>	20	Rimini
5850 - 105187	<i>Le scale di valutazione in ambito geriatrico: conoscerle ed utilizzarle</i>	4	Como
577 - 105026	<i>Architettura, layout e nuove prospettive nel pronto soccorso di moderna concezione</i>	accr. in corso	Campodarsegò (PD)
8706 - 104799	<i>Aspetti legali ed etici del soccorso</i>	accr. in corso	Affi (VR)
3398 - 112303	<i>Aspetti medico legali e di responsabilità professionale del personale infermieristico</i>	accr. in corso	Treviso
2690 - 102805	<i>Il nursing riabilitativo nella malattia di parkinson</i>	accr. in corso	Venezia
1909 - 109558	<i>Il patto infermiere/cittadino:etica,deontologia e riservatezza per un miglior rapporto con paziente</i>	accr. in corso	Abano Terme (PD)
943 - 70360	<i>L'assistenza infermieristica e le evidenze scientifiche</i>	accr. in corso	Verona
1503 - 102074	<i>L'infermiere responsabile dell'assistenza: un approccio alla persona</i>	accr. in corso	Venezia
8250 - 103118	<i>La malnutrizione nell'anziano</i>	accr. in corso	Verona
194 - 107848	<i>La sorveglianza delle infezioni ospedaliere nella regione veneto: SISIOV</i>	accr. in corso	Mestre (VE)
6483 - 106726	<i>Lesioni da decubito</i>	accr. in corso	Verona
8706 - 67460	<i>Maxiemergenze e triage</i>	accr. in corso	Affi (VR)
2642 - 112978	<i>Organizzare l'ambulatorio di medicina di famiglia</i>	accr. in corso	Abano Terme (PD)

L'elenco completo ed aggiornato di tutti gli eventi formativi accreditati, o in fase di accreditamento, è consultabile on-line



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 e gratuitamente in sede, negli orari di apertura al pubblico, o per posta, allegando 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

data	informazioni
13-14 febbraio 2003	0444 303088 (tel/fax) studiosaccardo@libero.it
21 febbraio 2003	0444 303088 (tel/fax) studiosaccardo@libero.it
28 febbraio 2003	0444 303088 (tel/fax) studiosaccardo@libero.it
13 marzo 2003	0444 303313 (tel/fax) vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it
24 aprile 2003	0444 303088 (tel/fax) studiosaccardo@libero.it
29 maggio 2003	0444 303088 (tel/fax) studiosaccardo@libero.it
12 giugno 2003	0444 303088 (tel/fax) studiosaccardo@libero.it
20 feb 2004	info@nursindvicenza.it
1-3 apr 2004	info@cef-bassetti.it
27-28 feb 2004	iotricia@tin.it
27 feb 2004	fumagalli.e@hscalbese.it
26 feb 2004	formazione@ulss15.pd.it
27 feb 2004	info@lifeplus.it
3 aprile 2004	info@aiuro.it
13 feb 2004	kgualco@oh-fbf.it
16 mar 2004	algirardi@tin.it
8 mar 2004	marina22@libero.it
22 mar 2004	ecm@ulss12.ve.it
20 feb 2004	emme45@fastwebnet.it
5 mar 2004	a.tacconi@metod-focus.com
5 mar 2004	senior@lbstudio.it
19 mar 2004	info@lifeplus.it
26 mar 2004	mail@aimef.org

all'indirizzo <http://ecm.sanita.it>



Modulo di iscrizione

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

Via

CAP e Città

Telefono

E-mail

Ente di appartenenza

Professione

Mi iscrivo al corso (barrare con una crocetta nella casella corrispondente):

Vicenza 13-14 feb. 2004	La documentazione infermieristica di U.O.: dalla cartella al sistema documentale	<input type="checkbox"/> Iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza (€ 70,00) <input type="checkbox"/> Non iscritto (€ 140,00)
Vicenza 21 feb. 2004	Comicoterapia e sorrisoterapia come strumenti per l'umanizzazione dell'assistenza infermieristica	<input type="checkbox"/> Iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza (€ 25,00) <input type="checkbox"/> Non iscritto (€ 50,00)
Montecchio P. 28 feb. 2004	Contenere la contenzione. Il bisogno, i luoghi, le responsabilità	<input type="checkbox"/> Iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza (€ 25,00) <input type="checkbox"/> Non iscritto (€ 50,00)
Vicenza 24 Apr. 2004	Aspetti psicologici negli operatori dell'emergenza	<input type="checkbox"/> Iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza (€ 30,00) <input type="checkbox"/> Non iscritto (€ 60,00)
Sandriago 29 mag. 2004	La libera professione infermieristica	<input type="checkbox"/> Iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza (€ 25,00) <input type="checkbox"/> Non iscritto (€ 50,00)
Noventa 12 giu. 2004	Contenere la contenzione. Il bisogno, i luoghi, le responsabilità	<input type="checkbox"/> Iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza (€ 25,00) <input type="checkbox"/> Non iscritto (€ 50,00)

Ai sensi della L. 675/96, autorizzo il Collegio IPASVI di Vicenza e lo Studio dott. Anna Saccardo al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione del corso/convegno.

Data _____

Firma _____

Il presente modulo va compilato in ogni sua parte e spedito (via posta, fax o e-mail) a:

**Studio dott. Anna Saccardo - via Bertesina 394 - 36100 Vicenza
tel/fax: 0444 303088 - e-mail: studiosaccardo@libero.it**