

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
Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46), art. 1, comma 2 - DCB Vicenza - Reg. Trib. Vicenza n. 997 del 03/04/01

in questo numero...

Protocolli e linee guida: crescita e tutela professionale.

La fatigue nel malato oncologico.

Il modello di aggressione nei reparti psichiatrici.

Master e laurea specialistica: nuove opportunità per l'infermiere.

Infermieri Informati

ISSN 1721-2456

quadrimestrale, anno V - numero 2

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 0444 624070
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.

Copertina

Montecchio M. - Villa Cordellina (Foto: M. Cariolato)

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 - Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46), art. 1, comma 2 - DCB Vicenza - Reg. Trib. Vicenza n. 997 del 03/04/01

EDITORIALE	3	SOMMARIO	13	IL MODELLO DI AGGRESSIONE NEI REPARTI PSICHIATRICI
IL PROTOCOLLO, CRESCITA E TUTELA DEL PROFESSIONISTA	4		17	MASTER E LAUREA SPECIALISTICA: NUOVE OPPORTUNITÀ PER L'INFERMIERE
IL RAZIONALE DELLE LINEE GUIDA	7		21	CONVOCAZIONI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO
LA FATIGUE NEL MALATO ONCOLOGICO	10		22	INFORMAZIONI DI SEGRETERIA
UNA PROFESSIONE SENZA FRONTIERE	12		22	PROGRAMMA FORMATIVO E.C.M.



Infermiere: una professione senza “confini”

Ho sempre pensato a quanti, come me e come voi, esercitano la professione di infermiere in qualche parte del mondo. Infermieri asiatici, africani, cinesi, vietnamiti, australiani, inglesi, canadesi, (l'elenco sarebbe lunghissimo), che ogni giorno mettono, per la tutela della salute, la propria competenza e professionalità al servizio della collettività. Sicuramente il concetto di salute può diversificare tra nazionalità diverse, ma il principio del prendersi cura è lo stesso. Un punto di condivisione che mi ha sempre fatto “sentire” questi colleghi lontani, molto vicini.

Colleghi con i quali, idealmente, poter scambiare le esperienze, i punti di vista, la visione futura della professione. Un confronto per crescere, per capire, se ce ne fosse bisogno, l'insostituibilità dell'infermiere ovunque egli operi.

Ma inaspettata ecco l'occasione. Una telefonata da parte dei responsabili di un'agenzia di ricerca selezione e formazione del personale, specializzata nella mobilità geografica, che mi informa dell'arrivo in Italia del Presidente Nazionale del Collegio degli Infermieri del Brasile con alcuni colleghi.

La motivazione dell'arrivo di questa delegazione è per incontrare i numerosi infermieri brasiliani che da tempo lavorano presso le nostre strutture, prevalentemente case di riposo per anziani, e farli sentire un po' a casa e, al tempo stesso, poter attuare un confronto con l'organo di rappresentanza degli infermieri italiani: l'IPASVI.

Il caso ha voluto che l'agenzia fosse di Vicenza, ecco quindi concretizzarsi l'incontro con alcuni colleghi da oltreoceano.

Raccolgo le prime informazioni, parlano il portoghese ma alcuni di loro hanno origini italiane e conoscono qualche parola della nostra lingua. All'aeroporto di Venezia avviene il primo incontro di carattere formale con presentazioni ufficiali, strette di mano e il tentativo di pronunciare qualche parola. Incontro il Presidente del COREN (che corrisponde al nostro IPASVI) di Florianopolis nello Stato di Santa Caterina (nonchè Rappresentante Ufficiale del Presidente Federale dello Stato del Brasile), il collega e avvocato Luiz Scarduelli, la Vice Presidente del COREN Desi Huliano Rodrigues e la Professoressa Maria Da Grasa Crossetti, coordinatrice della facoltà di infermieristica dell'Università Federale di Porto Alegre dello Stato di Rio Grande do Sul.

Sia io che loro abbiamo mille cose da chiederci ma il limite linguistico si fa sentire.

In occasione del loro arrivo in Italia vengono accompagnati presso la sede della Federazione Nazionale Collegi IPASVI a Roma per un incontro con il Vicepresidente Nazionale Gennaro Rocco (la Presidente Silvestro in quei giorni era impegnata a Bari) per ufficializzare l'incontro tra i due Stati. Durante il meeting, in presenza della Dr.ssa Martellotti, redattrice della rivista “L'Infermiere” e della Dr.ssa Gastaldi dirigente dell'ufficio, c'è stato lo scambio di informazioni sui rispettivi ordini professionali, sul percorso formativo per diventare infermieri, sulle possibilità di sviluppo e di specializzazione e ancora sull'organizzazione del lavoro e sull'impiego di figure di supporto.

Il quadro emerso mette in evidenza una forte assonanza tra noi e loro. In Brasile la formazione dell'infermiere richiede un percorso universitario di quattro anni e mezzo, con la possibilità di proseguire gli studi per la specializzazione in specifiche aree: tra le più importanti quella geriatrica, critica, territoriale, psichiatrica e cardiologia. Queste specializzazioni consentono all'infermiere brasiliano di ricoprire differenti livelli di responsabilità e di competenza all'interno dell'organizzazione del lavoro, soprattutto nel territorio. Il loro infatti è molto esteso e la presenza dell'infermiere è di fondamentale importanza per garantire l'assistenza anche nei paesi - villaggi dell'entroterra (Amazzonia), competenza che per taluni aspetti è superiore alle nostre attuali possibilità. Il collega brasiliano specializzato in area critica, è abilitato al posizionamento di cateteri venosi centrali e assiste autonomamente le mamme durante il parto.

La loro formazione universitaria è molto costosa: le tasse universitarie sono circa 6.000,00 euro all'anno. Ma la remunerazione non è equivalente, il loro stipendio mensile si aggira intorno ai 500 euro.

Le ragioni della migrazione verso altre nazioni dipende molto da questo aspetto, anche se per un'infermiere brasiliano poter annoverare un'esperienza lavorativa professionale in Italia è fortemente riconosciuta ai fini del proprio curriculum.

Per potersi garantire una soddisfacente qualità di vita i colleghi d'oltreoceano lavorano in più strutture sanitarie, non avendo un rapporto di esclusività con un unico ospedale. Ad esempio, per loro rientra nella norma lavorare tutte le mattine per un ospedale e il pomeriggio in un altro. Sorprende quante ore di lavoro possono effettuare al giorno,



perplexità condivisa da tutti noi del Consiglio Direttivo del Collegio di Vicenza, ma nella loro organizzazione del lavoro collaborano diverse figure di supporto, sia per l'assistenza, sia per le attività igienico - alberghiere. Questo consente all'infermiere di occuparsi prettamente degli aspetti sanitari attribuendo ad altre figure le attività di supporto per l'assistenza.

Il Presidente Scarduelli mi spiega che in ogni Stato del Brasile vi è il COREN, l'ordine degli infermieri, mentre tutti i COREN costituiscono il COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) la Confederazione Infermieristica Nazionale. Esattamente come da noi, l'insieme dei Collegi IPASVI costituiscono la Federazione Nazionale Collegi (FNC IPASVI). Il COREN e il COFEN si occupano della tutela e dello sviluppo professionale dell'infermiere, di disciplinare e verificare il rispetto delle normative per l'esercizio professionale, di mantenere il registro dei professionisti che attesta, per ogni infermiere iscritto, il possesso dei requisiti previsti dalla normativa nazionale, di vigilare sul decoro e sul rispetto del Codice Deontologico. La loro realtà richiede, ai fini dell'esercizio professionale, l'obbligatorietà di iscrizione all'albo professionale, intesa, dai colleghi brasiliani, condizione di conquista e di valore. Nei giorni della loro permanenza hanno avuto modo di conoscere alcune strutture sanitarie, in particolare l'Azienda ULSS 6 di Vicenza. Dopo essere stati ricevuti dal Direttore Sanitario, che ringrazio per la cortesia, sono stati accompagnati a visitare la nostra realtà: Pronto Soccorso, SUEM 118, Scuola per Operatori Sanitari, Emodialisi, Ostetricia e Ginecologia con le moderne sale parto, Neurochirurgia con il *cyber knife*. Durante la visita hanno conosciuto i nostri colleghi, hanno visto come lavorano, con quale competenza e con quali tecnologie. Sono rimasti molto colpiti dal nostro livello di sviluppo e si sono complimentati per il grado qualitativo.

Prima di ritornare in Brasile sono venuti a portare i saluti ai colleghi vicentini in occasione del convegno organizzato dal Collegio IPASVI di Vicenza sulla Libera Professione Infermieristica, lo scorso 29 maggio presso l'Auditorium Canetti. Con l'occasione ringrazio l'Amministrazione Comunale che ha consentito ai nostri ospiti di poter visitare il Teatro Olimpico del Palladio, tra le opere che rende Vicenza grande e unica nel mondo. Per suggellare questo incontro è stato donato loro una pergamena, ad opera della Segretaria del Collegio Sonia Dal Degan, che riportava l'effigie delle bandiere di Italia e Brasile con una frase di F. Nietzsche scritta in italiano e in portoghese: *"La vista continua di persone sofferenti fa diminuire continuamente la compassione. Invece, si diventa tanto più sensibili al dolore degli altri quanto più si è capaci di partecipare alla loro gioia"*. Una frase forte che individua tutto l'impegno della professione, frase apprezzata e condivisa dai nostri colleghi "lontani" ma che credono, come noi, all'importanza di "essere squadra", di formare un corpo professionale per dividerne gli intenti, per lavorare allo sviluppo e al riconoscimento dell'infermiere e al benessere delle persone, senza distinzione di confini.

Il protocollo, crescita e

di **Francesco Falli**
Presidente Collegio
IPASVI di La Spezia

Il 19 giugno ho trascorso una ottima giornata in compagnia di molti colleghi della Vostra provincia nell'ambito dell'evento formativo che si è svolto ad Arzignano, dedicato all'assistenza nelle strutture sanitarie non ospedaliere, patrocinato dal Vostro Collegio.

In questo evento ho il ruolo di relatore, con particolare riguardo agli argomenti della documentazione delle nostre attività e della creazione dei protocolli assistenziali.

Durante la giornata ho ricevuto una copia della rivista IPASVI di Vicenza, "Infermieri informati" anno V numero 1, e ho letto con molta attenzione l'articolo "Con i piedi a terra e gli occhi al cielo" delle colleghe Arianna Saugo e Margherita Meggiolaro.

Si tratta di tematiche che mi sono estremamente care e che vivo con attenta partecipazione: condivido molto di quanto scrivono le colleghe, in particolare quando si soffermano sulla ansia febbrile che sta attraversando molti di noi Infermieri, tesi alla costruzione di protocolli "a prescindere", dimenticando regole, motivazioni ed esigenze che dovrebbero essere sempre alla base di una nuova iniziativa.

Se mi è consentito il paragone, sembra di ascoltare il collega che afferma di recarsi al tale evento ECM del quale non ha alcun bisogno, né tanto meno nutre nei confronti del corso interesse alcuno, ma che gli permetterà di acquisire un bel gruzzoletto in termini di crediti.

Certo: se la mia azienda non organizza i corsi in qualche modo mi devo arrangiare, e allora... posso capire, anzi capisco al punto di orga-



tutela del professionista

nizzarli per gli iscritti e colleghi del nostro piccolo Collegio spezzino, ma posso anche dire che condivido fino a un certo punto.

Ma torniamo ai protocolli. Sono diventato Infermiere per scelta ormai oltre venti anni fa, e ho sempre sentito intorno a me confusione interpretativa nei nostri confronti. Per molti siamo Professionisti a metà, e ancora oggi, a fronte di un cambiamento in atto, sento all'interno della categoria ancora tanta incertezza e ricerca di identità: ritengo quindi che le difficoltà descrittive dell'Infermiere siano esterne ed interne alla categoria stessa.

Da un po' di anni si parla di protocolli, i quali sono nati - almeno su questo c'è chiarezza! - per poter esprimere una garanzia di una assistenza qualificata e certificata. In sostanza, se ho in mente almeno tre o quattro metodi per introdurre un catetere venoso è chiaro che uno di questi è preferibile a tutti gli altri, vuoi per un dettaglio scientifico, vuoi per un supporto tecnico.

Quello che mi preme sottolineare con forza e vigore è che l'introduzione di un protocollo non è cosa da farsi per forza e subito, un superficiale fastidio da assolvere; ma va elaborato con intelligenza, avendo bene in mente tre aspetti essenziali: uno dedicato all'assistito e due a noi.

L'aspetto favorevole all'assistito è già emerso poche righe fa: poter erogare assistenza qualificata è vantaggioso per i nostri pazienti e comporta una revisione delle attività, cosa già positiva non appena viene ipotizzata. Si tratta perciò di un vantaggio immediatamente spendibile per il paziente,

e questo consente alla categoria dei pazienti di incassare subito una sorta di "cambiale di qualità".

I vantaggi che io vedo per la nostra categoria professionale sono invece purtroppo dilazionati, ma sicuri se saremo insistenti, attenti, partecipativi e soprattutto convinti. La domanda, che non è affatto provocatoria perché la rivolgo in prima battuta a me stesso è questa: fino a che punto vogliamo essere considerati Professionisti?

Se vogliamo essere davvero considerati tali, l'introduzione dei protocolli di qualità assistenziale, la preparazione delle procedure, possono darci una grossa mano. Se vogliamo contrattare nuovi rapporti di forza all'interno del variegato mondo dell'assistenza sanitaria italiana il protocollo può contribuire. Dunque vedo un primo aspetto a nostro favore nella sottolineatura delle nostre specificità, che naturalmente il protocollo esalta e sottolinea.

Il secondo degli aspetti a nostro vantaggio, e che deve spingerci alla riflessione utile, è quella della opportunità difensiva che il Professionista infermiere ha dal protocollo depositato e validato.

In questo anno 2004 ricorre il decimo anniversario dall'entrata in vigore del DM 739 che delinea le nuove professionalità dell'Infermiere: all'articolo 1, con estrema semplicità, indica "(...) l'Infermiere è (...) il responsabile dell'assistenza infermieristica generale."

Si tratta del nostro profilo professionale e molti non lo considerano con la dovuta attenzione ma, in caso di problemi di natura civile e penale, il giudice lo considera, eccome...

Detto questo può esser meglio compreso il senso del suggerimento. Se in un reparto di degenza un familiare, o direttamente un assistito, decide di avanzare una denuncia per un caso di *malpractice* assistenziale, il singolo Infermiere o l'intero gruppo di colleghi può certamente trovare un validissimo supporto difensivo dalla esistenza di un protocollo: quello che deve sicuramente completare la garanzia che copre le attività certificate dell'Infermiere, è una adeguata documentazione delle attività effettuate.

Per questo, completando il concetto, il protocollo preparato seriamente e non al solo scopo di riempire la casellina delle "cose da fare" è una tutela aggiuntiva per il paziente, bersaglio delle nostre attività, e per l'Infermiere, che può in ogni istante (se accompagna al protocollo una adeguata scheda o cartella infermieristica in grado di raccogliere le attività e documentarle con precisa efficacia) dimostrare di avere agito secondo scienza e coscienza, e secondo standard qualificati come dimostrerà la bibliografia e le fonti che hanno ispirato e accompagnato la preparazione del documento di qualità.

Suggerimento finale, perciò, è quello di considerare il protocollo non un aumento delle quotidiane incombenze, ma al contrario un alleato, un aiuto, un collega virtuale, un esperto di supporto reale e concreto.

Superfluo ma utile, forse, aggiungere che lavorare per protocolli non significa limitare la propria autonomia, ma anzi affermarla con compiuta maturità del professionista e dell'esperto: l'assistenza infermieristica è cosa



difficile e la sua difficoltà inizia dalla definizione stessa; in questi anni sono molte le segnalazioni di leggi, decreti e azioni tese a snaturare la natura dell'Infermiere o al contrario rendere la qualifica inflazionata ed alla portata di chi non ha maturato il necessario percorso formativo universitario.

Ragionare di protocolli farà bene all'assistito, paziente, utente (è sempre lui, l'uomo nel letto con paure e sofferenze psico/fisiche) e a noi, chiamati a nuove responsabilità e sottoposti a molti stress, primo fra tutti quello della trasformazione in atto della categoria, da prettamente ausiliaria ed ancillare a professionale, competitiva, universitaria, autonoma.

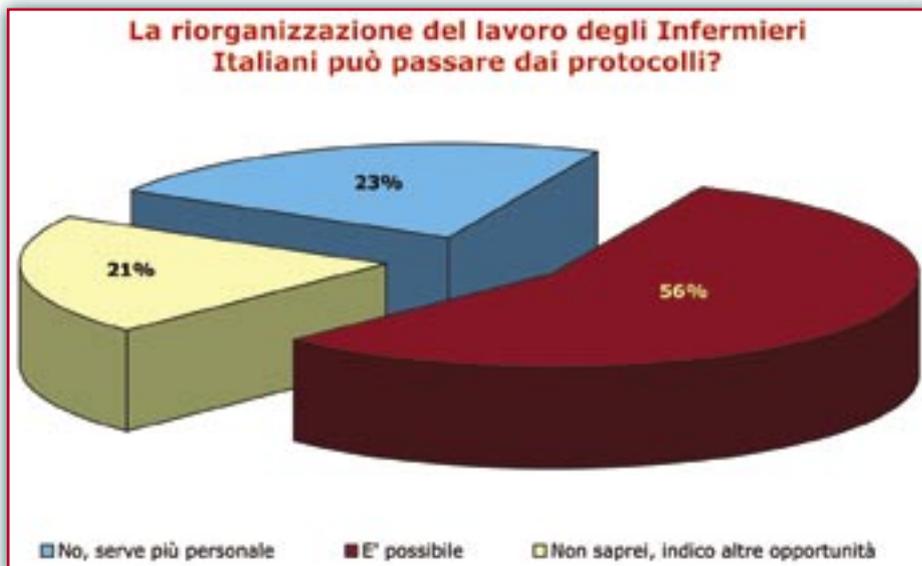
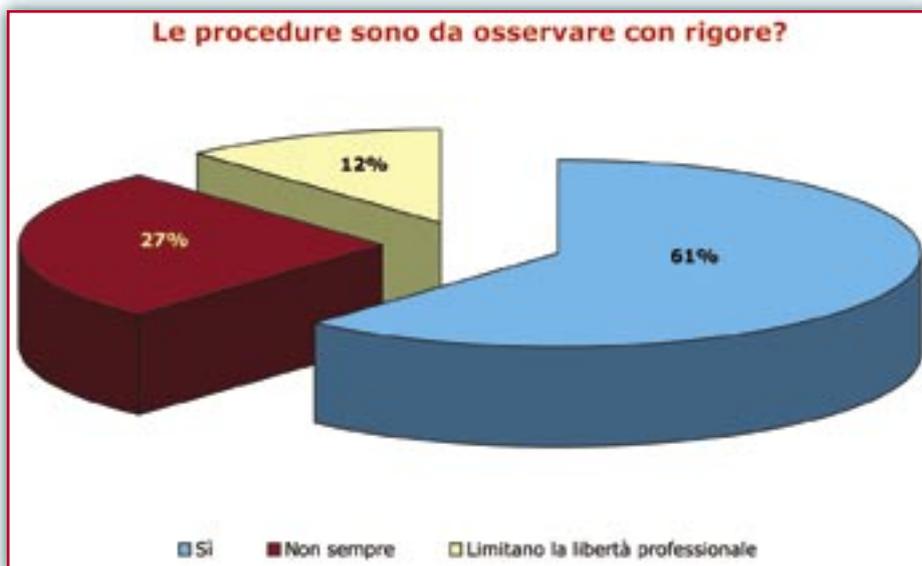
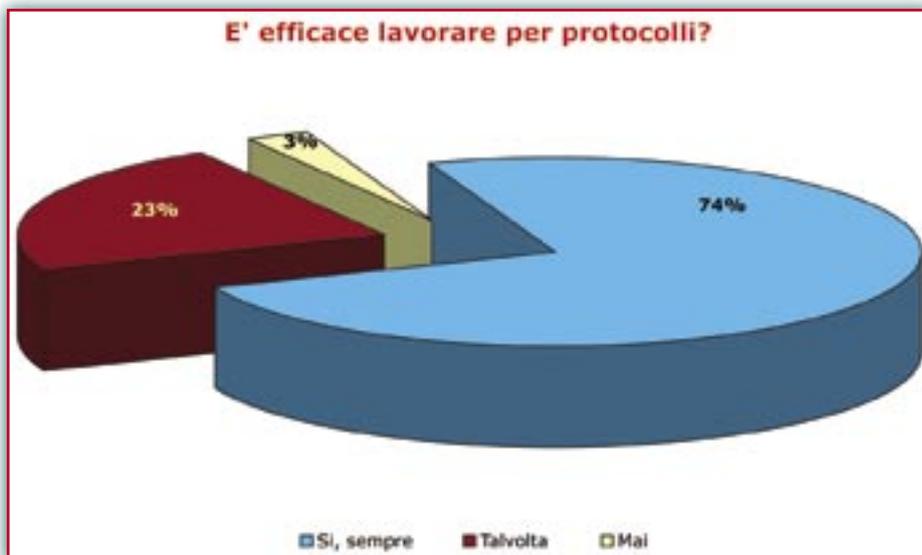
Un percorso lento, ricco di ostacoli e incertezze, con sgambetti esterni e talvolta interni, ma che deve essere fatto.

Penso che il protocollo potrà farci fare qualche passo avanti importante sulla strada descritta. Una volta ancora sarà importante essere uniti, fare gruppo, lavorare per un obiettivo comune.

Cosa ne pensano gli infermieri italiani dei protocolli

Ho rivolto le seguenti domande via mail a un largo campione di colleghi italiani (oltre 250) sul territorio nazionale. Le risposte sono state integrate da 107 analoghe schede ritirate, a cura della collega Gioconda Miricescu, ad un evento ECM ad Ascoli, nel maggio scorso.

1. *È efficace lavorare per protocolli*
 - a. sì sempre
 - b. talvolta
 - c. mai
2. *Le procedure sono da osservare con rigore?*
 - a. sì
 - b. non sempre
 - c. limitano la libertà del professionista)
3. *La riorganizzazione del lavoro degli Infermieri Italiani può passare dai protocolli?*
 - a. no serve più personale
 - b. è possibile
 - c. non saprei, indico altre opportunità



Ed ecco le risposte dei colleghi:

	risposta "a"	risposta "b"	risposta "c"
domanda 1	295	90	11
domanda 2	244	106	46
domanda 3	92	222	82



Il razionale delle linee guida

di *Giovanni Sartori*

*Infermiere Pronto
Soccorso ULSS 4 - Schio*

Premessa

Nell'ultimo numero della rivista, abbiamo già discusso dell'importanza dell'Evidence Based Medicine. Nursing come filosofia che promuove l'utilizzo di pratiche mediche la cui efficacia sia suffragata dalle migliori prove scientifiche. Le Linee Guida rappresentano uno degli strumenti più importanti per avere una pratica basata sulle evidenze perché rendono accessibili ai professionisti sanitari una sintesi interpretata e valutata dei risultati della ricerca bio-medica: sono, in altre parole, il concentrato di un ampio volume di conoscenze scientifiche, in un formato facilmente spendibile in ambito clinico. Le Linee Guida sono raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i sanitari a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche circostanze cliniche.

L'obiettivo prioritario delle LG è il miglioramento della qualità delle cure prestate al paziente; rappresentano infatti un modo concreto per ottimizzare le prestazioni e la qualità dell'assistenza, per scoraggiare le pratiche sanitarie inutili, inappropriate o dannose, riducendo la morbilità e la mortalità e valorizzando la qualità della vita. Sono utili ad identificare le zone grigie della pratica in cui vi è insufficiente evidenza scientifica, rendendo accessibili, anche ai sanitari del front-line, i risultati della ricerca scientifica più recente. Costituiscono una soluzione per ovviare alla variabilità delle cure, permettendo a tutti i pazienti, affetti dallo stesso problema, di essere curati nel medesimo modo.

Spesso utilizziamo i termini LG e protocollo in modo intercambiabile, anche se

il loro significato è sostanzialmente diverso. Per protocollo si intende uno schema rigido di comportamento, caratterizzato da una sequenza di atti da rispettare e perseguire. Le LG invece sono delle raccomandazioni e si caratterizzano per il processo sistematico attraverso il quale vengono elaborate e per la loro capacità di sintesi delle evidenze scientifiche.

Stesura delle Linee Guida

Le linee guida nascono dal confronto e dalla discussione di esperti sui dati, non sempre univoci, della letteratura, sulle esperienze professionali, sulle teorie, per giungere ad un consenso. Le metodiche utilizzate per arrivare alla formulazione delle raccomandazioni possono essere diverse. Ad esempio, il metodo delle Consensus Conference consiste in una sequenza di momenti di verifica e di discussione, durante i quali sono esaminate criticamente le informazioni disponibili sui diversi aspetti del problema in questione. Lo scopo è definire lo stato dell'arte del tema in esame, per produrre raccomandazioni valide da applicare nella pratica clinica. La cosiddetta giuria di consenso è composta da gruppi di esperti di diversa estrazione professionale: medici e ricercatori di tutte le specialità coinvolte nella gestione del problema assistenziale, medici di medicina generale, infermieri, epidemiologi, statistici, esperti nella ricerca di informazioni scientifiche, economisti, rappresentanti dei pazienti e dei familiari. La multidisciplinarietà del gruppo di lavoro garantisce un giusto equilibrio al dibattito; un gruppo monodisciplinare di specialisti tenderebbe invece a sovrastimare l'efficacia degli interventi terapeutici e renderebbe difficile il coinvolgimento di profes-



sionalità con minore potere come gli infermieri. Qualora la giuria raggiunga un accordo unanime su uno specifico intervento, questo viene tradotto in raccomandazione per la pratica clinica.

Assegnazione del grading alle raccomandazioni cliniche

Le LG sono, per definizione, delle indicazioni di comportamento clinico e non devono essere obbligatoriamente adottate. La loro applicazione è correlata alla tipologia e al peso dell'evidenza documentata su cui si basano. In funzione del tipo e della qualità delle evidenze disponibili, le raccomandazioni cliniche delle linee guida vengono qualificate dal grado di Livello di Prova e di Forza della Raccomandazione, espressi rispettivamente in numeri romani e in lettere. I Livelli di Prova fanno riferimento al tipo di studi da cui derivano le conoscenze dichiarate dalla LG. Per Forza della Raccomandazione si intende invece la probabilità che la sua applicazione nella pratica generi un miglioramento dello stato di salute dell'utente o della popolazione; più forte è l'evidenza, maggior fiducia può essere riposta dal lettore nella raccomandazione. Ogni raccomandazione deve essere accompagnata da un'esplicita classificazione del Livello di Prova e della Forza della Raccomandazione. Esempio: esiste

una buona evidenza sperimentale per consigliare alle donne di allattare al seno i propri bambini [II, A].

Ricerca le Linee Guida sulle banche dati elettroniche

Nella ricerca delle LG è preferibile affidarsi ad enti e banche dati di certificata autorevolezza. Medline, ad esempio, rappresenta la banca dati di riferimento più diffusa per la medicina clinica e per la pratica dell'Evidence Based Medicine. Il processo di ricerca delle linee guida su Medline, e database correlati (come HealthStar), è stato semplificato dall'inclusione nel publication type del termine Practice Guidelines. Anche su CINAHL, database rivolto specificatamente all'assistenza infermieristica, si possono trovare i testi completi di molte linee guida. Uno degli organismi maggiormente accreditati nell'elaborazione di linee guida è la Cochrane Library, il cui prodotto più importante è il Cochrane Database of Systematic Reviews; è possibile visualizzare gli abstracts (riassunti) gratuitamente sul sito www.cochrane.org/cochrane/revabstr/mainindex.htm. Anche sul sito della Canadian Medical Association (www.cma.ca/cpgs/index.htm) si possono trovare più di 500 linee guida costantemente aggiornate. Il GIMBE pubblica sul suo sito (www.gimbe.it) linee guida realizzate in Italia o tradotte.

Il Programma Nazionale per le Linee Guida

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 sottolinea che le LG rappresentano un terreno di accordo professionale sulle migliori strategie assistenziali, alla luce delle conoscenze scientifiche. Inoltre la loro adozione può rappresentare una soluzione allo squilibrio tra le limitate risorse economiche e la crescente domanda di prestazioni. A livello locale possono anche colmare la discontinuità tra la pratica clinica corrente e i risultati delle ricerche cliniche più attuali, attraverso verifiche di qualità.

Il Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG), previsto dal Piano Sanitario Nazionale, è coordinato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità. In seno al PNLG (www.pnlg.it) è stata istituita una banca dati di Linee Guida, uno strumento ad uso degli operatori sanitari, che devono poter contare su prodotti utili e, cosa non secondaria, in lingua italiana. La creazione di questa banca dati, resa pubblica e di facile accesso, rappresenta una soluzione per superare i molti ostacoli che si incontrano nell'individuazione, nel reperimento e nella valutazione critica comparata delle LG esistenti.

LIVELLI DI PROVA

I	Prove ottenute da studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche
II	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
III	Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati o loro metanalisi
IV	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
V	Prove ottenute da studi di casistica (serie di casi) senza gruppo controllo
VI	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

A	L'esecuzione di quella particolare procedura è fortemente raccomandata, poiché è sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, necessariamente di tipo I o II
B	Si ritiene che l'esecuzione di quella particolare procedura debba essere attentamente consigliata
C	Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire l'intervento
D	L'esecuzione della procedura non è raccomandata
E	Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura





Il sito del Programma Nazionale Linee Guida, all'indirizzo www.pnlg.it

Conclusione

Le LG sono delle raccomandazioni basate sulle migliori conoscenze attualmente disponibili. Rappresentano una proposta di comportamento clinico finalizzata a migliorare le cure, ridurre le pratiche mediche inappropriate e migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari. Non sono un ordine perentorio, ma suggeriscono indicazioni sulla condotta ottimale da tenere sulla maggioranza dei pazienti. Devono essere delle affermazioni precise su azioni da fare, o non fare, ed indicare, per ognuna delle asserzioni, una esplicita classificazione

ne della forza della raccomandazione. Il processo di sviluppo delle LG consiste nella discussione rigorosa, da parte di un gruppo multidisciplinare di esperti, delle migliori evidenze scientifiche. La loro veste editoriale e la creazione di banche dati di facile accesso mettono a disposizione degli operatori sanitari una gran mole di conoscenze scientifiche, altrimenti difficilmente interpretabili.

Le LG possono generare aspettative esagerate nella convinzione, diffusa soprattutto nel versante della dirigenza amministrativa, che siano in grado di risolvere gran parte dei problemi. Da parte dei sanitari invece

sono viste, a volte, con diffidenza perché considerate un'interferenza sulla propria autonomia decisionale. Le LG rivestono importanza anche da un punto di vista medico-legale: la loro applicazione non è obbligatoria, ma ha sicuramente una valenza deresponsabilizzante, soprattutto qualora siano l'espressione di dimostrate prove di efficacia.

Bibliografia essenziale

1. Cartabellotta A. Note di metodologia clinica. La qualità delle linee guida. *Ricerca e Sanità* 2000; 2: 47-8
2. Centro Cochrane italiano. Disponibile all'indirizzo www.areas.it
3. Conti AA, Biggeri A, Dilaghi B, et al. [per il Gruppo di Studio Smith Kline per la valutazione delle linee guida] Linee Guida e loro valutazione metodologica tramite una scheda di analisi multidimensionale. Dalla formulazione all'analisi e all'applicazione nella pratica clinica. *Tendenze Nuove* 1999; 6: 2-12
4. Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J. Using clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318: 728-30
5. Gruppo Italiano Medicina Basata sulle Evidenze. Disponibile all'indirizzo www.gimbe.it
6. Norme per la pubblicazione delle linee guida. Disponibile all'indirizzo www.147.163.1.67/linee.htm
7. Programma Nazionale per le Linee Guida. Disponibile all'indirizzo www.pnlg.it
8. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 318: 661-4
9. The Cochrane Collaboration. Disponibile all'indirizzo www.cochrane.org
10. Wilson MC, Hayward RS, Tunis SR. User's guide to medical literature. How to use clinical practice guidelines. Will the recommendations be valid? *JAMA* 1995; 274: 570-7

avviso ai naviganti



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



La fatigue nel malato oncologico

di **Simone Lussu**

*Infermiere Day Hospital
Oncologia Medica
ULSS 6 Vicenza*

La FATIGUE è uno dei disturbi più frequentemente riferiti dai pazienti oncologici. Viene definita come malattia nella decima revisione della International Classification of Disease (ICD10) del 1998, la classificazione internazionale delle malattie dell'OMS.

È un fenomeno multidimensionale che si sviluppa nel tempo, riduce i livelli di energia, le capacità mentali e lo stato psicologico dei pazienti oncologici. Il paziente prova un'estrema stanchezza, spossatezza, debolezza, mancanza di energia e ha bisogno di riposare più frequentemente o comunque in maniera non proporzionale alle attività sostenute¹. Non è semplicemente un insieme di sintomi da affaticamento, ma una malattia nella malattia che affligge la quasi totalità dei malati di cancro².

La FATIGUE riguarda il 78-96% della popolazione oncologica (soprattutto le donne e i giovani³) e addirittura il 50% la avverte prima del trattamento. Può aumentare del 60-90% durante la chemioterapia e del 75-100% durante la radioterapia; a volte

persiste anche dopo la fine del trattamento⁴, tanto che al termine della chemioterapia la fatigue viene segnalata dai pazienti come il sintomo di più lunga durata e invalidante nella vita quotidiana.

Per fare ancora chiarezza sull'entità del problema è descritto che il 61% dei malati di cancro la ritiene peggiore del dolore, della nausea e depressione.

I fattori che possono contribuire in maniera differente all'insorgere della malattia sono:

- ✓ Meccanismi fisiologici (disordini del metabolismo, anemia, ipossia, crescita della neoplasia, infezioni, febbre)
- ✓ Psicologici (depressione)
- ✓ Trattamento antitumorale
- ✓ Variabilità del paziente⁵.

L'anemia, anche lieve, è una causa determinante di FATIGUE anche quando non dà manifestazioni cliniche evidenti, tanto che la sua correzione è risultata essere un fattore direttamente proporzionale al miglioramento della qualità di vita del paziente⁶.

1. Portenoy, 1999
2. www.saluteeuropa.it/news/2003/0005.htm
3. www.aimac.it/fatigue/news.php?id_articolo=12
4. Portenoy, 1999; Simon, 1999
5. Portenoy, 1999; Vogelzang, 1997
6. Portenoy, 1999



Come è possibile riconoscere la FATIGUE?

Per poter parlare di FATIGUE il paziente deve presentare 6 o più dei seguenti sintomi per due settimane nell'ultimo mese:

- ✓ diminuzione di energia
- ✓ debolezza
- ✓ accresciuta necessità di riposo
- ✓ diminuzione della concentrazione o dell'attenzione
- ✓ diminuito interesse nelle normali attività
- ✓ sonno non ristoratore
- ✓ insonnia
- ✓ sensazione di dover svolgere sforzi per superare l'inattività
- ✓ eccessiva reattività emotiva
- ✓ difficoltà nel portare a termine le attività quotidiane
- ✓ problemi della memoria a breve termine
- ✓ malessere dopo sforzo prolungato.

Il paziente riferisce una forma di debolezza fisica e di apatia che impedisce ogni cosa, che annulla ogni iniziativa di vita.

Nei pazienti oncologici la FATIGUE dovrebbe essere valutata al momento della diagnosi (il 50% dei pazienti manifesta FATIGUE ancor prima di iniziare alcun trattamento), ed in particolare durante la terapia (per esempio mensilmente) per tutto il suo corso. Se il paziente presenta FATIGUE elevata alla fine dei cicli di terapia, dovrebbe essere effettuata anche una valutazione durante il follow-up. Deve essere effettuata un'accurata valutazione delle caratteristiche e delle manifestazioni (l'inizio, la durata, la severità, la mancanza di energia, sonnolenza, il rallentamento psichico, i disturbi dell'umore) ma anche dei fattori fisiologici (neoplasia, trattamenti, anemia, ipossia, infezioni, di-

sturbi del sonno, depressione) e degli effetti collaterali⁷.

Scale di valutazione della FATIGUE

Esistono due scale di valutazione della FATIGUE:

- ✓ **CLAS** - Cancer Linear Analogue Scale
- ✓ **FACT-AN** - Anemia Subscale

La **CLAS** è una scala analogico-visiva che permette al paziente di indicare un valore preciso in riferimento a tre variabili che sono il livello di energia nell'ultima settimana, lo svolgimento delle attività quotidiane, e la qualità di vita globale. È molto utilizzata in trials clinici; un cambiamento di 10 mm riflette un cambiamento clinico.

La **FACT-AN**, invece, è un questionario composto da 47 domande. Una variazione del 30% rappresenta un cambiamento clinicamente significativo nella qualità di vita del paziente.

Il ruolo dell'infermiere è fondamentale nella fase di valutazione della FATIGUE ed è essenziale instaurare

una buona relazione col paziente per identificarla. Il paziente dovrebbe essere interrogato sulla presenza di FATIGUE e di altri sintomi e sul livello con cui la FATIGUE predomina sulle altre cause di disagio.

L'infermiere dovrebbe fornire al paziente informazioni sulla natura della FATIGUE e più precisamente sul fatto che non è un fenomeno ineluttabile, che non dipende dalla mancanza di volontà personale, che è un problema comune, che è una malattia vera e propria, e che può essere curata.

Il paziente deve essere educato sull'utilizzo di strategie per gestire la FATIGUE come conservare l'energia (stabilire delle priorità, programmare le attività), distrazioni (musica, lettura), gestione dello stress (tecniche di rilassamento, esercizio mentale)⁸.

L'approccio iniziale deve essere rivolto alla correzione delle possibili cause⁹ e il ruolo dell'infermiere deve essere di sorveglianza, supporto al paziente, informazioni ai familiari, monitoraggio, assistenza. Tutto questo in collaborazione con le altre figure professionali al fine di non considerare più la fatigue una patologia ineluttabilmente correlata al cancro¹⁰.



7. Portenoy, 1999; NCCN Proceedings, Oncology, 2000

8. NCCN Proceedings, Oncology, 2000

9. Sabbatici, 2000

10. www.aimac.it/fatigue/news.php?id_articolo=5754



Una professione senza frontiere!



di **Tony Pedro Vieira**
Infermiere brasiliano

Mi chiamo Tony Pedro Vieira, ho 31 anni di età e sono brasiliano. Faccio l'Infermiere, laureato all'Universidade Federal de Santa Catarina, a Florianopolis (SC) - BRASIL - nel gennaio del 1995.

Il mio interesse per l'infermieristica sorge quando ero ancora molto giovane e da sempre ho avuto una voglia molto grande di aiutare gli altri. Ancora all'Università ho avuto molte esperienze difficili, vedendo molte persone soffrire di malattie, povertà, abbandono ed ingiustizie sociali: tutto ciò è servito a rafforzare ancora di più il mio profilo come Infermiere. Nell'ultimo anno della Facoltà ho lavorato presso il Servizio di Assistenza preospedalliera del "Corpo de Bombeiros" ASU (Soccorso Mobile d'Urgenza) di Florianopolis. Durante questo lavoro ho imparato ad affrontare le situazioni più diverse di soccorso alla popolazione, compresi incidenti stradali, domestici e tutti i tipi di urgenze, dove "la vita sta appesa ad un filo"... Così, sono diventato un professionista preparato per tutti i tipi di situazione.

Quando ho concluso l'Università ho avuto una bella opportunità e senza pensarci molto sono partito per il Giappone, che proprio in quel periodo era stato colpito da un terremoto di 7,2° nella scala Richter. Non parlavo nessuna parola di giapponese, ma con la stessa voglia di aiutare ed imparare ho preso la forza per oltrepassare tutte le barriere e raggiungere nuovi orizzonti. In questa missione volontaria ho lavorato insieme al Corpo dei Pompieri di quelle città (Kobe ed Osaka) dove morirono 6.400 persone, mentre altre 40.000 sono rimaste ferite. Sono stati distrutti 248.000 palazzi in queste città. Per soccorrere i feriti sono stati costruiti alloggi con medici, infermieri e volontari che si alternavano in turni. Ho presenziato momenti difficili e per me è difficile ancor oggi ricordare e scrivere su tutto questo che ho vissuto, mettere nella carta tutti i miei sentimenti nell'aver visto tanta sofferenza stampata nelle faccie di quelle persone che sono uscite di casa per lavorare e al ritorno trovarono il terzo piano del suo palazzo al posto del pian terreno, consapevoli che sotto quelle macerie potevano esserci tutte le loro famiglie. Dopo qualche tempo, quello che mi ha colpito di più è stata la grinta, la forza di volontà e la rapidità con la quale ricostruirono tutto, lasciando la città più bella di prima.

Nel mio soggiorno in Giappone ho avuto l'opportunità di conoscere la sua cultura, attraverso l'IKEBANA (l'arte di disporci i fiori), il

SUMO (arte marziale), l'ORIGAMI (arte di piegare la carta), NO ed KABUKI (teatro), le sue usanze, la lingua (che è composta di tre alfabeti: HIRAGANA, KATAKANA e KANJI, con più di 1800 simboli) e, principalmente, le persone.

A questo punto ho maturato il desiderio di studiare il processo dell'*invecchiamento sano*: l'ANZIANITÀ come un processo per affrontare con naturalezza e non come una "strettoia" gli ultimi anni di vita verso la morte. Anziano che mentre invecchia, prova a mantenere i suoi valori, le sue abitudini, i suoi modi e costumi, senza incorporare nuovi valori, guadagnando così il rispetto e l'ammirazione dei più giovani. Ho potuto anche percepire che l'anziano ha una interazione forte e continua con l'ambiente e con le persone, cercando sempre di continuare a crescere intellettualmente, creativamente ed emozionalmente, attraverso il ballo, la meditazione o la semplice maniera di potare un "bonsai".

Nel mio ritorno al Brasile, avendo acquisito una certa padronanza della lingua giapponese, ho fatto un corso di Assistente di Volo (hostess) della durata di sei mesi (anche con sopravvivenza nella selva ed in mare) ed ho cominciato a lavorare in una compagnia aerea internazionale: ho volato per 5 anni, conoscendo molti paesi e avendo l'opportunità di mettere in pratica a bordo anche tutta la mia esperienza di infermiere.

Quando ho avuto l'opportunità di venire a vivere e lavorare in Italia come infermiere non potevo crederci: avrei potuto conoscere un'infermieristica molto giovane, ma molto moderna.

Quello che mi ha colpito di più in Italia è stato conoscere come l'anziano interagisce con la società, come viene trattato nelle tante Case di Riposo. Livello educativo e risorse finanziarie elevate permettono anche un alto livello di vita nella anzianità. Gli anziani sono una grande ricchezza per tutta la comunità ed i suoi talenti possono portare beneficio a tutti, le persone continuano a svilupparsi e trasformarsi nella misura in cui sono attive.

Gli infermieri hanno un ruolo molto importante nell'aiutare questi anziani a soddisfare i suoi bisogni bio-psico-sociali, nel mantenimento della qualità di vita e nell'assistere e collaborare con i familiari ed altri professionisti coinvolti nel processo di assistenza.

Per concludere, spero che ci possiamo trovare fra qualche tempo, per raccontare le mie nuove esperienze ed avventure con l'infermieristica nel mondo!



Il modello di aggressione nei reparti psichiatrici

di **Edoardo Berton**

Infermiere 1° Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura - ULSS 6 Vicenza

L'esperienza del mio lavoro in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura mi porta a considerare gli episodi di aggressività come un problema molto importante per le ricadute soprattutto psicologiche che può avere sugli operatori (burn out) e sui degen- ti (compromissione delle relazioni terapeutiche), nella convinzione che gli incidenti violenti non sono degli eventi inevitabili ma che sia possibile e doveroso prevederli e prevenirli. La prevenzione della violenza, come vedremo, è un'azione complessa che deve avvenire a più livelli.

È importante sottolineare subito che i comportamenti violenti delle persone con malattie psichiatriche sono in genere di numero inferiori a quelli della popolazione generale. Più frequente è invece il rischio in ambiente psichiatrico ed è lo staff infer-

mieristico l'obiettivo più frequente delle aggressioni (Woods, 1996).

Il modello di aggressione nei reparti psichiatrici proposto da H. L. I. Nijman rappresenta una interpretazione abbastanza isolata nella letteratura internazionale del fenomeno della violenza in psichiatria. Isolata, perché gran parte degli studi sulle cause che determinano l'aggressione è orientata sulle caratteristiche del paziente: la psicopatologia ed il contesto sociale della persona. Questo modello amplia il panorama e mette in luce alcune variabili ambientali del contesto sanitario (variabili del reparto e dello staff) e l'interazione fra queste e quelle del paziente.

L'autore ipotizza inoltre che il ripetersi delle aggressioni nei reparti psichiatrici sia il risultato di un circolo vizioso: alla violenza del

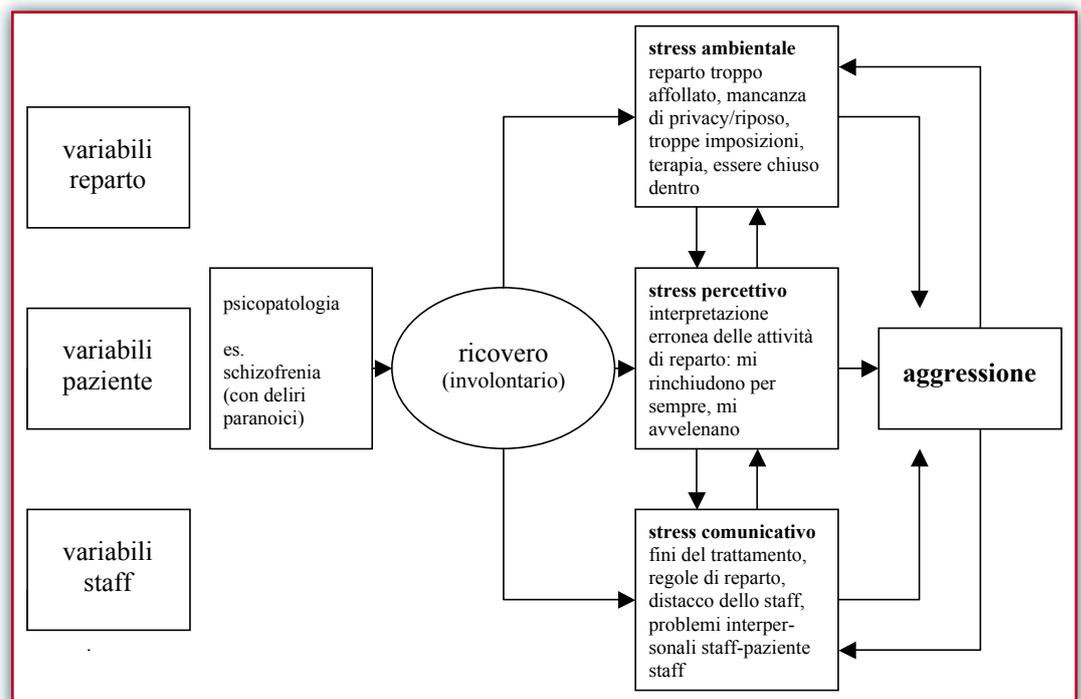


Fig 1: Modello di aggressione del paziente ricoverato in reparto psichiatrico adattato da H. L. I. Nijman



paziente spesso segue un aumento delle tensioni ambientali e comunicative con il conseguente aumento del rischio di nuova violenza.

A conferma della teoria, gli studi sostengono che il paziente violento è normalmente recidivo. Sono infatti una minoranza i pazienti responsabili di episodi di aggressività. In Inghilterra Hodgkinson e coll. (1985) hanno constatato che il 5,3% dei pazienti di un reparto per malati mentali era responsabile di circa il 50% del totale degli atti aggressivi registrati nel periodo di 2 anni.

Commento del modello

(traduzione letteraria dall'autore)

Variabili del paziente: psicopatologia

Considerando le variabili del paziente, si ritiene che la psicopatologia grave (es. schizofrenia di tipo paranoide) sia una delle più importanti cause dell'aggressione del paziente. La psicopatologia del paziente conduce al ricovero (di fatto involontario), ma questo introduce un inevitabile numero di fattori stressanti.

Variabili del reparto: stress ambientale

Dopo il ricovero in reparto psichiatrico entrano in gioco molti fattori di stress ambientale.

Per esempio, il fatto che il paziente sia generalmente all'interno di un ambiente con porte e finestre chiuse a chiave e goda di poca privacy e se il reparto è affollato, può essere esposto ad una iper stimolazione. Inoltre, al paziente può essere imposta una terapia che non conosce e/o che non accetta. Tutto questo può esitare in frustrazione, rabbia e violenza.

Variabili dello staff: stress comunicativo

Una difficile comunicazione fra staff e paziente contribuisce ad aumentare il rischio di aggressione. Per prevenire questo, bisogna spiegare al paziente attentamente e ripetutamente le finalità del trattamento e le regole di reparto. L'atteggiamento di chiusura dello staff e l'impossibilità per il paziente di ottenere informazioni sul suo trattamento possono indurre all'aggressività. Anche l'incoerenza del personale nel delimitare i limiti del setting può agire come elemento comunicativo stressante e condurre all'aggressione.

Variabili del paziente: distorsioni percettive

Nel centro del modello, al livello delle variabili del paziente, la percezione della situazione gioca un ruolo chiave perché un paziente diventi aggressivo o no. Sotto l'influenza della psicopatologia, lo stress ambientale e comunicativo può alimentare interpretazioni distorte delle attività del reparto. Esempio di interpretazioni erranee: "Mi stanno rinchiudendo per sempre" o "Mi stanno avvelenando lentamente con le medicine".

Circolo vizioso

Dopo il primo eccesso aggressivo, può instaurarsi un circolo vizioso. Come reazione ai comportamenti violenti del paziente, può aumentare il livello di stress ambientale per salvaguardare la sicurezza e delle persone: Il paziente può subire un trattamento coercitivo o gli si può impedire di lasciare il reparto. Queste misure possono confermarli l'errata convinzione di essere in pericolo in reparto e renderlo più timoroso nei confronti del team. I comportamenti aggressivi possono indurre nei membri dello staff reazioni controtrasferali negative (es. rabbia, ansietà), creando ulteriori problemi comunicativi. Come conseguenza dell'aumento di stress ambientale e comunicativo può emergere un modello ripetitivo di comportamenti violenti, seguito dall'uso di misure sempre più restrittive.

Definizione di aggressività

Ho trovato nel vocabolario della lingua italiana Zanichelli (lo ZINGARELLI 2004) una definizione del termine "aggressività", che fornisce una suggestiva interpretazione psicologica del meccanismo della violenza:

"Aggressività: Tendenza a manifestare un comportamento ostile, che ha per fine un aumento di potere dell'aggressore e una diminuzione di potere dell'agredito; si presenta in genere come reazione a una reale o apparente minaccia al proprio potere".

Questa definizione si integra perfettamente con il modello di Nijman. Si potrebbe dire quindi che l'aggressività è un comportamento finalizzato all'adattamento dell'uomo all'ambiente che lo circonda, nel caso del malato mentale ricoverato, all'ambiente di cura, per una vera o apparente minaccia al proprio potere, alla propria sicurezza.

CONSIDERAZIONI

La violenza è un problema organizzativo.

Da quanto detto si deduce che lo studio del contesto sanitario, inteso in modo lato, è determinante se si vuole ridurre o eliminare i comportamenti aggressivi del malato mentale. Semplificando molto, si può dire che ci sono due orientamenti organizzativi prevalenti:

Il primo tende ad accogliere la persona con i suoi problemi, con la sua sofferenza, assicurando confort e privacy. Si parla oggi di SPDC aperti, di abolizione di restrizioni fisiche, di un sistema psichiatrico basato sulla massima libertà dei degenti, sul massimo rapporto con la società esterna.

Il secondo, più vicino al recente passato istituzionale della nostra psichiatria, si preoccupa prevalentemente di proteggere la persona (o la società dalla persona?). Si parla quindi di custodia, vigilanza, controllo.

L'atteggiamento coattivo e autoritario, come abbiamo visto nel modello di Nijman, ha una ricaduta immediata sul comportamento del paziente, che, vedendo minacciato il proprio potere, può reagire con violenza alla violenza, a volte è evidente e legittimata, a volte occulta e larvata del sistema.

Possiamo distinguere i fattori organizzativi di prevenzione dell'aggressività in umani, strutturali e strumentali:

Fattori umani

- ✓ clima di reparto (relazione/comunicazione staff - dirigenza, staff - utenti);
- ✓ numero, preparazione, motivazione, qualifica, attitudini del personale;
- ✓ formazione continua e specifica riguardo alla previsione/gestione della violenza e le tecniche di comunicazione.

Qualche puntualizzazione:

Clima di reparto: è un concetto generico prodotto da molti fattori, in particolare modo dalla filosofia prevalente del servizio. È anche il risultato della comunicazione fra dirigenza - staff - utenti e del tipo e grado di formazione di ogni figura.

Katz & Kirkland (1990) affermano che nei reparti violenti e non violenti si possono distinguere modelli diversi di organizzazione sociale e di comportamenti dello staff. La violenza tende ad essere più frequente e grave in reparti nei quali le funzioni dello staff non sono chiare e nei quali le attività,



gli incontri, o le interazioni staff-paziente non sono prevedibili, quando permane uno stato di incertezza.

Un buon clima è per se stesso terapeutico ed è determinato anche dalla disponibilità di attività utili e stimolanti per i pazienti, che hanno un potente effetto nella qualità di vita che si sperimenta nel reparto. Quando invece il clima è teso, intollerante, indifferente alla sofferenza, vanifica qualunque intervento terapeutico specifico ed è possibile che i pazienti siano più a rischio di comportamenti violenti.

Anche l'organizzazione di gruppi terapeutici, con lo scopo di produrre attività espressive, può diventare tecnica di cura che interagisce dialetticamente con il clima di reparto. (Zanfini R., 2003)

Composizione dello staff: avere un alto numero di personale è stata considerata una risposta organizzativa alla violenza (Deep, 1983).

Gli operatori di più recente assunzione sono a più alto rischio d'incidenti (Carmen & Hunter, 1998).

Attitudine e stile interattivo dello staff: è stato trovato che il maggiore fattore che provoca gli incidenti è la stimolazione avversa, nella forma di imporre limiti, richieste frustranti al paziente, contatti fisici mal tollerati (Powell e coll., 1994). Evidenze empiriche evidenziano che così come sono una minoranza i pazienti aggressivi, così sono una parte minore gli infermieri che diventano vittime di aggressioni (si stima che il 5% dello staff è soggetto del 20% delle aggressioni (Hogkinson e coll. 1985). Entrano in gioco quindi anche le attitudini ed i comportamenti degli infermieri nel determinare un clima terapeutico, rilassato e privo di rischi. Haller e Deluty (1988) affermano che è altrettanto importante determinare il profilo psicologico e demografico delle vittime, quanto quello degli aggressori.

Fattori strutturali

- ✓ architettura di reparto;
- ✓ arredi;
- ✓ organizzazione e gestione degli spazi.

Architettura di reparto: il Royal College of Psychiatrists (1998) raccomanda che la qualità del design e degli arredi dei reparti di psichiatria debba essere certificata, questi "dovrebbero essere così confortevoli quanto un moderno hotel".

Un ambiente fisico progettato

appositamente deve prevedere:

- ✓ spazio sufficiente;
- ✓ confort adeguato;
- ✓ salvaguardia della riservatezza e sicurezza individuale (Zaffini R. e coll., 2003).

Il sovraffollamento, per molti autori, sembra essere alla base di molti atti aggressivi.

Fattori strumentali

- ✓ linee di condotta (linee guida, protocolli, procedure) per
 - ✗ prevenire, gestire l'emergenza;
 - ✗ stabilire modalità e parametri di accettazione dell'utente in reparto (adeguatezza del ricovero). Un grosso problema è che ancora adesso il SPDC è nell'immaginario collettivo il luogo di contenimento di tutte le condotte dissociali.
- ✗ chiarire e distinguere le competenze dell'operatore sanitario e delle Forze dell'Ordine, perché non ci può essere confusione di ruoli, e stabilire le circostanze e modalità di una eventuale collaborazione.
- ✓ piano delle attività degli utenti.

Linee di condotta: le linee di condotta sono il fondamento di un approccio organizzativo ad ogni problema perché rendono esplicite le responsabilità sia dei dirigenti che degli operatori, determinano gli standard di pratica accettabile e di fatto dichiarano la cultura del team.

La violenza è un problema culturale.

È evidente che l'organizzazione e lo stile del servizio, che condizionano

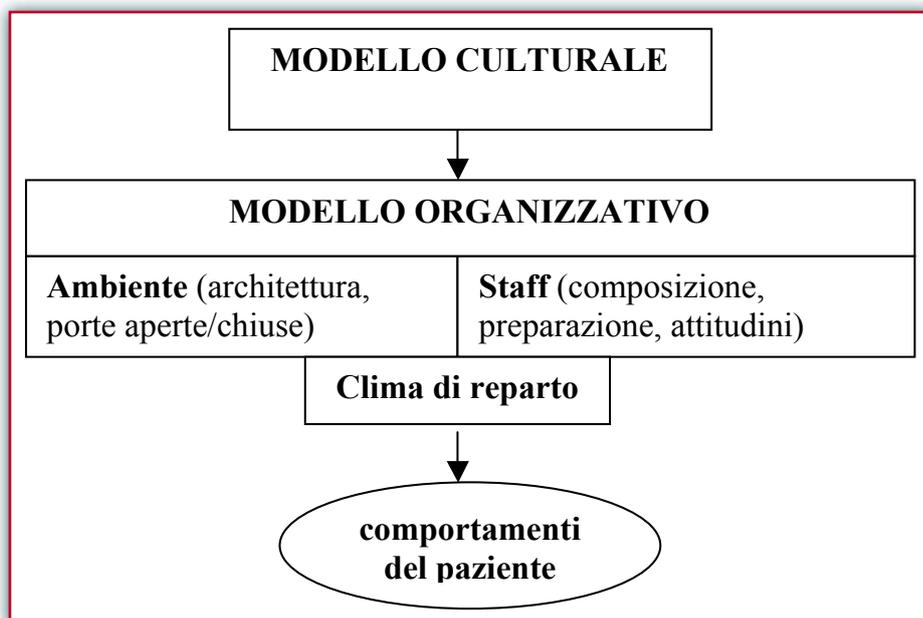
inevitabilmente anche i metodi di assistenza, sono stabiliti dai responsabili dei servizi in base al proprio modello culturale. Un importante e ampio studio condotto da Fisher nel 1994, ha evidenziato come l'uso delle contenzioni e dell'isolamento non sia strettamente legato allo stato psichico del paziente, ma sia da ricondurre all'impronta culturale dei responsabili ospedalieri, che incide significativamente sul modus operandi del servizio.

Qual è il clima culturale in Italia?

Non c'è dubbio in Italia la 180 ha prodotto una vera e propria rivoluzione culturale nella cura dei malati mentali, che è diventato un modello per altri stati.

"C" è stato un grande cambiamento in questi 25 anni di vita della riforma psichiatrica che ha chiuso i manicomi pubblici; ha riconosciuto il diritto di cittadinanza alle persone con disturbo mentale; ha mutato il vecchio rapporto tra psichiatria e giustizia; ha dato via ad un sistema di servizi di salute mentale ormai diffusi in tutto il territorio nazionale; ha mutato il destino di migliaia di uomini e donne con sofferenza (e i loro familiari), ha avviato un cambiamento di atteggiamento culturale nei confronti di ogni forma di diversità evidenziando l'illibertà, la disuguaglianza e l'esclusione sociale troppo volte a questa connessa". (Forum Salute Mentale).

Oggi però si assiste molto spesso ad una drammatica dissociazione fra pratiche ed enunciati, denunciata anche da alcuni movimenti sorti ulti-



mamente anche in contrapposizione a velleità controriformiste.

“...si assiste ad un indiscriminato ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)... I Servizi Psichiatri di Diagnosi e Cura (SPDC) in troppi Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)... sono muniti spesso di grate o di telecamere a circuito chiuso. Con le porte chiuse verso l'interno e verso l'esterno... puramente medicalizzati,... forniscono solo risposte contenitive e dequalificate, cristallizzando e stigmatizzando la sofferenza della persona come non curabile nel suo abituale contesto. Nella maggior parte degli SPDC (8 su 10) è frequente, se non routinario, l'uso della contenzione fisica (a volte, ci si giustifica, “solo per poco tempo per fare la terapia farmacologica”), ritenuta perfino in alcuni casi strumento “terapeutico” e non violazione dei diritti umani, evento per noi sentinella sul quale interrogarsi ed attrezzarsi affinché venga definitivamente abolito. (Forum Salute Mentale - Documento di presentazione, Roma Ottobre 2003.

È necessario anche aggiungere, in tema di pratiche, che al giorno d'oggi predominano logiche aziendali di contenimento delle risorse più che di valorizzazione della relazione d'aiuto.

È preoccupante anche l'emergere prepotente di un atteggiamento non chiaro di “medicina difensiva”, che viene a “contagiare” anche la psichiatria. Il paziente psichiatrico, portatore di problematiche complesse, rischia di non usufruire della migliore cura e assistenza, ma di quella che espone gli operatori a minori rischi giudiziari.

Principali ostacoli di crescita per l'infermiere di salute mentale

La storia dell'infermiere di psichiatria: nel settecento il medico francese Esquirol, dopo la breve esperienza di Philippe Pinel, aveva teorizzato per infermiere il ruolo di “domestico” che obbedisca ciecamente al medico come mero esecutore e guardiano del corpo (Jager, 1982).

Nei primi dell'ottocento il ruolo dell'addetto agli “alienati” era di difendere la collettività più che il singolo deviante con mezzi spesso punitivi. Nei confronti del medico era di totale subalternità.

Il passaggio da custode a sorvegliante, fino a quello di professionista

della salute mentale, è stato rapido e di certamente non è ancora del tutto ultimato. In ogni modo il passato professionale va studiato e compreso perché questo può favorire la consapevolezza dei problemi del presente.

Il rischio di seguire modelli non conformi ai nostri principi culturali sanciti dalla costituzione e dalla riforma Basaglia.

Che tipo di formazione fornisco le università agli studenti infermieri? I testi ed i manuali anglosassoni di assistenza, oggi diffusissimi, sono all'altezza della rivoluzione culturale che è avvenuta in Italia nel campo della salute mentale? È veramente preoccupante con quanta disinvoltura questi testi prevedano il ricorso a metodi coercitivi sorvolando problematiche di tipo etico e legale!

L'omologazione intellettuale, imposta più o meno apertamente, allo stile del servizio, che come si è detto, non sempre è in sintonia con i principi. Ciò può portare alla deresponsabilizzazione personale, alla mancanza di autodeterminazione, alla mortificazione della professionalità.

Considerazioni conclusive

In conclusione, come può l'infermiere ridurre/eliminare il rischio di condotte aggressive in uno SPDC?

La relazione con gli assistiti resta sempre lo strumento primario dell'infermiere che opera con disagiati psichici. Certo è molto importante la conoscenza del paziente, esistono validi strumenti per la valutazione del rischio, ma, come abbiamo visto, la violenza è un problema organizzativo (J. Noak e coll., 2001) ed è in quest'ambito che lo sforzo maggiore va fatto.

Può l'infermiere esprimersi a questo livello? Io credo di sì, a patto che, oltre a definire il proprio campo di attività e responsabilità, sviluppi un proprio modello culturale. E' solo in questo modo che può avere l'autonomia e l'autorevolezza necessaria per avere un ruolo da attivo nelle proprie organizzazioni. “L'innovazione si è sicuramente verificata nei percorsi formativi e nella normativa che regolamenta l'infermieristica italiana, ma è avvenuta anche nel contenuto culturale?” (Zanotti R., 2003).

L'infermiere è tenuto ad integrarsi e collaborare col proprio team,

non è tenuto, a mio avviso, all'omologazione a tutti i costi, quando il prezzo è la rinuncia alla professionalità, ai propri principi etici e soprattutto quando sono in gioco i diritti delle persone. “L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza.

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze valide ed aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci” (Codice deontologico dell'infermiere, art. 3.1).

Lavorare oggi nell'ambito della salute mentale non è facile, perché la psichiatria riflette i problemi all'interno della nostra stessa società e nell'ambiente culturale. È consolante comunque il fatto che gli infermieri stanno cambiando, sono sempre più motivati e preparati rispetto al passato. Sono certo che troveranno anche in questo difficile territorio una loro identità.

Bibliografia

- ☞ Carmen H., & Hunter M. (1989). Staff injures from inpatient violence, *Nursing Times*, 27, 1821-1825.
- ☞ Codice deontologico dell'infermiere (1999). Testo approvato dal comitato centrale del Collegio IPASVI.
- ☞ Deep F.C. (1983). Violent behaviour patterns on psychiatric wards. *Aggressive Behaviour*, 2, 295-306.
- ☞ Fisher 1994, Geospatial and Statistical Data Center, University of Virginia Library geostat@virginia.edu
- ☞ Forum Salute Mentale documento di presentazione, (ottobre 2003). <http://www.forumsalutementale.it>
- ☞ Hodginson P., McIvor L. & Philips M. (1985) Patient assaults on staff in a psychiatric hospital: a two-year retrospective study. *Medicine, Science, & the Law*, 25, 288-294.
- ☞ Katz P. & Kirkland F.R. (1990). Violence and social structure on mental hospital wards. *Psychiatry*, 53, 262-277.
- ☞ Nijman H.L.I (2002). A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 106 (suppl. 412): 142-143.
- ☞ Powell, G., Caan, W., & Crowe, M. (1994). What events precede violent incidents in psychiatric hospitals? *British Journal of Psychiatry*, 165, 107-112.
- ☞ Zanichelli Vocabolario della lingua italiana - lo ZINGARELLI 2004
- ☞ Zanfini R., Gatti E. (2003). Il ruolo dell'infermiere all'interno del servizio psichiatrico di diagnosi e cura.
- ☞ Zanotti R. (2003) La professionalizzazione dell'infermiere in università: innovazione o restyling? *Mondo Infermieristico*, 1, 2/2003.



Nuova opportunità per gli infermieri

Approda a Vicenza il Master di I livello in "Tecniche manageriali per coordinatori delle professioni sanitarie"

L'Università degli Studi di Verona, in collaborazione con l'Azienda ULSS 6 di Vicenza, ha organizzato presso il polo didattico di Vicenza un Master di primo livello in Tecniche Manageriali per Coordinatori delle Professioni Sanitarie.

Una opportunità per tutti gli infermieri che intendono raggiungere competenze avanzate in ambito gestionale e organizzativo.

Il Master nasce in risposta all'esigenza di preparare dei coordinatori in grado di governare la complessità attuale con l'attenzione di pro-

muovere lo sviluppo professionale della categoria infermieristica.

Il programma del corso con le finalità formative e le modalità di iscrizione sono consultabili presso il sito www.univr.it.

Il collegio IPASVI di Vicenza si congratula per l'iniziativa, certo che questa nuova esperienza possa essere da battistrada per ulteriori iniziative secondo le aree di specializzazione previste dal profilo professionale (DM 739/94): area critica, geriatria, pediatria, psichiatria e sanità pubblica.

Sul sito dell'Università di Verona (www.univr.it) è possibile scaricare il bando completo del master, la domanda di adesione e il programma formativo accedendo alla sezione "Offerta Formativa → Master → Facoltà di Medicina e Chirurgia".



Lauree specialistiche al via:

Chi saranno i primi infermieri fortunati che potranno frequentare il corso di laurea specialistica e quali prove dovranno superare per esserne ammessi?

Il recentissimo decreto della Ministro Moratti, per l'appunto, fa luce sulle modalità e i contenuti della prova di ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie. Il testo emanato dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (www.miur.it), prevede che non sia consentita alcuna abbreviazione del corso (che sarà per tutti di 2 anni), ad eccezione di "coloro i quali è stato conferito l'incarico ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, da almeno due anni alla data del presente decreto" e che l'ammissione al corso di laurea avvenga attraverso una prova predisposta dall'Università sulla base del decreto 9 luglio 2004.

La prova consisterà in 80 quesiti a risposta multipla, da risolversi entro 2 ore, inerenti argomenti di:

- ✓ teoria/pratica pertinente alle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse (32 quesiti);
- ✓ logica e cultura generale (18 quesiti);
- ✓ regolamentazione dell'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse e legislazione sanitaria (10 quesiti);
- ✓ cultura scientifico-matematica, statistica e informatica (10 quesiti);
- ✓ scienze umane e sociali (10 quesiti).

L'esame di ammissione si effettuerà il 6 ottobre 2004 sulla base dei programmi dell'allegato al decreto.

La valutazione sarà espressa in centesimi e la commissione d'esame avrà a disposizione 80 punti per la prova di ammissione e 20 per i titoli. A questo riguardo è da notare che il gap tra chi ha il "vecchio" diploma regionale abilitante all'esercizio professionale (in possesso anche di diploma di maturità) è di 1 punto rispetto a chi è in possesso del diploma universitario e di 2 punti rispetto al diploma di laurea triennale. Tutto l'articolo 2 comma 4, in ogni caso, indica il punteggio da attribuire ai vari titoli accademici e professionali.

A chi fosse interessato, un invito dunque a consultare il decreto e l'allegato (che pubblichiamo insieme a seguire) e un "in bocca al lupo" per la prova.

Decreto Ministeriale 9 luglio 2004

Modalità e contenuti prova di ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2004/05

Art. 1

1. Per l'anno accademico 2004/2005 l'ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie di cui al D.M. 2 aprile 2001, per i quali si dispone che non sia consentita una abbreviazione di corso, avviene previo superamento di apposita prova predisposta da ciascuna università sulla base delle disposizioni di cui al presente decreto.
2. L'ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie di cui al presente decreto, è consentita direttamente, in deroga al superamento della apposita prova, a coloro i quali è stato conferito l'incarico ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, da almeno due anni alla data del presente decreto.
3. La prova di ammissione per l'accesso ai corsi di laurea di cui al comma 1 articolati in uno per ogni classe di laurea specialistica, consiste nella soluzione di ottanta quesiti a risposta multipla, di cui una sola risposta esatta tra le cinque indicate su argomenti di:
 - teoria/pratica pertinente alle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse;
 - logica e cultura generale;
 - regolamentazione dell'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse e legislazione sanitaria;
 - cultura scientifico-matematica, statistica e informatica;
 - scienze umane e sociali.
4. La prova si svolge presso le sedi universitarie il giorno 6 ottobre 2004. Per lo svolgimento della prova è assegnato un tempo di due ore.
5. Sulla base dei programmi di cui all'allegato, che costituisce parte integrante del presente decreto, vengono predisposti trentadue quesiti per l'argomento di teoria/pratica pertinente all'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse; diciotto quesiti per l'argomento di logica e cultura generale e dieci quesiti per ciascuno dei restanti argomenti.

Art. 2

1. Per la valutazione del candidato ciascuna commissione giudicatrice, nominata dai competenti organi accademici, ha a disposizione cento punti dei quali ottanta riservati alla prova scritta e venti ai titoli.
2. Per la valutazione della prova si tiene conto dei seguenti criteri:
 - a) 1 punto per ogni risposta esatta;
 - b) 0,2 punti per ogni risposta sbagliata;
 - c) 0 punti per ogni risposta non data.
3. In caso di parità di voti prevale, in ordine decrescente, il punteggio ottenuto dal candidato nella soluzione rispettivamente dei quesiti relativi ai seguenti argomenti:

teoria/pratica pertinente all'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse; logica e cultura generale; regolamentazione dell'esercizio professionale specifico e legislazione sanitaria; cultura scientifico-matematica, statistica e informatica; scienze umane e sociali.
4. La valutazione dei titoli accademici e professionali, per la classe di laurea specialistica delle scienze infermieristiche e ostetriche avverrà sommando il punteggio di:

I.
Uno dei sotto elencati titoli, a scelta del candidato, presentato per l'accesso al corso:

 - diploma di laurea triennale, abilitante all'esercizio di una delle pro-



ecco come accedervi.

fessioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse: punti 7;

- diploma universitario, abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse: punti 6;
- titoli abilitanti all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, di cui alla legge n. 42/1999: punti 5.

II.

- diploma di Scuola diretta a fini speciali in assistenza infermieristica (DAI) di cui al D.P.R. n. 162/82: punti 3;
- altri titoli accademici, professionali o formativi: punti 0,50 per ciascun titolo fino ad un massimo di punti 2.

III.

- attività professionali nella funzione apicale di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, idoneamente documentate e certificate: punti 1 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4.

IV.

- attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, idoneamente documentate e certificate: punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4.

5. La valutazione dei titoli accademici e professionali per le classi di laurea specialistica delle scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione, per le classi di laurea specialistica delle scienze delle professioni sanitarie tecniche e per le classi di laurea specialistica delle scienze delle professioni sanitarie della prevenzione, avverrà sommando il punteggio di:

I.

Uno dei sotto elencati titoli, a scelta del candidato, presentato per l'accesso al corso :

- diploma di laurea triennale abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse: punti 7;
- diploma universitario, abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse: punti 6;
- titoli abilitanti all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse di cui alla legge n. 42/1999: punti 5.

II.

- altri titoli accademici, professionali o formativi: punti 0,50 per ciascun titolo fino ad un massimo di punti 5.

III.

- attività professionali nella funzione apicale di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse idoneamente documentate e certificate: punti 1 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4.

IV.

- attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse, idoneamente documentate e certificate: punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4.

Art.3

1. I bandi di concorso prevedono disposizioni atte a garantire la trasparenza di tutte le fasi del procedimento e indicano i criteri e le

procedure per la nomina delle commissioni preposte agli esami di ammissione e dei responsabili del procedimento ai sensi della legge n.241/1990.

2. I bandi di concorso definiscono inoltre le modalità relative agli adempimenti per il riconoscimento dell'identità dei partecipanti, gli obblighi degli stessi nel corso dello svolgimento della prova, nonché le modalità in ordine all'esercizio della vigilanza sui candidati, tenuto conto di quanto previsto dagli articoli 5, 6 e 8 del D.P.R. 3 maggio 1957, n. 686, ove non diversamente disposto dagli atenei.

Allegato al Decreto

PROGRAMMI PROVA DI AMMISSIONE AI CORSI DI LAUREA SPECIALISTICA DELLE PROFESSIONI SANITARIE Anno accademico 2004-2005

1) Teoria/Pratica della disciplina specifica

Accertamento delle conoscenze teorico / pratiche essenziali, nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale; della capacità di rilevare e valutare criticamente da un punto di vista clinico ed in una visione unitaria, estesa anche nella dimensione socioculturale, i dati relativi allo stato di salute e di malattia del singolo individuo, di gruppi interpretandoli alla luce delle conoscenze scientifiche di base; delle abilità e l'esperienza, unite alla capacità di autovalutazione, per affrontare e risolvere responsabilmente i problemi sanitari prioritari. Applicare queste conoscenze anche nella risoluzione di problemi organizzativi e didattici tenendo presente le dimensioni etiche.

2) Logica e Cultura generale

Accertamento della capacità di comprendere il significato di un testo o di un enunciato anche corredato di grafici, figure o tabelle, di ritenere le informazioni, di interpretarle, di connetterle correttamente e di trarne conclusioni logicamente conseguenti, scartando interpretazioni e conclusioni errate o arbitrarie. I quesiti verteranno su testi di saggistica o narrativa di autori classici o contemporanei, oppure su testi di attualità comparsi su quotidiani o su riviste generaliste o specialistiche; verteranno altresì su casi o problemi, anche di natura astratta, la cui soluzione richiede l'adozione di forme diverse di ragionamento logico.

3) Regolamentazione dell'esercizio professionale specifico e legislazione sanitaria

Accertamento delle conoscenze riguardo l'esercizio professionale specifico e delle principali fonti legislative riguardanti la specifica disciplina e la legislazione sanitaria nazionale di interesse specifico.

4) Cultura scientifico-matematica, statistica, informatica e inglese

Accertamento della padronanza estesa al versante sperimentale o applicativo di conoscenze di base nei sottoelencati settori disciplinari: Matematica, Epidemiologia, Statistica, Informatica.

Nota: è auspicabile anche inserire la comprensione di due o tre frasi semplici per verificare il grado di conoscenza della lingua inglese.

5) Scienze umane e sociali, Scienze del management generale e sanitario

Psicologia, Pedagogia, didattica Sociologica, Filosofia, Management ed Organizzazione. Accertamento delle conoscenze riguardo le diverse teorie presenti nel panorama contemporaneo con le corrispondenti concezioni dell'uomo e della società.

Accertamento della capacità di applicare conoscenze specifiche nella gestione di servizi ai diversi livelli e nella didattica ai diversi livelli.





Ulss 6 Vicenza
Dipartimento Oncologico



L'assistenza al paziente oncologico: dal fare al pensare



Scuola per Operatori Sanitari

Vicenza, 18 settembre - 23 ottobre - 20 novembre

Con il Patrocinio di:

R.I.O. Nord-Est - Rete Infermieri Oncologia
A.I.A.O. - Associazione Infermieri Assistenza Oncologica
I.P.A.S.V.I. - Collegio Provinciale di Vicenza
A.I.O.M. - Ass. Italiana Oncologia Medica - Sez. Regionale

Modalità di partecipazione

L'evento formativo è rivolto a medici e infermieri che operano in campo oncologico.

La partecipazione è limitata a 100 posti di cui 20 sono riservati ai medici (10 dipendenti dell'Ulss 6 Vicenza e 10 esterni) e 80 posti agli infermieri (40 dipendenti dell'Ulss 6 Vicenza e 40 esterni). Per i partecipanti esterni la quota di iscrizione è di € 60,00 IVA inclusa, mentre per i dipendenti dell'Ulss 6 Vicenza la partecipazione al Corso è gratuita. La precedenza sarà assegnata in base alla data di iscrizione (farà fede il timbro postale o la data di invio del fax). La quota comprende la partecipazione alle lezioni, la colazione di lavoro, il coffee break, il materiale didattico e l'attestato di partecipazione (accreditemento ECM in corso).

Comitato Scientifico

- ✘ **DDSI Gianmaria Fanchin**
Coordinatore DH Oncologia Medica,
ULSS 6 Vicenza
tel.: 0444 992409 - fax: 0444 993754
E-mail: dh.oncologia@ulssvicenza.it
- ✘ **Dr. Vinicio Fossier**
Direttore Dipartimento Oncologico,
ULSS 6 Vicenza

Segreteria Organizzativa

- ✘ **Meneghini & Associati**
Ref. dr. Martina Feder
Viale Trento, 56/F - 36100 Vicenza
tel.: 0444 322377 - fax: 0444 320321
e-mail: feder@meneghinieassociati.it

Convenzione

Collegio IPASVI - Istituto Scolastico Kennedy

Il Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza ha stipulato una convenzione con l'Istituto Scolastico Kennedy di Thiene che consente a tutti gli infermieri iscritti di frequentare i corsi di preparazione all'esame di idoneità al 5° anno di *Dirigente di Comunità* e/o all'esame di maturità, usufruendo di uno sconto del 25% sulla quota totale di partecipazione.

Per informazioni relative al corso contattare direttamente l'Istituto Scolastico Kennedy:

tel.: 0445 370195 - fax: 0445 381003 - e-mail: iskennedy@virgilio.it





Il progetto di protezione IPASVI è attivo!

Sono state raccolte le prime 5.000 adesioni e, quindi, la polizza assicurativa Willis per la responsabilità civile derivante dell'attività professionale infermieristica è diventata operativa.

L'accordo stipulato tra la *Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI* e la *Reale Mutua Assicurazioni* offre, con una quota davvero economica (26-30 €), la possibilità di tutelarsi dalle richieste di risarcimento danni.

Per maggiori informazioni visita il nostro sito:

www.vicenzaipasvi.it

Convocazioni del Consiglio Direttivo

25° CONVOCAZIONE: 4 maggio 2004

PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Fanin Filippo, Simonetto Monica, Pegoraro Federico, Sarzo Paola.

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Bortoli Romina, Ramon Nadia.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 20/04/04; 2) si esaminano le domande degli iscritti (16 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) report del Consiglio Nazionale del 24/04/04; 4) si discute la richiesta di inserire del materiale pubblicitario nel giornalino; 5) si esamina la risposta della Cassa di Previdenza Nazionale ad un quesito di un libero professionista; 6) si discute se questo Collegio intende anticipare parte della spesa relativa all'avvio della campagna informativa; 7) si fissa un incontro tra un iscritto e un consulente del collegio per far accordare le due parti su una controversia; 8) si stabilisce la data della scadenza per la cancellazione dall'albo per cessata attività; 9) si organizza l'accoglienza ai rappresentanti della Federazione nazionale degli infermieri del Brasile CoreSc; 10) si discute la proposta di far sostenere le spese di segreteria agli infermieri non comunitari, i quali presentano domanda di iscrizione, con relativo esame.

26° CONVOCAZIONE: 25 maggio 2004

PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bortoli Romina, Bottega Andrea, Gomitolo Olga, Simonetto Monica, Pegoraro Federico, **ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI:** Cecchetto Roberto, Cariolato Massimo, Fanin Filippo, Ramon Nadia, Sarzo Paola.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 4/05/04; 2) si esaminano le domande degli iscritti (9 iscrizioni, 3 cancellazioni); 3) si discute la richiesta di un infermiere non comunitario che, dopo aver sostenuto l'esame, chiede il rimborso della quota versata ai fini dell'iscrizione al collegio; 4) si analizzano le proposte attuate per il 12 maggio; 5) si affida ad una consigliera l'incarico di seguire le pratiche relative all'assicurazione Willis; 6) si incaricano alcuni consiglieri di sostituire la segretaria amministrativa durante l'assenza della stessa per congedo ordinario.

27° CONVOCAZIONE: 22 giugno 2004

PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Gomitolo Olga, Simonetto Monica, Pegoraro Federico, **ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI:** Cecchetto Roberto, Cariolato Massimo, Fanin Filippo, Ramon Nadia, Sarzo Paola.

Carliato Massimo, Ramon Nadia.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 25/05/04; 2) si esaminano le domande degli iscritti (16 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) si affronta l'organizzazione della campagna informativa promossa dalla regione Veneto; 4) report del Consiglio Nazionale del 19/06/04; 5) report del Coordinamento del Collegi del Veneto per la formazione e l'inserimento dell'OSS; 6) si discute la proposta di scambio culturale con il Brasile, già nostri ospiti alcuni rappresentanti nel maggio scorso; 7) relazione del presidente sull'incontro con i NAS di Padova; 8) si concorda la presenza della consulente per la libera professione per ogni primo lunedì del mese; 9) si discute la richiesta di patrocinio per un corso organizzato dal personale dell'area oncologica del San Bortolo; 10) si discute la richiesta di copia dell'elenco degli iscritti da parte di un istituto di scuola superiore; 11) si incarica un consigliere di assolvere alcuni compiti di carattere amministrativo rimasti in sospenso a causa dei tanti impegni derivanti dall'attività con gli infermieri non comunitari a carico della segreteria amministrativa; 12) si evidenziano alcune criticità relative alla rivista Infermieri Informati.

28° CONVOCAZIONE: 20 luglio 2004

PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Segretaria Dal Degan Sonia, Bortoli Romina, Cariolato Massimo, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola.

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Bottega Andrea, Fanin Filippo, Simonetto Monica, Ramon Nadia.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 22/06/04; 2) si esaminano le domande degli iscritti (14 iscrizioni e 4 cancellazioni); 3) si discute la proposta della vicepresidente di un corso di bioetica per infermieri; 4) si discute la proposta di istituire una borsa di studio, per il 2005, per la tesi migliore a tema assegnato; 5) si discute la parcella della consulente per la libera professione; 6) si discute la partecipazione allo scambio culturale con il Brasile e l'evento proposto dalla Federazione per il 50° anniversario del collegio a scopo benefico; 7) si affronta il problema della mancanza delle sede del tirocinio per i corsi per OSS proposti dagli istituti privati.

Avviso

TERMINI UTILI PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO PER CESSATA ATTIVITÀ

Si ricorda agli iscritti che le richieste di cancellazione dall'albo per cessata attività vanno effettuate entro la fine dell'anno a valere per l'anno successivo (per es.: la domanda per il 2005 deve essere presentata entro il 31/12/04).

Per le domande pervenute dal 1° gennaio sarà possibile la cancellazione, ma la quota di iscrizione per l'anno in corso dovrà comunque essere versata.



Informazioni di Segreteria

Negli orari di apertura al pubblico del Collegio la segreteria amministrativa 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 (in questo caso è necessario allegare un francobollo o una 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

Chiusura estiva

dal 16 al 22 agosto: chiuso

dal 9 al 15 e dal 23 al 29 agosto: aperto solo nei pomeriggi di martedì e giovedì dalle 14.00 alle 18.00

Sportello Libera Professione

Ogni 1° lunedì del mese dalle 15.30 alle 17.30

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

Programma Formativo

E.C.M. 2004

Il Collegio IPASVI di Vicenza, in collaborazione con la Società Italiana di Nursing, ha programmato per il prossimo quadrimestre 3 eventi formativi ECM:

1. **La gestione delle emozioni**, Chiampo (VI), 25 settembre 2004
2. **Assistenza infermieristica al paziente con derivazione intestinale: dalla dipendenza alla riabilitazione**, Noventa (VI), 30 ottobre 2004
3. **Gestione dei sistemi impiantabili per l'accesso venoso centrale: inserimento, complicanze e assistenza infermieristica**, Sandrigo (VI), 27 novembre 2004

Modalità di iscrizione ai corsi:

Iscrizione:

- ✓ inviare il modulo di iscrizione a: **Società Italiana di Nursing**, numero fax: **0444 624070**
- ✓ in alternativa è possibile (e consigliabile) compilare il modulo on-line all'indirizzo **www.italianursing.org**

Conferma dell'avvenuta iscrizione:

- ✓ se vi iscrivetevi on-line all'indirizzo **www.italianursing.org** la conferma è automatica, in quanto al raggiungimento dei posti disponibili il modulo di iscrizione on-line scomparirà dal web
- ✓ se vi iscrivetevi mediante fax è necessario chiamare il numero 320 7299103 o il numero 0444 624070 per avere conferma dell'avvenuta iscrizione

Pagamento:

- ✓ la relativa quota dovrà essere versata tramite bollettino postale intestato a **Società Italiana di Nursing, c/c n. 54491907**, entro 7 giorni dall'iscrizione, pena l'annullamento dell'iscrizione stessa.
È possibile pagare più quote nello stesso bollettino, purché nel fax di invio della ricevuta o nel modulo on-line siano riportati i nomi dei partecipanti.

Ricevuta del pagamento:

- ✓ una volta effettuato il versamento è necessario inviare la ricevuta al fax 0444 624070 oppure compilare il modulo on-line all'indirizzo **www.italianursing.org/versamenti.asp**.

ATTENZIONE!

- ✓ Le schede di iscrizione compilate in modo non chiaro o incompleto non verranno prese in considerazione
- ✓ Si prega di comunicare l'eventuale impossibilità a partecipare al corso dopo aver già effettuato l'iscrizione, al fine di rendere immediatamente disponibile il posto per un altro collega



La gestione delle emozioni

Chiampo (VI) - Auditorium Comunale - 25 settembre 2004

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

Via

CAP e Città

Telefono

E-mail

Ente di appartenenza

Professione

iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza non iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza

Data _____

Firma _____

Ai sensi della L. 675/96, autorizzo il Collegio IPASVI di Vicenza e la Società Italiana di Nursing al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione del corso/convegno.

Assistenza infermieristica al paziente con derivazione intestinale: dalla dipendenza alla riabilitazione

Noventa (VI) - Teatro Modernissimo - 30 ottobre 2004

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

Via

CAP e Città

Telefono

E-mail

Ente di appartenenza

Professione

iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza non iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza

Data _____

Firma _____

Ai sensi della L. 675/96, autorizzo il Collegio IPASVI di Vicenza e la Società Italiana di Nursing al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione del corso/convegno.

Gestione dei sistemi impiantabili per l'accesso venoso centrale: inserimento, complicanze e assistenza infermieristica

Sandrigo (VI) - Cinema Arena - 27 novembre 2004

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

Via

CAP e Città

Telefono

E-mail

Ente di appartenenza

Professione

iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza non iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza

Data _____

Firma _____

Ai sensi della L. 675/96, autorizzo il Collegio IPASVI di Vicenza e la Società Italiana di Nursing al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione del corso/convegno.

La gestione delle emozioni

Sede e Data del corso:

Chiampo (VI) - Auditorium Comunale
25 settembre 2004

Destinatari:

tutte le professioni (max 120 partecipanti)

E.C.M.:

accreditamento in corso

Obiettivi:

La finalità dell'intervento formativo è quella di trasmettere la conoscenza dei principali meccanismi coinvolti nei processi emozionali. Le emozioni sono dei segnali, che non possiamo sopprimere o evitare, ma che vanno interpretati in modo appropriato, affinché esplicino la loro funzionalità. Il corso si propone quindi di:

- ✓ rendere i partecipanti in grado di comprendere il significato delle proprie emozioni;
- ✓ fornire gli elementi che consentano una gestione corretta delle stesse, evitando meccanismi quali l'evitamento o la negazione, che alla lunga risultano deleteri;
- ✓ fornire ai corsisti tecniche per la gestione delle emozioni quali disagio e ansia.

Programma:

8.30 - 9.00	Registrazione dei partecipanti
9.00 - 10.00	L'intelligenza emotiva.
10.00 - 11.00	La funzione delle emozioni.
11.00 - 11.15	coffee break
11.15 - 12.15	Le principali emozioni.
12.00 - 13.15	Interpretazione e significato delle emozioni.
13.15 - 14.30	pausa pranzo (buffet incluso nella quota di partecipazione)
14.30 - 16.00	Esercitazione sulla conoscenza delle proprie ed altrui emozioni.
16.00 - 16.45	Strategie di gestione delle emozioni.
16.45 - 17.15	Le emozioni come principale fattore motivante.
17.15 - 18.00	Emozioni e comportamento non verbale.
18.00 - 18.30	Test di valutazione dell'apprendimento.

Quote di partecipazione:

- ✓ iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza: 20 €
- ✓ non iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza: 50 €

Assistenza infermieristica al paziente con derivazione intestinale: dalla dipendenza all'autonomia

Sede e Data del corso:

Noventa (VI) - Teatro Modernissimo
30 ottobre 2004

Destinatari:

infermieri (max 200 partecipanti)

E.C.M.:

accreditamento in corso

Obiettivi:

Al termine dell'evento il discente conoscerà le modalità per:

- ✓ gestire correttamente le diverse derivazioni intestinali;
- ✓ educare il paziente all'autonomia nella gestione della derivazione intestinale.

Programma:

8.30 - 9.00	Registrazione dei partecipanti
9.00 - 10.00	Stomie intestinali: come, quando, perché.
10.00 - 10.30	La gestione delle derivazioni intestinali - prima parte.
10.30 - 10.45	coffee break
10.45 - 11.45	La gestione delle derivazioni intestinali - seconda parte - dimostrazioni pratiche.
11.45 - 12.45	Complicanze stomali e peristomali: prevenzione e cura.
12.45 - 14.00	pausa pranzo (buffet incluso nella quota di partecipazione)
14.00 - 16.00	La riabilitazione del paziente stomizzato: dalla dipendenza all'autonomia.
16.00 - 16.30	Ambulatorio di auto aiuto per lo stomizzato: presentazione dell'esperienza vicentina e dei risultati raggiunti.
16.30 - 17.30	Dibattito.
17.30 - 18.00	Test di valutazione dell'apprendimento.

Quote di partecipazione:

- ✓ iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza: 20 €
- ✓ non iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza: 50 €

Gestione dei sistemi impiantabili (CVC) per l'accesso venoso centrale: inserimento, complicanze e assistenza infermieristica

Sede e Data del corso:

Sandrigò (VI) - Cinema Arena
27 novembre 2004

Destinatari:

infermieri (max 200 partecipanti)

E.C.M.:

accreditamento in corso

Obiettivi:

Al termine dell'evento il discente sarà in grado di:

- ✓ individuare i diversi sistemi impiantabili e conoscere la fase di preparazione del paziente per l'inserimento;
- ✓ conoscere le principali complicanze, accertamento e sintomatologia clinica: infezioni, trombosi, malfunzionamento, rottura del CVC;
- ✓ gestire correttamente il paziente con CVC impiantabile per prevenire le complicanze: sanguinamento, infezioni, ostruzione, disinformazione del paziente.

Programma:

8.30 - 9.00	Registrazione dei partecipanti
9.00 - 10.00	Perché l'accesso venoso centrale con un CVC impiantabile?
10.00 - 11.00	Le complicanze correlate al CVC impiantabile: le infezioni.
11.00 - 11.15	coffee break
11.15 - 12.15	Le complicanze correlate al CVC impiantabile: il PNX, la trombosi, la rottura del catetere.
12.15 - 12.45	Dibattito.
12.45 - 14.00	pausa pranzo (buffet incluso nella quota di partecipazione)
14.00 - 15.00	La funzione infermieristica nella prevenzione delle complicanze nel paziente con CVC impiantabile.
15.00 - 16.00	La funzione infermieristica per educare il paziente con CVC impiantabile.
16.00 - 17.00	Presentazione dell'esperienza vicentina e dei risultati raggiunti.
17.00 - 17.30	Dibattito.
17.30 - 18.00	Test di valutazione dell'apprendimento.

Quote di partecipazione:

- ✓ iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza: 20 €
- ✓ non iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza: 50 €