

INFERMIERI

informati

notizie dal Collegio IPASVI di Vicenza



Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - Tel./Fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale
Spedizione in abbonamento postale - 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

ISSN: 1721-2456

Anno IX - Numero 2
SETTEMBRE-DICEMBRE 2008



EDITORIALE

La carenza di infermieri è un problema cronico. Ma qual è la vera causa?

A PAG. 3



INCONTRI

Elezioni per il rinnovo del consiglio direttivo del collegio IPASVI 2009-2011

A PAG. 4



INIZIATIVE

Medmatic@2008 e-Ealth. Regione Veneto in primo piano

Appuntamento il 30 e 31 ottobre in Fiera a Vicenza

A PAG. 22



INIZIATIVE

2° Edizione del Concorso A spasso con TESI

A PAG. 23



Infermierinformati

ISSN 1721-2456
Quadrimestrale, anno IX - numero 1

Direttore responsabile
Fanchin Gianmaria

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

Responsabile editoriale
Collegio IPASVI di Vicenza
Viale Trieste 29/c - 36100 Vicenza
Tel./Fax 0444 303313
E-mail vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

Progetto grafico
Ergon Edizioni - Vicenza - Tel. 0444 302460
info@ergonedizioni.it - www.ergonproject.it

Stampa
Grafiche Simonato Snc - Fara Vic.no (VI)

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.

Foto di copertina:
Villa da Porto - Dueville (VI)
(foto: Gianmaria Fanchin)

**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 rispettando i seguenti criteri:

- per le riviste: cognome e nomi 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 dei relativi responsabili.

Il materiale inviato non verrà restituito in alcun caso.

Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - Tel./Fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale
Spedizione in abbonamento postale - 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

Infermierinformati
SOMMARIO

LA CARENZA DI INFERMIERI È UN PROBLEMA CRONICO. MA QUAL È LA VERA CAUSA?	3	BANDO MASTER UNIVERSITARIO DI MANAGEMENT PER COORDINATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE A VICENZA (UNIVERSITÀ DI VERONA)	18
ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO 2009 - 2011	4	BANDO MASTER UNIVERSITARIO DI MANAGEMENT PER COORDINATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE AD ARZIGNANO (UNIV. DI PADOVA)	19
BISOGNI FORMATIVI DEL PERSONALE NEI REPARTI PSICHIATRICI	6	LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA	20
EFFICACIA DEL POSIZIONAMENTO SVOLTO IN TEMPI DIVERSI SULL'INCIDENZA DELLE LESIONI DA DECUBITO	8	MEDMATIC@2008	22
INFERMIERE CASE MANAGER	11	A SPASSO CON TESI	23
L'EDUCAZIONE PRE-DIMISSIONE NEL PAZIENTE CORONAROPATICO	16		



La carenza di infermieri è un problema cronico. Ma qual è la vera causa?

Quando si parla di infermieri emerge sempre lo stesso discorso, come fosse un disco rotto, si ripete sempre il medesimo slogan: carenza, emergenza, crisi.

La rassegna stampa a livello nazionale mette in evidenza un problema che investe tutta la nostra penisola. La curiosità e l'interesse di capire il fenomeno mi spinge a cercare informazioni più dettagliate sull'accesso ai corsi di laurea¹ e scopro un dato interessante.

Il confronto tra la richiesta del numero di posti formulato dalla categoria e dalle Regioni, rispetto all'offerta da parte dell'Università evidenzia, a partire dall'anno accademico 2001-2002, una discrepanza che è andata peggiorando di anno in anno. I posti per i Corsi di Laurea in Infermieristica restano a quota 14.635 contro i 21.973 richiesti dalla Federazione IPASVI e i 18.724 richiesti dalle Regioni.

Nonostante in questi ultimi anni, nel Veneto, come per il resto d'Italia, le domande di iscrizione per i corsi di Infermiere siano quasi raddoppiate, per i 14.635 posti si sono registrate 28.500 domande. Sembra evidente che il problema, più volte denunciato, che la professione non è appetibile non trova riscontro con questi dati.

Ma allora qual è il vero problema?

Forse il problema vero è la mancanza di risorse economiche perché avere più infermieri significa aumentare le spese. L'assessore regionale alla salute del Friuli Kovic (Il Gazzettino) non ha dubbi e afferma che mancano proprio le risorse per assumere nuovi infermieri e che occorre defi-

nire con esattezza dove servono gli infermieri con laurea triennale, con laurea specialistica (e quanti OSS) e che questa programmazione sia mancata nel corso della legislatura precedente.

Ci si sta rendendo conto che non ci sono più soldi.

Da più di 10 anni, da quando è partita l'aziendalizzazione, stiamo lavorando sull'ottimizzazione delle risorse infermieristiche ma dobbiamo avere il coraggio di riconoscere che i margini di recupero sono "finiti".

È evidente la difficoltà degli infermieri, ma anche dei coordinatori e dei dirigenti infermieristici impegnati in tavoli negoziali in estenuanti contrattazioni per ottenere più infermieri. Alcuni studi sono in grado di sostenere l'associazione tra esiti clinici e quantità/qualità degli infermieri che erogano assistenza diretta. La possibilità di assistere pochi pazienti permette agli infermieri di conoscerli bene, di individuare precocemente variazioni cliniche, di monitorarle, di ipotizzare problemi potenziali e di attivare strategie efficaci². Nelle nostre realtà i turni sono molto frammentati: gli infermieri a tempo pieno sono pochi (e in alcune contesti pochissimi) e l'assistenza viene erogata da infermieri con profili orari molto diversi (part time verticale o orizzontale), che pur nel rispetto dei diritti dei lavoratori, appesantisce gli infermieri a tempo pieno.

La parziale risposta al problema, impiegando l'operatore di supporto, vede in realtà un basso coinvolgimento di queste figure nate per supportare l'assistenza, con l'infermiere impegnato in interventi ad altissima

complessità e contestualmente, poco dopo, in attività improprie.

Da questo quadro non deve essere dimenticato quello che accadrà tra dieci o venti anni. Dobbiamo fare i conti con una professione che invecchia e che non potrà sostenere i turni notturni, con una popolazione con crescenti livelli di disabilità e di cronicità.

È evidente che non sono più accettabili i fabbisogni definiti annualmente, sulla base della struttura storica. Le politiche professionali devono in modo prioritario perseguire la sicurezza e i migliori risultati per i pazienti.

Servono investimenti per l'infermieristica

Come infermieri abbiamo il dovere di saper dimostrare e definire con dati, indicatori, percentuali alla mano, gli standard assistenziali e riuscire a contrattare le giuste risorse in un nuovo sistema in grado di valorizzare gli infermieri, di motivarli e di non allontanarli dalla pratica. Per questo è necessario attuare percorsi di sviluppo di carriera, specialmente per gli infermieri impegnati nella clinica, e riconoscerne le competenze sia sul piano professionale, organizzativo ed economico.

Il rischio è l'implosione di un sistema che finora è trovato negli infermieri una grande risorsa e la capacità di compensare gravi carenze strutturali e organizzative. Tutto questo per la tutela del malato, anche se pochi sembrano averlo capito.

NOTE

1. Ma strillo A. Conferenza permanente corsi di laurea professioni sanitarie. 2007
2. Aiken LH et al. Educational levels of hospital nurses and surgical mortality. *Jama* 2003; 290: 1617-23

Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza 2009-2011

*Assemblea del Collegio IPASVI di Vicenza: 13, 14, 15 dicembre 2008
Aula magna Scuola per Operatori Sanitari, Contrà S. Bortolo - Vicenza*

Un altro mandato è passato e come infermieri siamo chiamati ad esprimere il voto per individuare, democraticamente, il collegio che dovranno assumere l'impegno di rappresentare i 5000 iscritti di Vicenza e provincia e di lavorare per lo sviluppo e il miglioramento della professione stessa.

Gli ordini o collegi professionali lavorano proprio in tal senso, consapevoli che solo l'unitarietà è la forza di un gruppo. Per contro invece, la frammentazione ci fa apparire, prevalentemente dal mondo politico, deboli. Dovremmo imparare dalle altre categorie professionali, come i medici, a fare squadra di fronte a questioni che investono pienamente la professione. A muoverci in modo coordinato e saper riconoscere e difendere gli ambiti propri della professione, a vivere le spinte al cambiamento come opportunità per modificare l'attuale sistema, dove noi infermieri siamo sempre più protagonisti.

Il mondo del lavoro richiede questi cambiamenti perché sono i cittadini che necessitano di un sistema centrato sui loro bisogni ma che non trascuri la loro individualità. Gli attuali modelli organizzativi e le gerarchie sono centrati a mantenere privilegi e status ormai superati. Infermieri impegnati ancora oggi in estenuanti e interminabili giri medici, senza considerare l'organizzazione del lavoro degli infermieri e i loro

tempi. La conseguenza è un modo di lavorare asfissiante, a ritmi insostenibili, con gli infermieri che devono occuparsi tanto di aspetti sanitari, quanto di aspetti amministrativi o alberghieri.

Un cambiamento che necessita di unitarietà, di condivisione, volontà e coraggio. Un cambiamento nell'organizzazione con il coinvolgimento e la competenza degli infermieri clinici, coordinatori, dirigenti, formatori, ricercatori. Lavorando in rete, condividendo le specifiche competenze. L'infermiere, in tutto questo, non può essere solo perché come conseguenza sarebbe schiacciato da un sistema troppo potente.

I cambiamenti partono da piccole cose, anche dalla consapevolezza di appartenere ad un ordine professionale dove ogni infermiere, con le proprie idee, può dare un contributo costruttivo.

Da questi presupposti si fonda il XV° congresso nazionale IPASVI che si terrà a Firenze il 26-28 febbraio 2009: **INFERMIERI: valori, innovazione, progettualità per l'assistenza alla persona.**

Ma prima di tale data gli Infermieri di Vicenza e provincia devono eleggere il nuovo Consiglio Direttivo che in occasione della prima assemblea annuale degli iscritti presenterà gli obiettivi per il prossimo triennio 2009 - 2011.

Non puoi mancare, il tuo voto è importante.

Prima di procedere alle votazioni si terrà, **sabato 13 dicembre 2008** dalle ore 10,00 alle ore 13,00 un incontro informativo sul tema

Quali OPPORTUNITÀ FORMATIVE per l'infermiere: istruzioni per l'uso. Incontro a domande e risposte

I professionisti infermieri infatti, hanno sempre più necessità di sviluppare le loro competenze in percorsi formativi universitari che al termine certifichino le loro competenze capitalizzate. L'obiettivo centrale è sviluppare concretamente le competenze specifiche dell'infermiere integrando gli studi accademici con l'esperienza diretta conseguita con attività di laboratorio e tirocinio.

Ma quali sono le opportunità, quali corsi vengono fatti e dove? Che impegno richiedono, quanto costano, vi sono permessi che agevolano l'infermiere per la frequenza?

Domande che necessitano di risposte chiare e esaustive.

Al termine del momento informativo sarà aperto il seggio. Di seguito la procedura elettorale.





La procedura elettorale

Quando si svolgono le elezioni?

sabato 13 dicembre 2008

dalle ore 13.00 alle ore 17.00

domenica 14 dicembre 2008

dalle ore 10.00 alle ore 15.00

lunedì 15 dicembre 2008

dalle ore 10.00 alle ore 15.00

Dove si vota?

La sede dell'unico seggio elettorale (secondo normativa), è presso la Scuola per Operatori Sanitari dell'ULSS 6 di Vicenza (Ospedale).

Chi è chiamato a votare?

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

Chi sono gli eleggibili?

Tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza sono eleggibili.

La propria candidatura può essere presentata in qualsiasi momento, fino al giorno stesso delle elezioni, ma nella sede del seggio elettorale verranno esposti solo i nominativi pervenuti in Collegio entro il 30 novembre 2008.

Come si vota?

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

ATTENZIONE: Ogni ELETTORE DEVE VOTARE il nuovo Consiglio per il triennio 2009-2011, pertanto **la scheda elettorale per essere valida** deve riportare:

i nomi di **15 consiglieri** per il
CONSIGLIO DIRETTIVO

i nomi di **4 consiglieri** per i **REVISORI dei CONTI**

Consiglio Direttivo e Collegio dei Revisori dei Conti 2006-2008

Consiglio Direttivo

<i>Presidente</i>	Fanchin Gianmaria
<i>Vicepresidente</i>	Pegoraro Federico
<i>Tesoriera</i>	Dal Degan Sonia
<i>Segretaria</i>	Gomitolo Olga
<i>Consiglieri</i>	Bottega Andrea
	Brodesco Davide
	Bertozzo Loretta
	Capozzo Sonia
	Ferracin Mauro
	Pagiusco Gaetana
	Pozza Barbara
	Sarzo Paola
	Trevisani Massimo
	Zimello Francesca

Revisori dei Conti

Dal Cengio Gianpietro, *effettivo*
Bortolamei Bruna, *effettivo*
Donà Luigi, *effettivo*
Artuso Luciana, *supplente*

 IPASVI

Infermieri:

valori, innovazione e progettualità
per l'assistenza della persona



XV CONGRESSO NAZIONALE IPASVI

Bisogni formativi del personale nei reparti psichiatrici.

Il progetto "porte aperte"

Sul territorio nazionale, i reparti psichiatrici a porte aperte che non fanno uso di metodi di contenzione ("No restraint method") sono attualmente undici (Tabella N.1). Per lavorare in queste strutture sono richiesti al personale infermieristico livelli di preparazione avanzata mirati all'utilizzo di affinate tecniche relazionali e alla costruzione di una relazione empatica con il paziente anche nelle situazioni di crisi acute. Nello studio condotto sono stati dunque esplorati e analizzati i bisogni formativi del personale nei reparti a porte aperte al fine di migliorare la qualità assistenziale, aumentare le abilità relazionali e cliniche, ridurre i rischi di agiti aggressivi, favorire una maggior responsa-

bilizzazione degli utenti alla cura. Tale analisi è stata effettuata attraverso un questionario coinvolgendo 78 infermieri in servizio presso le undici strutture psichiatriche "Open door".

Dai dati emerge che il 90% degli intervistati, quando ha iniziato a lavorare in ambiente psichiatrico, si sentiva poco o per nulla pronto e il 63% ritiene che il proprio percorso di studi non gli abbia fornito nozioni adeguate per lavorare in psichiatria (attualmente la preparazione psichiatrica del personale infermieristico è basata prevalentemente sull'esperienza in corsia e sulla formazione sul campo).

Dall'analisi dei bisogni (tabella N.2) emerge inoltre che la maggior parte

del personale si sente poco sicuro nella gestione degli episodi di aggressività (il 70% chiede maggiore formazione). Il 30% vorrebbe maggiore formazione su problematiche di tipo legale (responsabilità in caso di allontanamenti non autorizzati dei pazienti ricoverati in reparto a porte aperte, episodi di auto/etero-aggressività e tentativi di autolesionismo fuori dall'ambito ospedaliero).

È pur vero che dove si pratica "il no restraint" e si lavora con le porte aperte le aggressioni fisiche rappresentano una ben più rara evenienza e gli allontanamenti non sono frequenti. Lavorare con le porte aperte significa infatti più umanità e un clima più disteso, meno situazioni

Tabella N.1 **CLASSIFICAZIONE "SPDC APERTI - NO RESTRAINT" IN ITALIA***

CLASSE A: porte aperte no contenzione	CLASSE B: porte chiuse no contenzione	CLASSE C: porte chiuse contenzione	CLASSE D: progetto porte aperte in corso
<p>Aversa (Osp. G. Moscati) Caltagirone-Palagonia (Osp. Gravina) Mantova (Osp. Carlo Poma) Matera (Osp. M. delle Grazie) Merano (Osp. FranzTappeiner) Novara (Osp. Maggiore della Carità) Portogruaro (Osp. S. Tommaso dei Battuti) Siena (Osp. Policlinico S. Maria delle Scotte) Trieste (Osp. Maggiore) Pescia (Osp. S. Cosma e Damiano in provincia di Pistoia) Caltanissetta (Osp. di "San Cataldo" - Presidio Ospedaliero "Maddalena Raimondi") <i>Roma</i> (porte aperte con 1-2 contenzioni al mese - Osp. S. G. Addolorata)</p>	<p>Gorizia (CSM nelle 24 ore e prove di "porte aperte" per periodi di tempo limitato) Venezia/Mestre (USL 12 Veneziana) Arezzo (Presidio Ospedaliero Garbazzo "San Donato") Lucca (loc. "Campo di Marte")</p>	<p>Tutti i restanti SPDC di Italia hanno porte chiuse ed utilizzano mezzi di contenzione fisica. Il 70% degli SPDC e cliniche psichiatriche italiane ricorre ancora all'uso della contenzione meccanica, è in aumento la pratica del TSO</p>	<p>Trento (progetto strutturato - resp. inf. M. Davì, dr. R. De Stefani dr. A. Salvi, dr. C. Agostini) S. Marco in Lamis (prov. di Foggia - Osp. "Michele Gualano", progetto in elaborazione - "prove di porte aperte") Cagliari (prove di "porte aperte" per periodi di tempo limitato) Iseo (prov. Brescia - progetto in elaborazione) Perugia (progetto in elaborazione) Treviso (progetto in elaborazione)</p>

*dati raccolti ed elaborati da inf. Maurizio Davì , Trento, 2008



pericolose ed agiti aggressivi, meno situazioni di rottura. Questo a vantaggio di tutti quei criteri (auto-responsabilizzazione, non violenza, co-gestione e conoscenza della propria malattia, partecipazione al progetto terapeutico) indispensabili per ottenere una maggior collaborazione degli utenti al processo di cura¹.

A ciò potrebbero aggiungersi gli effetti positivi della "Terapia cognitivo-comportamentale" (basata sul modello stress-vulnerabilità-coping) e del "Fare assieme" (basato sui principi dell' Empowerment), pratiche non ancora molto in uso negli SPDC presi in esame ma già presenti in alcune realtà (Trento).

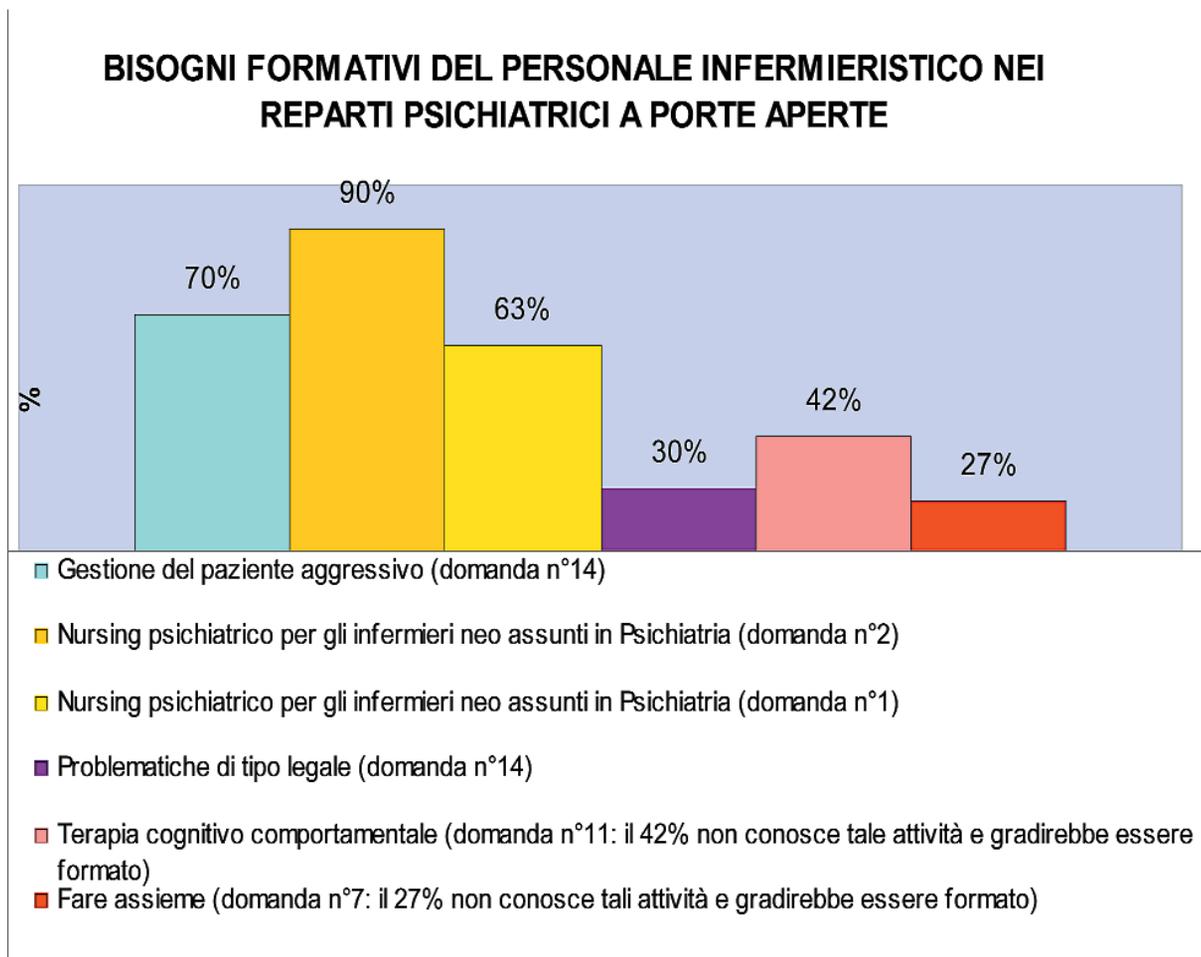
Alcuni studi hanno riscontrato che la "Terapia cognitivo-comportamentale" influisce positivamente sul clima di reparto, sulla riduzione dei

TSO e dei revolving door (di 1/3), sulla riduzione marcata dei comportamenti aggressivi (50%), sulla completa scomparsa delle contenzioni fisiche e degli allontanamenti non autorizzati dal reparto².

NOTE

1. Toresini L. (a cura di), SPDC aperti e senza contenzione. Fogli di informazione, Pistoia, 2004, 203, 5-88
2. Bazzoni A., Morosini P. et al. La Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) di gruppo nella routine di un servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). In: Epidemiologia e Psicologia Sociale, 2001, 10 (1), pag 27-36

Tabella N.2



*Tutti i dati, soluzioni operative prospettate, strategie e metodologie formative, bibliografia saranno fornite su richiesta:

mauriziodavi1981@libero.it

Efficacia del posizionamento svolto in tempi diversi sull'incidenza delle lesioni da decubito

Titolo originale: "Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions".

Autori: Katrien Vanderwee, Maria HF. Grypdonck, Dirk De Bacquer, Tom Defloor.

Rivista di pubblicazione ed anno: *Journal of Advanced Nursing*, 2007.

Indicizzazione dell'articolo: Vanderwee K, Grypdonck MH, De Bacquer D, Defloor T. Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions. *J Adv Nurs*. 2007 Jan; 57(1): 59-68.

Domanda: posizionare un paziente, su un materasso antidecubito, intervallando 2 ore in posizione laterale e 4 ore in posizione supina riduce la comparsa di lesioni da decubito rispetto alla mobilizzazione fatta ogni 4 ore?

Scopo: questo studio mette a confronto due diverse tecniche riguardanti il posizionamento di un paziente su un materasso antidecubito: con la prima il paziente è mobilizzato per 2 ore in posizione laterale e 4 ore in posizione supina; con la seconda il paziente è mobilizzato ogni 4 ore. Lo scopo di questo studio è quello di capire quale delle due tecniche riduce l'incidenza delle lesioni da decubito (LDD).

Metodi

Setting: 16 RSA del Belgio.

Pazienti: 2663 pazienti di 84 reparti di 16 RSA erano considerati un campione potenziale dello studio. A seguito dell'applicazione dei criteri di selezione sono stati randomizzati 235 anziani ricoverati nei medesimi contesti assistenziali. I criteri di se-

lezione del campione sono rappresentati dal flow chart dello studio presente nel BOX n. 1. Il gruppo sperimentale ed il gruppo di controllo sono composti rispettivamente da 122 e 113 persone.

Disegno dello studio: il disegno di ricerca utilizzato per questo studio è randomizzato e controllato pertanto composto da due braccia: da una parte il gruppo sperimentale e dall'altra il gruppo di comparazione.

Manipolazione delle variabili: in entrambi i gruppi si impiegava un materasso antidecubito costituito con gli stessi materiali. Sul gruppo sperimentale i pazienti venivano riposizionati alternativamente ogni 2 ore in posizione laterale e 4 ore in posizione supina. Nel gruppo di controllo i pazienti venivano mobilizzati ogni 4 ore. Il protocollo di ricerca era uguale per entrambi i gruppi. L'area di pressione osservata dagli infermieri era classificata secondo la classificazione presentata dall'"European Pres-

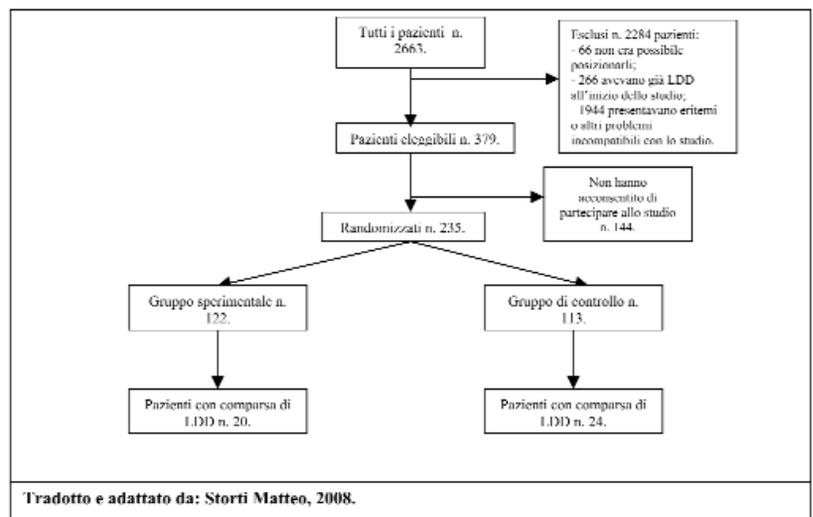
sure Ulcer Advisory Panel". I due gruppi non presentavano differenze statisticamente significative ($P=0,31$) e venivano utilizzati gli stessi metodi statistici di rielaborazione dei dati.

Follow-up: la mediana del periodo di follow-up è stata di 15 giorni (IQR 07-26). Più specificatamente, nel gruppo sperimentale la mediana di follow-up è stata di 16 giorni (IQR 08-26) e nel controllo 14 giorni (IQR 06-25,5). Durante lo svolgimento della ricerca più dell'86% dei cambi di posizione richiesti sono stati registrati dagli infermieri.

Cecità: non è prevista.

Consenso: il protocollo di ricerca è stato approvato da tutti i partecipanti e dal comitato etico dell'ospedale universitario di Ghent (Belgio). Gli autori dichiarano che è stato raccolto il consenso scritto da tutti i partecipanti e, nel caso in cui essi non fossero stati in grado di firmare autonomamente, l'autorizzazione veniva richiesta ad un parente.

BOX N. 1: FLOW CHART DELLO STUDIO





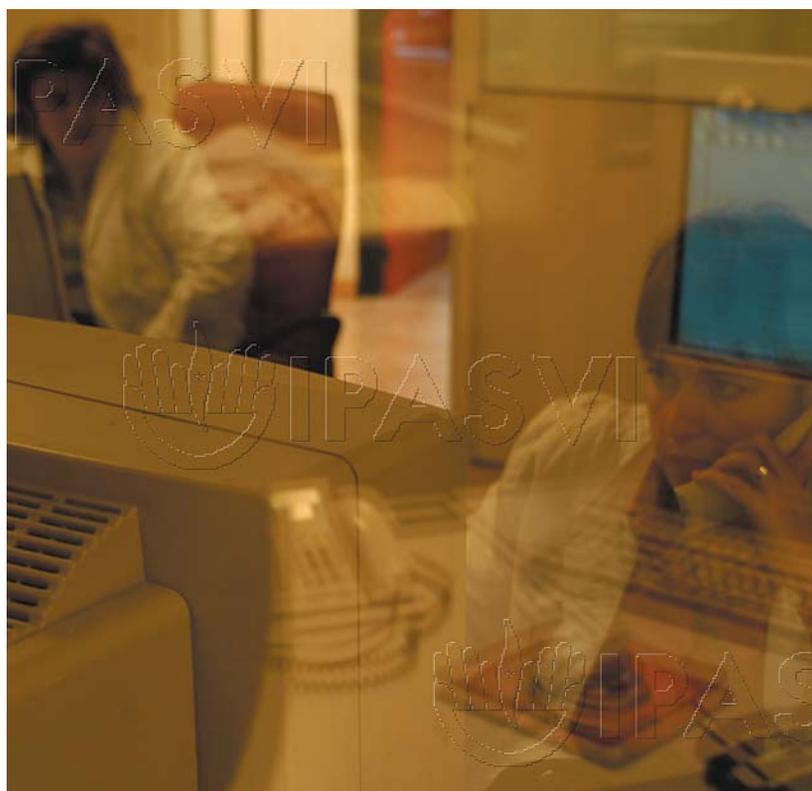
Analisi statistica: il software statistico che analizzava i dati era il Package SPSS 12.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Il MannWhitney *U*-test veniva usato per le variabili continue che non avevano una distribuzione normale. Il Student *T*-test veniva impiegato per l'elaborazione delle variabili di distribuzione continua. Il Fisher's exact test veniva utilizzato per vagliare le variabili dicotomiche. Convenzionalmente è stato considerato un valore statisticamente significativo se $P < 0,05$.

Outcome: nel gruppo sperimentale il 16,4% degli anziani sviluppava una LDD (grado 2-4), mentre nel gruppo di controllo la percentuale di soggetti che scaturivano LDD era del 21,2%. Da questo si evince che non c'è differenza statisticamente significativa fra i due gruppi ($P=0,40$). Lo stadio ($P=0,65$), la sede ($P=0,19$) e il tempo di sviluppo delle LDD ($P=0,29$) sono simili in entrambi i gruppi analizzati.

Commento

È definita lesione da decubito (LDD) una lesione tissutale, con evoluzione necrotica, che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei fino a raggiungere, nei casi più gravi, la muscolatura e le ossa (1). Essa è la conseguenza diretta di un'elevata e/o prolungata compressione o di forze di taglio (o stiramento) causanti uno stress meccanico ai tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni (2). La prevalenza di LDD varia dal 3 al 28% a seconda del contesto assistenziale (3,4). La misura preventiva più efficace per diminuire notevolmente la comparsa di queste alterazioni è ridurre il tempo di contatto fra il punto corporeo compresso e la superficie rigida del piano d'appoggio. Per tale motivo la migliore strategia è rappresentata da un corretto programma di igiene posturale basato sulla variazione delle posture nei soggetti a rischio (5).

Molte Linee Guida sulla prevenzione di LDD raccomandano tempi differenti di posizionamento e tali raccomandazioni sono spesso basate su opinioni di esperti. Il "Panel for the



Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults" (AHCPR) consiglia di mobilizzare l'ammalato ogni 2 ore (6) ma non si pronuncia sul tipo di materasso utilizzato per posizionare l'assistito. L'"European Pressure Ulcer Advisory Panel" (EPUAP) non consiglia l'intervallo di tempo necessario fra un'igiene posturale e l'altra ma afferma che i posizionamenti devono essere consistenti (7).

Nella pratica clinica è consigliabile mobilizzare un soggetto posto su un materasso antidecubito con una frequenza massima di 4 ore. Questa metodica determina un disturbo maggiore per il paziente, un aumento dei costi per l'unità operativa ed un incremento del lavoro del personale di assistenza (8,9).

Attualmente non sono presenti molti studi clinici randomizzati e controllati che confrontano due differenti tempi di posizionamento per prevenire la comparsa di LDD. Lo scopo di questo studio è di investigare se alternando il posizionamento del paziente su un materasso antidecubito mantenendolo per 2 ore in posizione laterale e 4 in posizione supina viene ridotto lo sviluppo delle LDD rispetto alla mobilizzazio-

ne effettuata con un intervallo di tempo pari a 4 ore. Il disegno di ricerca è appropriato al quesito posto e non ci sono bias tali da compromettere la validità interna della sperimentazione. La rappresentazione dello studio secondo flow chart è stata tradotta in italiano e viene divulgata per la prima volta in questo articolo. La durata dello studio è stata di 21 mesi cioè da Settembre 2003 a Maggio 2005 ed è stata preceduta da un training iniziale nel quale ha partecipato il personale infermieristico in quanto responsabile della raccolta dei dati e delle caratteristiche dei soggetti studiati. A questo punto emerge un limite dello studio dato che in esso non sono indicati né quanti infermieri hanno raggiunto gli obiettivi preposti prima del training né il numero degli infermieri che si sono ritirati dalla formazione. Un altro limite è che in questo studio non è stato utilizzato il cieco. Dopo uno screening iniziale per accertare che tutti i soggetti avessero i criteri di eleggibilità i 235 pazienti analizzati sono stati divisi in due gruppi simili: il gruppo sperimentale composto da 122 persone ed il gruppo di controllo composto

da 113 persone. Per ottenere due gruppi randomizzati gli autori hanno utilizzato una lista generata con il software Package SPSS 12.0. L'intero campione studiato giaceva su un materasso antidecubito delle stesse proprietà (Tempur®; Tempur-World Inc., Lexington; KY, USA). A tale proposito gli autori non dichiarano se avevano percepito dei fondi da parte della ditta di questo presidio.

La presenza di LDD veniva accertata giornalmente dallo staff infermieristico attraverso l'osservazione e la classificazione EPUAP (10). Sono stati registrati dagli infermieri più dell'86% dei cambi posturali richiesti dal protocollo di ricerca.

I risultati di questo studio mostrano che nel gruppo sperimentale (dove i soggetti venivano posizionati alternativamente ogni 2 ore in posizione laterale e 4 ore in posizione supina) 20 pazienti (16,4%) svilupparono una LDD di grado da 2 a 4 mentre nel gruppo di controllo (dove i pazienti venivano mobilizzati alternativamente ogni 4 ore) le LDD si sono svi-

luppate in 24 soggetti (21,2%). L'analisi statistica prova che non c'è differenza statisticamente significativa di incidenza di LDD fra i due gruppi, $P=0,40$. In entrambi i gruppi la sede più frequente di insorgenza di LDD è il sacro e la percentuale non è differente dal punto di vista statistico (Fisher's exact test; $P=0,19$). Su tutto il campione nessun paziente ha sviluppato una LDD sul trocantere. Lo stadio della lesione ($P=0,65$) ed il tempo di sviluppo ($P=0,29$) sono simili in entrambi i gruppi.

Nonostante il ridotto numero di soggetti analizzati rispetto al potenziale numero di persone ipotizzate (su 2663 soggetti ipotetici solo 235 avevano i requisiti richiesti dallo studio) è chiaro che aumentare la frequenza di posizionamento, da 4 a 2 ore in un paziente adagiato su un materasso antidecubito, non è necessariamente utile per ridurre l'incidenza delle LDD e conseguentemente non è considerata una misura di prevenzione efficace.

Bibliografia

1. Cucinotta D. Fisiopatologia delle lesioni da decubito. Gnocchi Editore, Napoli 1995.
2. Vohra RK, McCollum CN. Pressure sores. BMJ. 2004 (309)853.
3. Halfens RJG, Janssen MAP, Meijers JMM, Mistiaen P. National Pressure Ulcer Prevalence Survey. Universiteit Maastricht 2005.
4. Lahman NA, Halfens RJG, Dassen T. Prevalence of pressure ulcers Germany. J Clin Nurs. 2005 (14)165-72.
5. Romanelli M, Clark M, Cherry G, Colin D, Defloor T. Science and practice of pressure ulcer management. Springer-Verlag, London 2006.
6. Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults. Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention. Clinical Practice Guideline Number 3. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services. 1992 AHCPR Publication No. 92-0047, Rockville.
7. EPUAP. Pressure ulcer prevention guidelines. EPUAP Review 1998 (1)7-8.
8. Helme TA. Position changes for residents in long-term care. Adv Wound Care. 1994 Sep;7(5):57-61.
9. Xakellis GC, Frantz R, Lewis A. Cost of pressure ulcer prevention in long-term care. J Am Geriatr Soc. 1995 May;43(5):496-501.
10. EPUAP. Guidelines on treatment of pressure ulcers. EPUAP Review 1999 (1)31-3.





Infermiere Case Manager: L'assistenza basata sulla centralità della persona. Utopia o realtà vicina?

Riflessioni e spunti dall'esperienza presso l'Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi all'interno dell'Unità Operativa Oncologia Medica femminile "A. MARTONI"

"Sappiamo tutti quanto sia importante l'amore, eppure, con quale frequenza viene provato o manifestato veramente? I mali che affliggono la maggior parte dei malati, come la sofferenza, la noia e la paura, non possono essere curati con una pillola. I medici devono curare le persone, non le malattie".
 (PATCH ADAMS)

Nel periodo dal 16 al 20 giugno mi sono recata a Bologna per uno stage come studente del corso di perfezionamento Case Manager dell'Università di Padova.

Al S.Orsola-Malpighi di Bologna molte unità operative lavorano con Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici a seconda delle patologie del paziente come ad esempio "Il percorso della paziente con tumore alla mammella", "paziente con ictus in fase acuta" oppure "la gestione dello scompenso cardiaco in un contesto ambulatoriale" sono solo alcuni. L'infermiere Case Manager (ICM) presso questa struttura ha il ruolo di coordinare e far seguire, hai pazienti a lui affidati, questi percorsi attraverso un'accurata raccolta dati al momento della presa incarico e successiva stesura di obiettivi specifici per ogni singolo soggetto. Secondo l'autore britannico S. Writht si può dire che il Primary Nursing è un ritorno a quella che

Florance Nightingale considerava come l'assistenza infermieristica di tipo professionale, cioè basata sull'assegnazione a un singolo infermiere "ben preparato" di un gruppo di pazienti.

Ma chi è l'ICM? (Infermiere Case Manager)

Secondo Zander (1990), gli infermieri sono nati per svolgere il ruolo di Case Manager, perché sono "generalisti" cioè attenti ai dettagli ed eccellono nell'assistenza diretta. Sono attenti al rapporto fra costo e qualità e conoscono le implicazioni umane del primo contatto con il paziente. A chi afferma che sono i medici i naturali Case Manager dei loro pazienti, si può obiettare che quando l'attività di cura si è concentrata fondamentalmente sulla gestione della malattia non possono essere considerati dei CM. L'infermiere grazie alle sue competenze assume un ruolo attivo di facilitatore e coordinatore d'assistenza e di cure e ciò è di completamento al ruolo del medico.¹

Il ruolo dell'ICM è coordinare l'assistenza e i servizi individuando le caratteristiche di un gruppo di persone a lui assegnati definendo così gli obiettivi da raggiungere e il percorso da seguire (obiettivi di tipo fisico, funzionale, psicologico, sociale e ambientale). Non esiste un unico modello o percorso, ma viene costruito e modulato in base alla realtà in cui l'ICM si trova ad operare. In base ai bisogni rilevati e alle risorse della persona e della famiglia che assiste

viene sviluppato un piano di assistenza attraverso l'interdisciplinarietà. il team interdisciplinare crea un'alleanza terapeutica con la persona, indirizza verso le risorse più appropriate, procura i servizi necessari e facilita l'accesso nelle varie strutture identificate.

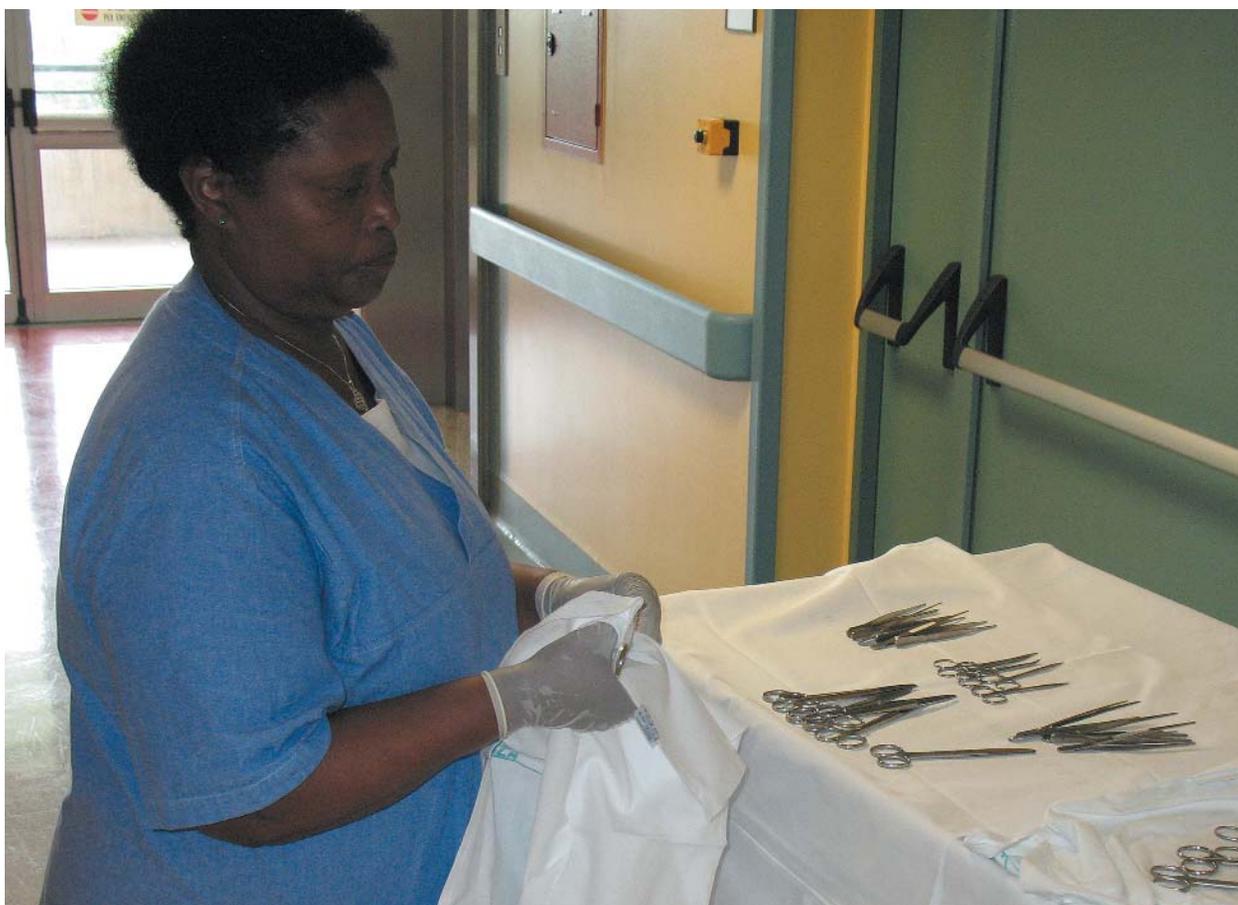
I benefici dell'utilizzo della modalità operativa di Case Management si possono pertanto riassumere così:

- efficace comunicazione con la persona malata e famiglie e loro educazione
- pronta identificazione dei bisogni di assistenza della persona malata
- presenza di un piano per la riduzione delle barriere reali e potenziali per la dimissione della persona malata
- riduzione o eliminazione dei duplicati di assistenza
- attenzione ai bisogni della persona malata con assistenza individuale efficace ed efficiente perché adeguata ai livelli del paziente stesso.²

Ritornando alla mia personale esperienza di stage a Bologna tutto ciò che è sopraccitato viene largamente attuato con outcome positivi. La persona malata e la sua famiglia sono al centro della cura.

L'ICM a Bologna è presente al mattino, e all'arrivo in reparto, ha un briefing preliminare con i colleghi del turno precedente per raccogliere nuove informazioni.

Successivamente, prima di iniziare la visita ,vi è il briefing di reparto con



la presenza di tutte le figure di riferimento per fare il punto della situazione. L'integrazione medico-ICM a Bologna è ottima, medici e infermieri sono orientati alla centralità della persona. L'ICM che ho seguito a Bologna collabora con un team autonomo, medici autonomi nella gestione di tutte le attività di loro competenza, (in tutto dalla richiesta dell'esame, alla comunicazione delle date stesse al paziente, fino alla consegna della lettera di dimissione) lasciando in questo modo il tempo all'ICM per raccogliere i dati necessari per programmare l'assistenza appropriata per ogni paziente. La presa in carico e la raccolta dati al momento del ricovero è la parte più importante del percorso dell'ICM perché permette di fare un'istantanea della persona affidatagli per procedere poi alla stesura del percorso più idoneo; perché già da questo istante si decide un'eventuale assistenza domiciliare alla dimissione e quindi l'attivazione del servizio o la necessità di attivare altre figure come la fisioterapista ecc. producendo in tal

modo la migliore allocazione e il miglior consumo di risorse. Abbiamo noi il tempo, al mattino quando arriviamo, di fare un giro al letto di ogni malato per chiedere come hanno trascorso la notte? Questo a Bologna succede, l'ICM lo fa, e durante questo momento rileva le problematiche collegate alle terapie eseguite (esofagiti, stomatiti, vomito, nausea dolori articolari e disfunzioni intestinali). In base ai dati raccolti durante questo breve colloquio giornaliero con il paziente l'ICM adatta e "ricalibra" il piano di assistenza apportando le modifiche necessarie. Contemporaneamente verifica che gli O.S.S. siano aggiornati sui vari trasporti che devono fare per esami radiologici o altro e sui pazienti che devono mantenere il digiuno per tali esami. Nella tarda mattinata poi, è sempre compito dell'ICM programmare i ricoveri per il giorno successivo e seguire le dimissioni della mattinata organizzando anche il programma per il ricovero successivo se necessario. In questo modo l'ICM ha in mano la visione completa della

persona malata e gestisce con cura ogni parte assistenziale tenendo sempre presente la centralità del paziente.

A Bologna durante la Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie è stato affermato:

"La centralità dei cittadini è resa effettiva attraverso la presa in carico e la garanzia di continuità dell'assistenza, organizzata per percorsi integrati, al di fuori di qualunque logica meramente prestazionale".³

E allora perché in alcune nostre realtà viene chiesto di fare la raccolta dati dei pazienti anche un mese prima del ricovero e dell'intervento e da persone che poi non vedranno più il malato? Dov'è la presa in carico e la centralità del malato in questo caso?

"La continuità tra le diverse aree dell'assistenza (sociale e sanitaria, primaria e ospedaliera) è elemento imprescindibile per la qualità e la sicurezza delle cure e deve essere organizzata in percorsi integrati".⁴

I PDTA o Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali integrati, sono piani di cura e piani assistenziali in-



terdisciplinari e interprofessionali costruiti per rispondere a specifici problemi clinici dei pazienti. Sono sia un concetto che uno strumento. Sono il mezzo che conduce le linee guida e i protocolli concordati localmente, basati sulle evidenze, centrati sul paziente, nell'uso quotidiano per il singolo assistito. Essi costituiscono la documentazione clinica. Un team multi professionale poi garantisce la vera "integrazione" tra i professionisti sia in fase progettuale che in fase di implementazione e attuazione del percorso. Importante è il pieno riconoscimento delle diverse professionalità e potenzialità. I PDTA contribuiscono a risolvere molti problemi di rapporti interdisciplinari ed interprofessionali, poiché costringono tutte le componenti che intervengono nel percorso del malato a confrontarsi e ad attuare le più idonee e le più fattibili soluzioni per migliorare l'efficacia, l'efficienza e la qualità.⁵

Pertanto un percorso diagnostico-terapeutico è l'attraversamento che una persona-utente compie all'interno delle strutture sanitarie per soddisfare un bisogno assistenziale specifico.

Nell'Azienda ULSS 16 di Padova da circa due anni è stato creato un percorso dove principale obiettivo è quello di valutare in ingresso, sotto il profilo socio-sanitario, le persone anziane che si rivolgono al Pronto Soccorso individuando i bisogni di salute ed i percorsi più appropriati con la consulenza di un'equipe multi professionale (diversificazione della risposta). L'infermiere C.M. diventa riferimento per l'anziano e la famiglia, la chiave dell'integrazione tra i servizi superando la parcellizzazione e gestendo l'evento problematico in modo unitario. L'anziano candidato a questo percorso si divide in tre tipologie:

- Dimissibili con percorso diagnostico-terapeutico, presenti adeguate risorse sociali/familiari
- Dimissibili con percorso diagnostico-terapeutico, presenti adeguate risorse sociali/familiari
- NON dimissibili, con prevalenti problematiche Socio-assistenziali

L'anziano accede al PS, viene triagiato dall'infermiera, viene consegnato al medico di PS ed esegue la valutazione clinica e, se non ci sono patologie acute in atto, attiva l'equipe di Triage Socio-Sanitario (TSS). L'equipe composta da ICM, geriatra e assistente sociale arriva in PS e con il medico di PS vengono rilevati i bisogni e stabiliti i percorsi condividendoli con la persona malata e/o la famiglia.

È chiaro che nelle nostre realtà c'è la necessità di rivedere il sistema organizzativo dove le Unità Operative sono ancora sistemi chiusi, impegnati a contare il n° delle prestazioni totali a fine anno invece di "progettare" nuovi percorsi assistenziali mirati alle esigenze del paziente e non della struttura. Per poter arrivare a questo però ci vuole l'impegno di tutti, nasce la necessità di aprirsi al confronto tra colleghi ma anche con le altre figure professionali, cercando, attraverso il dialogo, l'attuazione di progetti che integrano il sapere, l'esperienza e la competenza di tutti per un fine unico che è quello del benessere olistico del paziente.

Iniziamo allora, tutti insieme, a modificare i nostri comportamenti di difesa verso l'altro, il collega o il professionista che collabora con noi, senza la paura che il confronto ci porti a perdere la proprietà del nostro "orticello" che difendiamo con le unghie, e apriamoci alla ricerca di nuove formule, percorsi, progetti o altro trovando a volte anche il coraggio di dire "si il mio collega è più bravo di me in questa cosa" perché egli permette anche a me di crescere professionalmente e viceversa perché tutti abbiamo qualcosa da offrire all'altro basta tirarlo fuori.

Il carattere innovativo della figura dell'ICM, nata negli U.S.A. nel 1900, richiama il superamento della conoscenza nozionistica, rimandando a un sapere applicato e integrato, critico e flessibile. La contrapposizione tra convinzione e responsabilità chiarisce il passaggio che la professione infermieristica sta compiendo da alcuni decenni a questa parte.⁶ Infatti, da un'etica incentrata sulla convinzione della giustizia di alcuni prin-

cipi assunti più che interiorizzati, il cammino intrapreso dalla professione ha portato a cercare nuove risposte, nella formazione sia di base sia permanente, rispetto alla crescita etico-deontologica dell'infermiere. La figura dell'ICM rappresenta sicuramente una nuova sfida e non esiste nemmeno la soluzione già pronta ma esistono però tanti infermieri con una grande voglia di cambiare le cose e di assistere sempre al meglio il paziente. La vera forza sta proprio dentro di noi infermieri, sicuramente pronti per iniziare a sfruttarla al meglio perché "non vogliamo continuare a fare le cose che abbiamo sempre fatto per arrivare dove siamo già arrivati".

NOTE

1. Chiari P. "l'infermiere case manager" McGraw-Hill pag. 24
2. Biavati C. Seminario "L'Infermiere Case Manager" Bologna 19 settembre 2007
3. Punto 4 della dichiarazione della Prima Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie. Bologna 25-26/02/2008
4. Punto 5 idem sopra
5. Silvia Righi "L'ICM nel percorso clinico assistenziale della paziente con tumore della mammella" Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi
6. Weber M. "il lavoro intellettuale come professione" EINAUDI



L'educazione pre-dimissione nel paziente coronaropatico.

L'esperienza nell'U.O. di Cardiologia dell'Azienda ULSS n. 6 di Vicenza

Dimensioni del problema

Le malattie cardiovascolari sono al primo posto tra le cause di morte in Italia, sono responsabili del 44% di tutti i decessi oltre che di una rilevante quota di invalidità permanente. In particolare la cardiopatia ischemica è responsabile del 28% di tutte le morti. Chi sopravvive a un attacco cardiaco diventa un malato cronico. La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi economici per la società. In Italia la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille (ISTAT). Il 23,5% della spesa farmaceutica italiana (pari all'1,34% del PIL) è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare.

La terza edizione di EUROASPIRE è stata illustrata al congresso annuale dell'European Society of Cardiology svoltosi a Vienna nel settembre 2007. Lo studio condotto in 75 centri in 22 paesi europei, era basato sui dati clinici di circa 14.000 pazienti che hanno avuto un evento coronario. A circa 9.000 pazienti è stata proposta la partecipazione ad un'intervista strutturata, a cui il 73% ha accettato di sottoporsi.

Secondo il prof. Guy De Backer dell'università di Ghent (B) molti fattori di rischio per malattie cardiovascolari sono risultati nel follow up non adeguatamente controllati. La prevalenza del tabagismo rimaneva alta nella maggior parte dei paesi aderenti allo studio e solo un paziente su due aveva smesso di fumare. Rispetto agli altri due studi effettuati nel 1994 e nel 1998 vi sono dei dati molto preoccupanti: a distanza di un anno da un ricovero per eventi cardiovascolari o interventi di rivascolarizzazione a fumare è ancora il 18,2% dei pazienti (in Italia la

prevalenza dei fumatori tra i pazienti con malattie cardiovascolari è del 14%, la percentuale più bassa di tutta Europa), il 38% è obeso (nel '94 erano 25%) e ben il 54,9% è affetto da obesità centrale (nel primo studio 42,2%). Gli ipertesi sono il 60,9% e il 28% risulta diabetico contro il 17,4% di EUROASPIRE I.

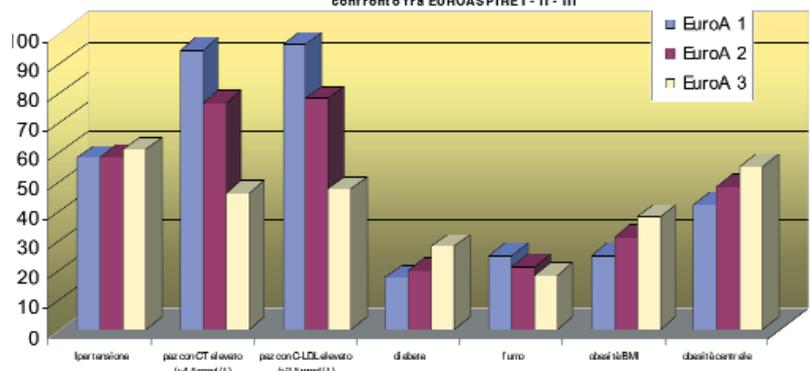
Una nota positiva viene invece dai dati relativi al colesterolo: i pazienti con ipercolesterolemia e con aumento dell'LDL risultano dimezzati rispetto alla prima indagine, merito del diffuso impiego di statine (aumentato di più di 4 volte, dal 18% dei pazienti in terapia con statine nella prima survey all'87% della terza). (Tabella I)

C'è discordanza tra l'aumento dell'uso di farmaci da un lato e il mancato controllo pressorio dall'altro. Ciò può sottintendere la scarsa aderenza del paziente alla terapia. Inoltre, i trend di aumento del peso corporeo hanno indubbiamente contribuito ai risultati negativi in termini di pressione arteriosa. Kornelia Kotseva, project manager dell'indagine EUROASPIRE III, ha commentato che la terapia farmacologica senza un intervento diretto alle cause della patologia non potrà mai

produrre benefici nella prevenzione: il trattamento farmacologico deve sempre essere affiancato ad un intervento specifico sullo stile di vita. I risultati dello studio EUROASPIRE III confermano ancora una volta l'attuale divario tra gli interventi raccomandati sullo stile di vita e quello che accade nel "mondo reale". Dallo studio si ha un'ulteriore conferma che il team sanitario e i pazienti avrebbero bisogno di dedicare più attenzione al raggiungimento dei target relativi alla modifica dello stile di vita e che l'aderenza alle attuali raccomandazioni per la prevenzione delle malattie cardiovascolari dovrebbe far riferimento ad un team multidisciplinare di professionisti della salute, integrandone le specifiche competenze. Inoltre tutti i profili professionali coinvolti nella gestione di pazienti con cardiopatia ischemica dovrebbero impegnarsi nel "ripensare" sotto il profilo organizzativo e di percorso di cura il loro approccio all'implementazione di interventi sullo stile di vita.

Nello stesso congresso sono state presentate le nuove linee-guida sulla prevenzione cardiovascolare messe a punto dalla Quarta Joint European Societys Task Force on Car-

TABELLA I
 Prevalenza dei fattori di rischio CV in prevenzione secondaria: confronto fra EUROASPIRE I - II - III





diovascular Disease Prevention in Clinical Practice che mettono al centro dell'attenzione lo stile di vita: smettere di fumare, controllo del peso corporeo (BMI <25 ed evitare l'obesità centrale) e attività fisica (30 min. di attività moderata al giorno) sono considerati interventi di primo livello. Nelle nuove linee guida è stata inserita una semplice sequenza numerica che aiuta a memorizzare le caratteristiche di una popolazione tendenzialmente sana sotto il profilo cardiovascolare e un'altra per i pazienti ad alto rischio:

POP. SANA		POP. AD ALTO RISCHIO
0	astensione dal fumo	0
3	3 Km di cammino al giorno o 30' al g. di att. fisica moderata	3
5	porzioni di frutta e/o verdura al giorno	5
140	valori di pressione arteriosa sistolica	130
5	colesterolo totale in mmol/L	4
3	colesterolo LDL in mmol/L	2
0	evitare sovrappeso e diabete	0

Esperienza nell'Unità Operativa di Cardiologia dell'ULSS 6 di Vicenza

L'esigenza di organizzare un incontro di educazione alla salute per i pazienti ricoverati per cardiopatia ischemica nell' U.O. di Cardiologia dell'ospedale S.Bortolo di Vicenza è nata dal gruppo infermieristico, in modo da poter dedicare uno spazio e un tempo adeguato all'educazione terapeutica e al counseling, per favorire l'aderenza terapeutica e la possibilità di fornire spiegazioni su come modificare lo stile di vita, volto a ridurre i fattori di rischio presenti al momento del ricovero.

Il progetto educativo, proposto dal gruppo infermieristico e dalla psicologa sulla base di esperienze simili effettuate in altre realtà con buoni risultati, è stato approvato dal direttore dell'U.O. di Cardiologia e dalla Coordinatrice Infermieristica, dal Direttore dell'U.O.S. di Psicologia ospedaliera e dalla Psicologa Collaboratrice.

Questo progetto prevede di:

- motivare e stimolare i pazienti ad una modifica del proprio stile di vita, per ridurre i fattori di rischio ed aumentare quelli di protezione, così da ottenere un miglioramento della qualità e dell'aspettativa di vita;

- educare i pazienti alla ripresa delle loro normali attività;
- far assumere correttamente la terapia;
- aiutare a riconoscere e trattare il dolore toracico.

Per selezionare i principali contenuti da trasmettere, il gruppo di lavoro si è avvalso di testi, riviste e siti internet specifici di nursing e cardiologia dove sono stati tratti e preparati i seguenti supporti didattici:

- un elaborato sui contenuti dell'incontro, che serva da traccia per la

- presentazione durante la riunione, cartelloni con illustrazioni a colori vivaci come supporto visivo durante l'incontro e che rimangono a disposizione appesi nel soggiorno dell'Unità Operativa per la consultazione da parte di tutti i pazienti e familiari,
- un libretto contenente le informazioni date durante l'incontro che i pazienti possono portare a domicilio.

Ad ogni incontro vengono invitati tutti i pazienti ricoverati con coronaropatia o con fattori di rischio coronario, ad esclusione dei pazienti con deficit cognitivi o in quel momento costretti a letto.

L'incontro, che ha cadenza settimanale e la durata di un'ora e mezza circa è gestito da una infermiera e da una psicologa che si alternano nell'esposizione per renderla più dinamica e interattiva.

L'infermiera e la psicologa si presentano al gruppo e spiegano il significato di educazione alla salute, cioè l'apprendimento delle strategie più idonee per favorire il ripristino di un buono stato di salute.

Viene chiesto ai pazienti di spiegare che cosa intendono per riabilitazione cardiologia, per spiegare poi che

il "tornare a vivere come prima dell'evento coronarico" non è sempre auspicabile, specie se si avevano delle abitudini poco corrette riguardo al fumo, al tipo di alimentazione o di fattori stressanti.

Successivamente si entra in merito ai fattori di rischio per il cuore, soprattutto quelli modificabili con il cambiamento dello stile di vita (fumo, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, sedentarietà, alimentazione ricca di grassi saturi e povera di verdura e frutta, stress).

Valorizzando i fattori di protezione, che riducono la probabilità che nelle coronarie si sviluppino o si aggravino l'aterosclerosi quali:

- l'astensione dal fumo,
- sane abitudini alimentari,
- una regolare attività fisica.

L'infermiera, con l'aiuto di supporti visivi, dà cenni di anatomia del cuore e delle coronarie e spiega che cosa si intende per aterosclerosi, ischemia, necrosi miocardica e la procedura di angioplastica coronarica. Dopo questa breve premessa, la psicologa inizia a parlare delle abitudini che vanno modificate. Per quanto riguarda il fumo, se ci sono pazienti fumatori si spiega che cosa provoca il fumo all'apparato cardiocircolatorio e si fa notare come l'eliminazione di questa abitudine porta anche ad altri cambiamenti fisici come:

- il miglioramento dell'attività respiratoria,
- della resistenza agli sforzi fisici,
- la diminuzione della tosse, ecc.

Si invitano i pazienti a parlare con la psicologa per trovare insieme delle strategie per smettere di fumare. Se non ci sono pazienti fumatori si parla della nocività del fumo passivo, quindi si invitano ad evitare locali fumosi ed educare i familiari a non fumare in loro presenza.

La psicologa parla poi di alimentazione, degli alimenti dannosi e quelli invece da prediligere perché proteggono il cuore da altri eventi coronarici. Si parla dell'importanza della prima colazione e della suddivisione

dei pasti giornalieri, di mangiare lentamente, di non portare a tavola le discussioni che possono provocare stress, dell'importanza che tutta la famiglia si abitui a mangiare in questo modo.

L'infermiera continua parlando delle abitudini nuove da acquisire. L'attività fisica eseguita per almeno 30 minuti al giorno in singola sessione o accumulati in multiple sedute di almeno 8-10 minuti viene consigliata vivamente in accordo con chiare evidenze scientifiche di associazione tra regolare attività fisica aerobica e significativa riduzione di rischio cardiovascolare. Si parla dei vantaggi di fare movimento, della gradualità con cui praticare ogni forma di attività sportiva, delle attività che si possono iniziare già dalla dimissione ospedaliera (in assenza di problemi particolari): salire le scale, camminare, praticare giardinaggio, ginnastica respiratoria, nuoto. Per stimolare i pazienti alla necessità di evitare la sedentarietà si consiglia di coinvolgere i familiari o gli amici in modo tale che l'esercizio fisico diventi una piacevole abitudine di vita per tutta la famiglia.

Tra le abitudini da acquisire notevole rilevanza viene data all'assunzione dei farmaci, la corretta posologia e le strategie da mettere in atto affinché l'assunzione quotidiana dei farmaci diventi la norma. Si descrivono le varie categorie di farmaci spiegando i principali effetti terapeutici e i possibili effetti collaterali, si esortano i pazienti a non interrompere mai la terapia consigliata senza aver prima consultato il proprio medico di base (per alcuni farmaci il cardiologo dell'U.O. di Cardiologia di Vicenza). Vengono inoltre fornite semplici indicazioni su cosa fare in caso di ricomparsa di dolore toracico, su come assumere correttamente il nitrato sublinguale e l'eventuale ricorso al Pronto Soccorso.

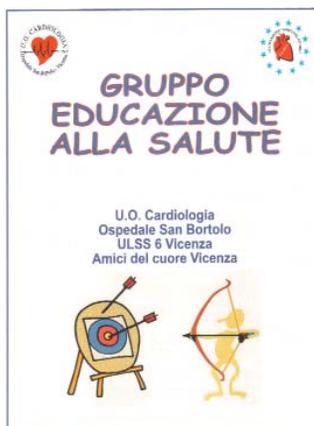
A questo punto la psicologa introduce il fattore di rischio "stress" ricordando che talvolta può essere dannoso non come evento in sé, ma solo se non viene adeguatamente controllato. Viene spiegato che cos'è lo stress, quando e perché è dannoso,

parlando anche con esempi pratici. Altri aspetti che vengono visti dalla psicologa sono la depressione a cui possono andare incontro i pazienti una volta tornati a casa e la ripresa dell'attività sessuale e lavorativa.

L'infermiera conclude l'incontro dando alcuni consigli ai pazienti ipertesi, diabetici e ipercolesterolemici e invitandoli ad esprimere qualsiasi dubbio o domanda sugli argomenti trattati.

Per valutare la comprensione dei principali messaggi presentati è stato preparato un breve questionario da somministrare dopo l'incontro, con uno spazio per eventuali suggerimenti per il miglioramento dell'incontro stesso.

L'età e la scolarità dei pazienti sono molto variabili per cui è stato adottato un linguaggio semplice, con esempi e metafore per la spiegazione dei concetti più complessi. Si cerca di avere uno stile di comunicazione positivo, evitando imposizioni, limitazioni ed eccessiva drammatizzazione della malattia.



Follow up telefonico

Per valutare l'efficacia dell'incontro si provvederà alla raccolta di informazioni sulle abitudini di vita e sull'aderenza alla terapia con un'intervista telefonica a sei mesi dalla dimissione. Il follow-up telefonico è anche l'occasione per un rinforzo motivazionale personalizzato ad adottare gli stili di vita più corretti.

L'esperienza didattica acquisita nei primi mesi e le risposte ai questionari al termine degli incontri hanno permesso di identificare i passaggi

più critici e di più difficile comprensione e ottimizzare modi e tempi della presentazione.

I pazienti hanno gradito l'iniziativa e dato suggerimenti su ulteriori argomenti che possono essere sviluppati e la necessità di avere un opuscolo da portare a casa con i concetti principali ed i consigli più importanti presentati durante la riunione. A questa esigenza abbiamo risposto preparando un libretto illustrato che viene consegnato ai pazienti al termine dell'incontro.

Naturalmente il questionario somministrato subito dopo l'incontro educativo valuta solamente la percezione dell'individuo sulla sua comprensione dei vari argomenti, molto importante è invece il follow-up telefonico dopo sei mesi dall'incontro educativo che consente di valutare gli effettivi cambiamenti delle abitudini di vita e l'aderenza alla terapia.

Conclusioni

Gli aspetti positivi rilevati da questo progetto hanno consentito di affermare il ruolo determinante del personale infermieristico nell'educare alla salute il paziente cardiopatico. Inoltre l'uso di un linguaggio semplice e ricco di esempi e di metafore ha favorito la comprensione di concetti complessi, così come il materiale didattico e illustrativo ha facilitato la memorizzazione dei contenuti esposti.

La nostra esperienza dimostra, al di là delle difficoltà incontrate, che è possibile organizzare incontri di educazione alla salute nell'ambito delle attività di un reparto di cardiologia. Gli incontri possono rappresentare un utile strumento per migliorare le conoscenze dei pazienti e motivarli ad adottare uno stile di vita che riduca la probabilità di recidive. Formalizzare queste iniziative inserendole tra gli obiettivi di qualità del reparto e nel piano di formazione aziendale renderebbe la loro realizzazione più efficace e stabile nel tempo e la valorizzazione dell'infermiere sia professionalmente sia anche della propria immagine sociale nei confronti degli utenti.



Bibliografia

1. Giannuzzi P. Cardiac rehabilitation: the guideline and the Italian reality. *Monaldi Archives for Chest Disease* 2006; 66(2):121-128.
2. Riccio C., Sommaruga M., Vaghi P., Cassella A., Celardo S., Cocco E., et al. Nursing Role in Cardiac Prevention. *Monaldi Archives for Chest Disease* 2004; 62:2, 105-113.
3. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., Dans T., Avezum A., Lanas F., et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937-52.
4. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*; Sept 2007, Vol 14 (suppl 2): E1-40.
5. Sorbara L., Amodeo R., DePonti A., Fusar Imperatore P., Berizzi M., Di Rocco E., et al. Le conoscenze e gli stili di vita dei pazienti: indagine sui pazienti ricoverati per sindrome coronarica acuta nell'Unità Coronarica dell' Ospedale di Desio. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2006; 25: 163-9.
6. Giannuzzi P, Saner H, Bjornstad H, Fioretti P, Mendes M, Cohen Solal A, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: position paper of the Working Group on cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 2003; 24 (13): 1273-8.
7. Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria delle Malattie Cardiovascolari. Linee Guida nazionali di riferimento 9 ASSR; Piano Nazionale Linee Guida, 2005.
8. Marchioli R, Bomba E, Di Pasquale A et al. A nome dei ricercatori del GISSI-Prevenzione. La carta del rischio post-IMA. Risultati dei primi 18 mesi di follow-up del GISSI-Prevenzione. *Giornale Italiano di Cardiologia* 1998; 28: 416-433.
9. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions for enhancing medication adherence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 1.
10. Smith J., Liles C. Information need before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing* 2007 Apr; 16 (4): 662-71.
11. Amodeo R, De Ponti A, Sorbara L, Fusar Imperatore P, Berizzi M, Di Rocco E, et al. Organizzazione di un incontro di educazione alla salute dedicato ai pazienti ricoverati per sindrome coronarica acuta: l'esperienza degli infermieri dell'ospedale di Desio. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 2006, 25, 3: 170-175.
12. Vona M, Rizzo SA, De Marchi M, Rabaeus M. Efficacy of two strategies using cardiac rehabilitation nurses to promote long-term adherence to lifestyle changes and to medical treatment in patients with coronary disease. *European Society of Cardiology, Munich, 2004 (abstract 124)*.

MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO "MANAGEMENT PER COORDINATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE"

II edizione – Anno Accademico 2008/2009

Il Master di 1° livello in "Management per coordinatori delle professioni sanitarie" si propone di favorire l'acquisizione di competenze organizzative e gestionali specifiche per le figure professionali, in ambito sanitario, che svolgono o intendono assumere funzioni di coordinamento nei servizi socio-sanitari.

Destinatari e requisiti di accesso

Il Master è rivolto a 30 professionisti dell'area sanitaria: infermieristica e ostetrica (14 posti); della riabilitazione (5 posti), tecnica (8 posti) e della prevenzione (3 posti) **con esperienza di almeno 3 anni** nel profilo di appartenenza.

20 posti sono riservati a personale dipendente dell'ULSS n.6 di Vicenza con la seguente distribuzione (8 dell'area infermieristica ed ostetrica; 4 dell'area della riabilitazione, 6 dell'area tecnica 2 dell'area della prevenzione). Qualora i posti riservati alle predette aree professionali non fossero esauriti, i posti disponibili verranno coperti con candidati dell'area infermieristica.

Al Master sono ammessi coloro che, con diploma di maturità, sono in possesso del diploma di Laurea nelle classi sanitarie o titoli equipollenti.

Struttura del Corso

La durata complessiva del Master è di 20 mesi (compresa la preparazione e discussione della prova finale) e prevede attività didattica frontale e interattiva, attività di stage, di laboratorio e seminari di approfondimento. Il Corso è strutturato in moduli formativi per un impegno didattico complessivo di 60 crediti formativi universitari (CFU) pari a 1500 ore. Le lezioni si svolgeranno presso la struttura ospedaliera di Vicenza, in Contrà S. Bortolo.

La frequenza alle attività didattiche

è obbligatoria (80% dell'attività teorica e per il 100% delle attività di stage e tutorato). Al termine del Master, ai partecipanti che avranno frequentato le attività previste dal piano di studi e superato con esito positivo le prove, verrà rilasciato il Diploma di Master di 1° livello in Management per funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie, con l'attribuzione di 60 CFU.

Modalità di ammissione

Per l'ammissione al Master gli aspiranti dovranno presentare domanda, in conformità con quanto contenuto nel bando, alla Direzione Studenti – Area Post Lauream, "Ufficio Master e Corsi di Perfezionamento", Via Paradiso, 6 – 37129 Verona. Il bando è disponibile nel sito internet www.univr.it. L'ammissione al Master avviene previa valutazione del curriculum vitae et studiorum dei candidati ed esame di selezione per valutare il livello di aggiornamento professionale e le attitudini al coordinamento. La

prova scritta si svolgerà a Vicenza il **25 Novembre 2008** presso il Centro di Formazione sanitaria in Contrà S. Bortolo, 85.

La sede e gli orari di svolgimento dei colloqui saranno pubblicati nel sito internet www.univr.it.

LE ISCRIZIONI SONO APERTE FINO AL 10 NOVEMBRE 2008

Il Master inizierà nel mese di Gennaio 2009.

Per informazioni di tipo amministrativo rivolgersi a:

Università degli studi di Verona
Direzione studenti
Area Post Lauream, Ufficio Master e Corsi di Perfezionamento
Via Paradiso, 6 – 37129 Verona
Tel. +39 045 8425216/5212
fax. +39 045 8425217

segreteria.master@ateneo.univr.it

Per informazioni di tipo didattico:

Azienda ULSS Vicenza
Tel. 0444 753924 fax 0444 753337
E-mail tutor.master@ulssvicenza.it





UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica
Master in Coordinamento delle Professioni Sanitarie
Sede di Lonigo VI

MASTER IN COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Direttore: Prof. Renzo Zanotti
In collaborazione con: ULSS 5 "Ovest Vicentino"
EDIZIONE 2009

Attenzione

Termine di presentazione della domanda: 10 novembre 2008
al seguente indirizzo: www.unipd.it/master/elenco/ordinamento.htm
e seguire le istruzioni x l'iscrizione on-line

Il Master di I livello in Coordinamento delle professioni sanitarie Sede di Lonigo (VI), ha durata biennale e prevede 60 Crediti formativi universitari (CFU).

Competenze professionali acquisibili Il titolo di master di I livello proposto costituisce condizione essenziale per accedere all'esercizio della funzione di coordinamento da parte degli operatori delle professioni sanitarie (infermieri, ostetrici, tecnici della riabilitazione, tecnici sanitari e della prevenzione) (L.n.43 del 01/02/06).

Sintesi dei contenuti I contenuti previsti dal corso sono in sintesi i

seguenti: analisi organizzativa dei sistemi operativi delle professioni sanitarie (normativa, organizzazione, responsabilità); programmazione ed economia sanitaria; sviluppo organizzativo dei sistemi aziendali dei servizi delle professioni sanitarie; direzione e coordinamento; valutazione e sistema informativo; metodologia professionale; promozione e sviluppo della risorsa umana; bioetica; medicina legale e responsabilità; metodi quantitativi per la valutazione e la ricerca.

Frequenza La frequenza alle lezioni è obbligatoria così come agli stage, tirocinio e seminari. La frequenza al-

la didattica frontale è obbligatoria per un minimo del 70%.

Sede del corso Centro Formazione ULSS 5, Piazza Martiri della Libertà 9, 36045 Lonigo (VI)

Tipologia didattica Il corso prevede la partecipazione a lezioni; seminari; testimonianze esperti; lezioni a distanza; stage; prova finale.

Prova finale Discussione di un elaborato finale.

Data inizio attività gennaio 2009,

Data termine attività dicembre 2009.

Titoli di accesso

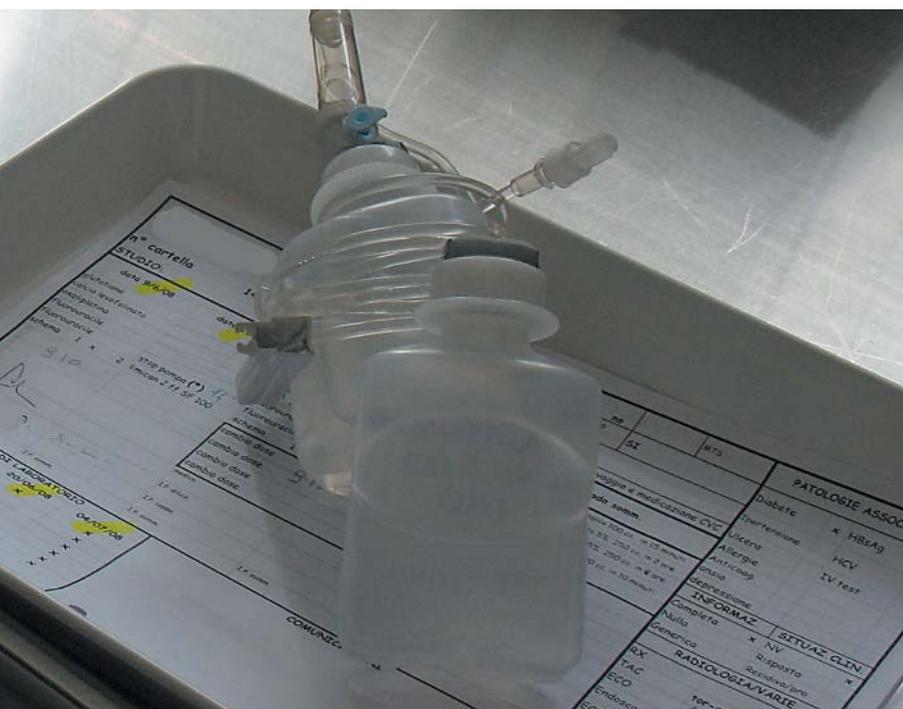
Classi delle lauree triennali nuovo ordinamento. Classi: professioni sanitarie della prevenzione; professioni sanitarie della riabilitazione; professioni sanitarie tecniche; professioni sanitarie, infermieristiche e professione sanitaria ostetrica.

Classi delle lauree specialistiche nuovo ordinamento. Classi: scienze delle professioni sanitarie della prevenzione; scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione; scienze delle professioni sanitarie tecniche; scienze infermieristiche e ostetriche.

Diploma universitario di durata triennale..

Scuola Regionale Infermieri più diploma di maturità quinquennale.

Riconoscimento crediti formativi universitari e numero N.CFU: 20 - Descrizione: Solo attività formative coerenti e titoli universitari opportunamente documentati.



La documentazione infermieristica nella Legge Regionale 34/07: opportunità per una migliore assistenza

Convegno organizzato dal coordinamento collegi IPASVI del Veneto lo scorso 12 settembre

La giornata è stata molto interessante per il tema trattato, per lo spessore dei relatori presenti e per l'interesse dimostrato dalle autorità locali e nazionali verso la professione infermieristica. Con l'apertura dei lavori, infatti, il moderatore Franco Vallicella, Presidente del Collegio IPASVI di Verona e Tesoriere della Federazione Nazionale Collegi IPASVI di Roma, ha presentato con orgoglio, ad una platea di circa 550 persone, una infermiera diventata Onorevole, la Signora Giovanna Negro che, anche se si occupa di Agricoltura, collabora spesso con la Commissione Sanità proprio per le sue competenze sanitarie. Lei stessa afferma di essere prima infermiera e poi un onorevole sensibile ai problemi che riguardano la professione infermieristica e quindi disponibile a sostenere e portare avanti le tematiche che vorremmo presentarle.

Vallicella ha poi presentato l'assessore alle Politiche Sanitarie della Regione Veneto, Ing. Sandro Sandri al quale ha chiesto di affrontare in modo concreto il tema dell'emergenza infermieristica definendo i termini del rapporto con le Università, che deve essere paritetico, riconoscendo la funzione formativa anche all'infermiere clinico; definendo il fabbisogno infermieristico regionale e promuovendo l'inserimento della figura infermieristica nella Commissione per le cure primarie.

L'assessore Sandri afferma che il Veneto rappresenta un esempio di eccellenza a livello sanitario nel panorama nazionale, Europeo ed internazionale ma è ancora migliorabile infatti si sta lavorando per ottenere l'omogeneizzazione dei dati per



poterli leggere ovunque, per poterli confrontare e scambiare. Si stanno cercando delle modalità per rendere la cartella clinica un documento leggibile a tutti ed inoltre si intende offrire prestazioni alle persone sempre migliori alle affrontando concretamente il problema della carenza infermieristica.

Il programma ha preso avvio dalla trattazione del tema dal punto di vista giuridico con l'intervento del Consigliere della Giunta Regionale Vittorio Cenci, Coordinatore Infermiere e del Dottor Luca Benci Consulente e docente di Diritto delle Professioni Sanitarie. Il primo ha presentato la Legge Regionale n. 34 del 14/12/2007 "Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso informato"; il secondo ne ha presentato l'applicazione e la regolamentazione: opportunità e criticità dal punto di vista giuridico.

Il Consigliere Cenci afferma che è

tempo che l'infermiere entri a far parte delle commissioni che si occupano di salute, perché il suo ambito di competenza è ben definito e distinto dalle altre figure sanitarie. Spiega le finalità della Legge Regionale n. 34 (BUR n. 108/2007) senza tralasciare, dopo una breve premessa su come nasce, la scarsa e tardiva possibilità di intervenire sul testo della stessa. Cenci afferma che questa legge dà un valore legale alla cartella infermieristica al pari della cartella clinica, infatti, nell'art. 3 comma 3.b si dice che la cartella clinica ospedaliera, oltre a tutti i dati clinici prodotti e alle annotazioni delle terapie praticate, contiene altri documenti quali il diario o la cartella infermieristica, redatti dal personale infermieristico responsabile dell'assistenza del paziente. Insieme dunque rappresentano la documentazione clinica con una funzione ben precisa: documentare l'attività svolta in regime di ricovero ordinario, ambulatoriale, di pronto soccorso, di servizio di



- urgenza ed emergenza medica (SUEM) e di distretto;
- fornire una base informativa per le scelte assistenziali;
 - identificare e consentire la rintracciabilità di tutte le attività svolte;
 - garantire la continuità dell'assistenza;
 - consentire l'integrazione di competenze polifunzionali;
 - costruire la base informativa per la revisione degli atti, la valutazione delle modalità operative e la valutazione dell'attività svolta e della qualità dell'assistenza;
 - tutelare gli interessi legali delle parti interessate, ovvero gli OPERATORI SANITARI perché devono documentare la correttezza del proprio operato, il CITTADINO che vuole conoscere lo stato di salute e dimostrare l'eventuale errore del sanitario ai fini del risarcimento dei danni e il MAGISTRATO ai fini della giustizia, perché vuole accertare o escludere la sussistenza di una responsabilità professionale.

In Italia la cartella clinica è sempre stata identificata con la cartella medica, dice il dr Benci, anche se sui documenti principali non vi è una legge che dà indicazioni precise. La Legge Regionale n. 34 riunisce i documenti medici e quelli infermieristici ed inoltre introduce una novità, la cartella clinica non è più solo la cartella medica ma un documento sanitario ospedaliero, territoriale e di Pronto Soccorso con l'inserimento della cartella di triage. L'art. 4 che elenca i soggetti obbligati all'apertura, tenuta e conservazione della cartella clinica individua tali soggetti nei medici, negli odontoiatri e nel personale inquadrato nel ruolo medico o infermieristico delle strutture sanitarie pubbliche o private e le figure di supporto come gli OSS? Nel profilo dell'Operatore Socio Sanitario, secondo l'accordo Stato/Regioni è fatto loro obbligo di annotare i dati di competenza che sono stati rilevati. Il dr Benci con questo interrogativo vuole far notare che alcuni aspetti sono sfuggiti al legislatore così come non è stata data indicazione alcuna in merito al rispetto della tutela della



La Piccionaia - I Carrara
Teatro Stabile di Innovazione

Anche quest'anno è riservata agli iscritti al Collegio Ipasvi di Vicenza una **riduzione su biglietti ed abbonamenti** per la **Stagione di Prosa 2008-09** e per **Famiglie a Teatro 2008-09** del **Teatro Astra di Vicenza**.

Il programma delle due stagioni teatrali verrà pubblicato sul sito del Teatro Astra www.teatroastra.it
Per ulteriori informazioni tel. 0444 323725

CONVENZIONE PER GLI ISCRITTI AL COLLEGIO IPASVI

privacy dei dati contenuti nelle cartelle cliniche. Infatti per garantire questo ci si deve rifare ad un piccolo comma dell'art. 83 della Legge sulla privacy: "...cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie, ivi comprese l'eventuale documentazione di anamnesi, avvenga in situazioni di promiscuità derivati dalle modalità di raccolta delle informazioni".

Il comma 7 dell'art. 3 dice che la Giunta regionale provvede alla definizione e predisposizione del modello unico regionale della cartella clinica perciò, continua il dr Benci, si potrebbe prevedere un'area riservata al medico, una riservata all'infermiere, altre due aree comuni medico/infermiere ed una infermiere/operatore di supporto.

L'ultimo aspetto trattato dal Dr Benci è legato alla responsabilità della conservazione della documentazione clinica che, fin dal 1995, non è più in capo al Direttore Sanitario, come tutti continuano a pensare, bensì in capo al Direttore Generale che disciplina con un regolamento interno tenendo presente la disciplina in materia di sicurezza e protezione dei dati e nel rispetto delle linee guida nazionali relative alla documentazione clinica testuale e iconografica in formato digitale.

Il professor Daniele Rodriguez tratta il tema dal punto di vista medicolegale riproponendo una definizione di cartella clinica quale "struttura unificante della documentazione di provenienza medica, infermieristica e di altri professionisti sanitari (ostetriche, fisioterapisti, logopedisti, dietisti, ...) elencandone le funzioni

intrinseche ed accessorie. La cartella clinica va compilata perché garantisce la continuità terapeutica, è uno strumento di lavoro, continua il Dr Rodriguez, che consente di costruire la base informativa per la revisione degli atti, la valutazione delle modalità operative e la valutazione dell'attività svolta e della qualità dell'assistenza. La documentazione clinica serve anche a tutelare gli interessi legali delle parti interessate. Il problema che si presenta ora è lasciare due documenti distinti o costruire un unico documento integrato? La conservazione della documentazione e la fotocopiazione su richiesta del paziente devono essere effettuate insieme. In attesa che la Giunta Regionale provveda alla definizione e predisposizione del modello unico regionale i professionisti sanitari a livello locale, guidati dal proprio Direttore Generale quale principale attore della tutela della salute dei cittadini, devono credere in questo progetto e insieme attivarsi attraverso la discussione, il confronto e la formazione.

Infine Monica Casati Dottore Magistrale in Scienza Infermieristiche ed Ostetriche illustra quali opportunità offre l'applicazione della legge presentando una classificazione degli strumenti informativi del sistema secondo orientamento (al singolo, a gruppi di pazienti, a singole attività assistenziali), strumenti (cartella infermieristica, schede infermieristiche, cartella clinica, cartella sanitaria integrata, piani di assistenza, percorsi clinici, protocolli, procedure ed istruzioni operative) e tendenza (personalizzazione, standardizzazione).

Medmatic@ 2008, e-Health Regione Veneto in primo piano

Appuntamento il 30 e 31 ottobre in Fiera a Vicenza

Sarà Sandro Sandri, Assessore alle Politiche Sanitarie della Regione Veneto, ad aprire i lavori della quarta edizione di Medmatic@, Vicenza 30/31 ottobre. L'assessore interverrà al Convegno di apertura su "E-Health: modelli per avvicinare le Regioni d'Italia e curare meglio i pazienti" - Giovedì 30 ottobre

La quarta edizione di Medmatic@ 2008 sarà focalizzata nella presentazione di modelli di Sanità elettronica e Telemedicina, che hanno superato la fase progettuale e sperimentale e sono entrati a pieno regime nell'attività sanitaria. Da questo punto di vista, la Regione Veneto rappresenta una delle punte più avanzate di realizzazione di progetti di e-Health in Italia sia per quanto riguarda l'integrazione dei Sistemi informativi sanitari che le soluzioni di Telemedicina in rete come quella relativa al teleconsulto neurologico e per l'infarto al miocardio. Risultati dovuti alla politica sanitaria della Regione Veneto rivolta al miglioramento della qualità del presidio sanitario e che vedono ben tre aziende ospedaliere (Asolo, Pieve di Soligo, Treviso) nella lista delle eccellenze della P.A. pubblicata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Renato Brunetta

"Il Sistema Sanitario Veneto - dice Sandri - si è particolarmente distinto, in realtà, per la capacità di saper sviluppare ed applicare modelli innovativi sulle frontiere più avanzate. Stiamo raccogliendo gli investimenti di governance di un programma coerente di sviluppo e innovazione continuo e decisamente voluto. La Sanità veneta si è posta come obiettivo il compito - prosegue Sandri - di mantenere elevati i servizi erogati ai cittadini, ai cui bisogni si deve rispondere con modelli organizzativi flessibili e integrati, perché l'integrazione socio-sanitaria è la strategia fondante del modello di intervento sanitario sia a livello tecnologico e informatico che per la crescita qualitativa dei servizi stessi. È quindi evidente che l'innovazione e l'utilizzo di piattaforme tecnologiche digitali, come quelle offerte dalle reti di connettività, dai device e dai servizi e applicazioni di telemedicina, aiutano a delocalizzare il presidio sanitario, permettendo una maggiore e continuo monitoraggio e controllo sanitario a livello territoriale, diminuendo l'ospedalizzazione e di costi di gestione.

Perché questo disegno, tuttavia, abbia pieno successo bisogna completare - prosegue Sandri - il processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione con una preventiva individuazione di quali sono i centri di spesa che producono sprechi e inefficienze e individuando un livello uniforme di rapporto tra servizi erogati e spesa conseguente. Il modello veneto, in questo caso, presenta delle eccellenze uniche per l'alto livello di condivisione raggiunto nell'individuazione dei criteri che possono permettere di applicare politiche sanitarie di governance per la convergenza e l'integrazione. Un modello, che per i suoi riconoscimenti - sottolinea Sandri - dovrebbe essere esteso a livello nazionale, premiando quelle realtà sanitarie che realizzano meglio le politiche di gestione sanitaria.

Un aspetto, poi, molto importante - prosegue Sandri - è quello dello sviluppo di forme di collaborazione tra sistemi e politiche regionali sanitarie, come il Protocollo di Collaborazione in campo sanitario firmato tra le Regioni Veneto e Lombardia, siglato un anno fa, con l'obiettivo di ampliare il raggio d'azione anche alla promozione dello sviluppo delle piccole e medie imprese venete e lombarde del settore sanitario e biomedicale. Veneto e Lombardia - conclude Sandri - devono svolgere un ruolo promotore nel sostegno alle nostre imprese del settore, individuando progetti forti che pongano il sistema produttivo delle due Regioni in grado di competere ad armi pari con le grandi imprese e le multinazionali, implementando la crescita dei Distretti Produttivi legati alla sanità. Un modo per dare un segnale forte di come partire dal basso, dal territorio e dalle esigenze della gente e delle imprese, per creare l'Europa delle Regioni con l'obiettivo di ottimizzare la qualità della vita e riaffermare la centralità della persona nel percorso terapeutico, che veda il paziente sempre al centro della rete assistenziale".

Durante Medmatic@ verranno presentati sistemi e soluzioni, che hanno il valore di essere modelli di riferimento per l'implementazione tecnologica, lo sviluppo e strumenti al servizio del miglioramento del presidio sanitario e dei bisogni di cura e di assistenza del paziente. Il momento espositivo sarà affiancato da una fitta serie di workshop e convegni, riconosciuti ECM, che approfondiranno le tematiche legate alla Sanità elettronica con la presentazione di *case studies* di riferimento. In particolare, durante le due giornate della manifestazione saranno affrontati i temi legati all'E-Health per l'organizzazione sanitaria, alla promozione e alfabetizzazione della Telemedicina per gli operatori e il personale sanitario, ai modelli appropriati di Telemedicina per l'assistenza alla disabilità e agli anziani e all'innovazione e ricerca: robotica chirurgica e imaging molecolare. Per maggiori informazioni sulla manifestazione e i convegni: www.medmatica.it

Per maggiori informazioni sulla manifestazione e i convegni: www.medmatica.it

Per maggiori informazioni sulla manifestazione e i convegni: www.medmatica.it

Per maggiori informazioni sulla manifestazione e i convegni: www.medmatica.it

Per maggiori informazioni sulla manifestazione e i convegni: www.medmatica.it



A spasso con ... "TESI"

2° concorso provinciale IPASVI - edizione 2008; Premiazione e divulgazione della cultura infermieristica

Il Collegio IPASVI di Vicenza propone la seconda edizione del concorso che ha riscosso notevole successo lo scorso anno premiando, gli elaborati di tesi ritenuti professionalmente più interessanti.

È forte la convinzione che tutte le energie che la professione, e quindi tutti i singoli professionisti, mette in campo, trovino un loro significato nella condivisione dei risultati raggiunti, nella diffusione del sapere professionale fino ad arrivare al miglioramento, all'arricchimento di ciascun componente del gruppo.

Ecco quindi che il Collegio ripropone il concorso che è culminato lo scorso anno con la premiazione, l'8 marzo 2008, dei tre vincitori che hanno ricevuto, non solo il premio in denaro, ma la possibilità di vedere il proprio lavoro pubblicato sulla rivista Infermieri Informati.

Si invitano quindi tutti i colleghi che hanno lavorato sodo per produrre il proprio elaborato di tesi, che sia esso di Laurea di 1° livello così come di Master o di Laurea specialistica, a partecipare al concorso che può offrire così ulteriore soddisfazione sia ai singoli partecipanti, che trovano una sottolineatura importante al proprio lavoro, sia all'intera collettività professionale che amplia la propria cultura.

Desiderosi di incontrare la più ampia partecipazione, inviamo fin d'ora un grosso augurio a tutti i partecipanti.

CONCORSO "A SPASSO CON ...TESI" 2° EDIZIONE 2008

Il Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza indice un concorso finalizzato ad evidenziare e premiare le tesi di Laurea più significative al fine di dare rilevanza al lavoro svolto e diffondere la cultura professionale.

1- Requisiti generali e specifici

Possono partecipare al Concorso gli studenti di Corsi di Laurea di 1° e 2° livello e Masters, laureati nel Corso

dell'A.A. 2006 - 2007 (da novembre 2006 ad aprile 2008) che siano residenti in provincia di Vicenza.

Tali requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del bando.

2- Termini per la presentazione della domanda

L'elaborato e la relativa domanda di partecipazione al Concorso, redatta in carta semplice, dovrà essere indirizzata al Presidente del Collegio IPASVI di Vicenza, viale Trieste 29/C 36100 Vicenza e dovrà essere presentata o pervenire mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (farà fede la data del timbro postale) entro e non oltre le **ore 12 del 15 novembre 2008**.

Nella domanda di partecipazione dovranno essere indicati i dati anagrafici, la data di discussione, la sede universitaria frequentata, nonché il domicilio e il recapito telefonico presso il quale, ad ogni effetto deve essere data ogni necessaria comunicazione relativa al Concorso.

Tali dati devono essere contenuti nello stampato che si allega e acclusi gli elaborati inviati.

Gli autori presenteranno una copia cartacea della tesi (non rilegata) ed una copia su supporto elettronico (preferibilmente CD); il materiale rimarrà come banca dati in Collegio, non verrà restituito e potrà essere oggetto di pubblicazione sulla rivista "Infermieri Informati".

Il Collegio IPASVI di Vicenza non assume alcune responsabilità nel caso di dispersione della tesi conseguente ad inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda presentata, né per eventuali disguidi postali non imputabili a responsabilità del Collegio stesso.

Il termine stabilito per la presentazione delle tesi è perentorio, pertanto non saranno presi in considerazione gli elaborati che, per qual-

siasi ragione, saranno presentati o spediti al di fuori del termine stabilito, né quelli pervenuti in Collegio precedentemente la data di pubblicazione del presente bando.

3- Commissione esaminatrice

La Commissione esaminatrice è composta da membri del Consiglio Direttivo del Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza e presieduta dal Presidente del Collegio o da un suo sostituto.

Dalla commissione sono esclusi i membri operanti nei poli didattici universitari ed i membri che abbiano esercitato, nell'anno accademico di discussione di tesi, come professore universitario a contratto.

4- La graduatoria e i premi

La valutazione dei lavori sarà effettuata considerando:

- la validità scientifica
- la rigorosità del metodo applicato
- l'originalità
- la spendibilità nella prassi infermieristica o l'operatività di strumenti proposti.

Saranno individuati dalla Commissione i primi tre elaborati che, sulla base dei criteri indicati, verranno premiati con l'attribuzione delle somme, rispettivamente di € 500 per il primo classificato, € 350 per il secondo e € 200 per il terzo; inoltre, gli stessi verranno pubblicati sulla rivista del Collegio provinciale IPASVI di Vicenza "Infermieri Informati".

I vincitori verranno informati singolarmente, mentre la premiazione ufficiale avverrà in forma pubblica successivamente.

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla segreteria del Collegio negli orari di apertura:

martedì e giovedì 14.00 - 18.00

mercoledì 10.00 - 12.00

oppure tramite telefono o fax allo 0444 303313, o via mail vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it



Assemblea del Collegio IPASVI di Vicenza



13, 14, 15 dicembre 2008

*Aula magna Scuola per Operatori Sanitari
Contrà S. Bortolo - Vicenza*

**Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo
del Collegio IPASVI di Vicenza 2009-2011**

Prima di procedere alle votazioni si terrà,
sabato 13 dicembre 2008
dalle ore 10,00 alle ore 13,00
un incontro informativo sul tema

**QUALI OPPORTUNITÀ
FORMATIVE PER L'INFERMIERE:
istruzioni per l'uso.**

Incontro a domande e risposte