

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 XI - Numero 1
GENNAIO-APRILE 2010



PROFESSIONE INFERMIERE: MISSION IMPOSSIBILE

EDITORIALE

*Valorizzare
l'infermiere
per assicurare
ai cittadini
adeguati servizi
sanitari*

A PAG. 3

INIZIATIVE

*6 marzo.
Tavola rotonda:
infermieri, politici,
dirigenti
sanitari e cittadini
e confronto*

A PAG. 4

ELEZIONI REGIONALI

*faccia a faccia
con Rizzato
e Prezzalis,
candidati
al Consiglio
regionale
del Veneto*

A PAG. 6

ATTIVITÀ

*I corsi di
formazione ECM
I° semestre 2010

Bando per il
concorso "A spasso
con TESI"*

A PAG. 10 E 12

RUBRICA

*L'angolo giuridico.
Domande
e risposte su
questiti giuridico-
professionali*

A PAG. 17



Infermierinformati

ISSN 1721-2456

Quadrimestrale, anno XI - numero 1

Direttore responsabile

Fanchin Gianmaria

Redazione

Storti Matteo, Dal Degan Sonia, Pegoraro Federico
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

ErgonProject - Vicenza
edizioni@ergonproject.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:

Archivio Collegio Ipasvi di Vicenza e 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

VALORIZZARE L'INFERMIERE PER ASSICURARE AI CITTADINI ADEGUATI SERVIZI SANITARI	3	PERCHÉ L'USO DEL PARACADUTE NON È BASATO SULL'EVIDENZA?	14
VALORIZZARE L'INFERMIERE PER VALORIZZARE IL SISTEMA SALUTE	4	DOMANDE & RISPOSTE RUBRICA DI QUESITI GIURIDICO PROFESSIONALI	16
APPROVATA LA LEGGE REGIONALE 352 CHE ISTITUISCE LE DIREZIONI AZIENDALI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	5	IL CONSIGLIO DIRETTIVO SI PRESENTA SONIA CAPOZZO: "SVILUPPARE LA CULTURA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA"	18
VALORIZZARE GLI INFERMIERI: FACCIA A FACCIA CON I CANDIDATI AL CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO	6	L'UMANITÀ È UN VALORE IMMENSO INCALCOLABILE E IMPAGABILE	20
I CORSI ECM E GLI EVENTI PUBBLICI PER IL PRIMO SEMESTRE 2010	9	CONVENZIONI	21
"ASSEMBLEA ANNUALE" DEGLI ISCRITTI AL COLLEGIO IPASVI DI VICENZA	11	SI SEGNA... PEC E PROFESSIONISTI	22
IPODERMOCLISI: UNA VECCHIA E NUOVA TECNICA DI INFUSIONE	12	CURIOSITÀ E NOVITÀ	23



Valorizzare l'infermiere per assicurare ai cittadini adeguati servizi sanitari

L'Italia, in controtendenza rispetto agli altri Paesi europei, si pone in evidenza per un'eccessiva disponibilità di medici che fa da contrappeso a una visibile insufficienza di professionisti infermieri e di altre qualificazioni. Il costante aumento della domanda sanitaria, con una popolazione di over 75 anni che ha superato ormai i 6 milioni di persone, richiede interventi programmati per garantire un servizio sanitario in grado di dare risposte assistenziali, soprattutto qualitative. Senza infermieri, utilizzati non sempre per interventi di carattere sanitario, diventa tutto molto difficile. È facile ipotizzare, in futuro, cambiamenti di scenari: continue riduzioni di posti letto, di servizi, di assistenza e non solo per la conseguente riduzione del PIL legato ad un'economia in grande difficoltà.

È pur vero che alcune cose sono state fatte per contrastare questo preoccupante fenomeno come i progetti di mobilità internazionale per recuperare infermieri da altri paesi. Infermieri professionali immigrati, al di fuori del sistema delle quote previste per le altre professioni, sono arrivati in Italia, soprattutto dai Paesi dell'est Europa. Purtroppo le potenzialità professionali di tali operatori sono state messe a dura prova dall'esigenza evidente di una fluente e corretta capacità comunicativa, a fondamento del rapporto tra l'operatore sanitario e il cittadino che chiede le cure presso le strutture sanitarie italiane. L'immissione nei reparti ospedalieri di personale infermieristico con lacune spesso gravissime nella conoscenza della lingua italiana ha creato non pochi disagi all'organizzazione dei servizi assistenziali e specificatamente alle stesse attività infermieristiche, troppo spesso appesantite, oltre che dalle oggettive **difficoltà di compensazione di turni** e di presenze con le quali ogni giorno ci si confronta, anche dalle carenze comunicative tra operatori della medesima professione.

Altro ancora: i progetti di inserimento dell'OSS nelle unità operative a supporto dell'attività assistenziale per liberare l'infermiere da competenze improprie e consentire il recupero di risorsa infermieristica con un rapporto atteso di 2:1 su indicazione della Regione Veneto. Anche se nel Veneto vengono formati quasi 4000 OSS all'anno, questa figura **non può sostituire l'infermiere**. Figure poi con un livello di preparazione estremamente differenziato, da centri di formazione che privilegiano il nozionismo ma non la formazione di persone che andranno ad assistere altre persone. Gli effetti sono evidenti, lo sanno i Direttori Generali delle ULSS, i medici, i dirigenti, gli OSS e la stessa Regione Veneto. Meno i cittadini che ancora non sanno distinguere la differenza tra le figure presenti nel mondo sanitario, ad eccezione per i medici, dei quali nutrono sempre profondo rispetto e riverenza. Il cittadino riconosce singolarmente il valore dell'infermiere, ma a livello di opinione pubblica, tale pensiero si ribalta.

Lauree specialistiche e master, alle quali gli infermieri italiani si iscrivono, hanno aumentato le aspettative, ma queste spesso vengono poi disattese. Il master molto richiesto, rispetto ad altre proposte, è quello in funzioni di coordinamento per l'effettiva spendibilità, prevista e riconosciuta dal contratto di lavoro. Tutti infermieri coordinatori quindi, quando avremo bisogno di infermieri specialisti clinici che pur in possesso di master nelle corsie non vedono riconosciute le loro competenze.

Una situazione, quella attuale, che attesta in tutta la sua dirompente evidenza, l'inefficacia delle scelte effettuate in passato, carenti della necessaria integrazione in un quadro di efficace programmazione dei bisogni del cittadino e più specificatamente dei fabbisogni del sistema sanitario e sociale. La stessa Organizzazione mondiale della sanità, nel 2006, in occasione dell'ulti-

ma edizione della Giornata mondiale della salute, incentrata sulla cosiddetta «**crisi della forza lavoro nella sanità**», aveva sottolineato come la valorizzazione delle professionalità sanitarie dovesse essere considerata come l'elemento determinante per vincere la sfida volta ad assicurare ai cittadini il diritto ad adeguati servizi sanitari.

Che fare allora?

La presentazione di una proposta di legge per l'esercizio della libera professione individua disposizioni per il personale sanitario di cui alla legge 1 febbraio 2006, n. 43, dipendente da amministrazioni pubbliche, allo scopo di dare respiro al nostro sistema sanitario che risente gravemente, della carenza di professionisti infermieri. Ma ostacoli normativi e regolamentari, determinati dall'attuale ordinamento, vietano l'esercizio in regime di libera professione per i professionisti sanitari con un rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione. **Una palese discriminazione rispetto a quanto previsto per i medici** e altri dirigenti.

La possibilità di attivare un coerente sistema di garanzie caratterizzato dalla possibilità, per i professionisti sanitari pubblici dipendenti, di esercitare attività libero-professionali presso terzi, purché tali attività non siano in contrasto con le attività istituzionali esercitate presso la pubblica amministrazione, **consentirebbe di liberare una consistente quantità di energie professionali** rendendole disponibili per le stesse amministrazioni pubbliche, le quali avrebbero così la possibilità di utilizzare professionisti qualificati e preparati, con una solida esperienza assistenziale maturata presso i servizi e le strutture del Servizio sanitario nazionale.

Questa possibilità consentirebbe agli operatori sanitari **interessati** di integrare il bagaglio delle competenze e delle abilità professionali già possedu-



te, a tutto vantaggio della pubblica amministrazione, rendendo nel contempo più appetibili tali professioni per i giovani, con il conseguente incremento del numero di professionisti disponibili, ed eliminando la disparità di trattamento tra questi e i medici, i farmacisti, i veterinari e i dirigenti del Servizio sanitario nazionale, per i quali il regime di esclusività è stato ormai da lungo tempo ampiamente superato.

È ormai evidente che, considerando le previsioni future, il sistema sanitario ha nuove necessità: una diversa articolazione organizzativa per livelli di competenza in grado di favorire la valorizzazione della professione infermieristica. Il passaggio alla formazione universitaria non ha ancora determinato un reale cambiamento delle condizioni di lavoro (se non a macchia di leopardo) che impiega ancora l'infermiere in attività

improprie, di basso livello clinico-assistenziale e con nessuna ricaduta sui bisogni di assistenza sanitaria del cittadino.

Proprio per tali ragioni diventa indispensabile approfondire il tema della valorizzazione della professione infermieristica.

Quindi abbiamo organizzato un momento pubblico di confronto con esponenti del mondo politico, professionale e i cittadini.

Sabato 6 marzo 2010

Sala Convegni della Confartigianato
Via Fermi, 134 - Vicenza

Valorizzare l'infermiere per valorizzare il sistema salute

programma

ORE 10,00 Introduzione ai lavori G Fanchin, Presidente Collegio IPASVI di Vicenza

SESSIONE COORDINATA dal giornalista del Gazzettino dr. **CRESTANI**

ORE 10.15 **Necessità del sistema sanitario:
articolazione organizzativa, livelli di integrazione
e valorizzazione della professione infermieristica**
Marcello Bozzi Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Ore 11,00 TAVOLA ROTONDA

Interverranno:

Federico Pergoraro, Vice Presidente IPASVI Vicenza

Annalisa Silvestro, Presidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Claudio Rizzato, consigliere regionale - PD

Eleutherios Prezalis, candidato consiglio regionale veneto - PdL

Vittorino Cenci, consigliere regionale per la Lega Nord

Antonio De Poli, candidato Governatore del Veneto - UdC

Franco Figoli, presidente di Cittadinanza Attiva

Narciso Zocca, presidente ADDIMA

Valerio Alberti, coordinatore dei Direttori generali Ulss

ORE 12,00 Conclusioni
A seguire aperitivo



Approvata la legge regionale 352 che istituisce le direzioni aziendali delle professioni sanitarie

Il Consiglio Regionale del Veneto ha approvato un'importante legge che riguarda gli infermieri (32000 nel Veneto) e tutte le professioni sanitarie non mediche.

Dopo aver avuto il riconoscimento dell'autonomia professionale oggi agli infermieri è stata riconosciuta la prerogativa di organizzarsi, attraverso una propria struttura organizzativa, che si integrerà con le altre strutture aziendali, e con queste concorrerà a produrre risultati di salute.

La Regione Veneto con questo provvedimento recupera, e per alcuni versi supera, i modelli organizzativi che già si sono dotate molte regioni in virtù di quanto sancito dalla legge nazionale del 2000 (n.251) che istituiva la dirigenza infermieristica. Infatti in questo provvedimento è contenuta oltre a quanto già ricordato, la previsione di strutture sperimentali extra ospedaliere a gestione infermieristica.

Ma quali sono i contenuti del provvedimento?

Si istituisce la direzione aziendale delle professioni sanitarie infermieristiche e delle altre professioni sanitarie. Tale direzione, riconosciuta come struttura complessa e quindi dotata di autonomia, collaborerà con la direzione strategica per la realizzazione degli obiettivi propri delle aziende sanitarie ed ospedaliere. Nella norma sono inoltre delineati chiaramente gli obiettivi di tali direzioni.

In sintesi l'obiettivo di queste nuove strutture è quello del governo dei processi assistenziali, attraverso:

l'identificazione del fabbisogno di personale, l'adozione di standard assistenziali, il monitoraggio dei risultati ottenuti. Oltre a ciò le direzioni avranno l'importante responsabilità in relazione alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni stesse.

Dal punto di vista dello sviluppo della professione infermieristica con questa norma si è riconosciuto che l'organizzazione dell'assistenza ha bisogno di professionisti preparati a questo, che non possono che essere infermieri. Il governo degli infermieri a chi è infermiere e ciò per utilizzare al meglio la potenzialità di questi professionisti a seguito dalla profonda trasformazione di questa professione. Le sperimentazioni gestionali sono inoltre il fiore all'occhiello di questa norma, chi ha fortemente voluto questo articolo (art.5) ha saputo guardare molto avanti ed ha visto i nuovi bisogni di salute di una popolazione in profondo cambiamento. Ha visto anziani con disabilità, pazienti con malattie cronico degenerative, che hanno avuto soddisfatta la necessità di un diagnosi ed una

terapia ma che necessitano di essere, fortunatamente per tanto tempo, assistiti con professionalità.

Chi ha voluto questa legge ha capito che in un sistema evoluto come il nostro non è possibile garantire a tutti tutto se non si utilizzano al meglio le risorse a disposizione e soprattutto se non si ha la forza di riorganizzare il sistema sui reali bisogni di una popolazione che è profondamente cambiata e che cambierà ancora nel tempo.

Quindi una legge che riorganizza il sistema infermieristico e di tutte le professioni sanitarie non mediche affinché il cittadino possa avere maggiori e più qualificate possibilità assistenziali.

Gli infermieri ringraziano le forze politiche e sociali che hanno votato questo importante provvedimento.





Valorizzare gli infermieri: faccia a faccia con i candidati al Consiglio regionale del Veneto

La formazione professionale è da tempo centrale per gli infermieri, chiamati quotidianamente a prendersi cura delle persone. Un ruolo importante, che negli anni ha assunto una valenza strategica anche sul versante dell'educazione e della prevenzione. Sono alcune delle riflessioni promosse dai candidati al Consiglio Regionale del Veneto, Eleutherios Prezalis e Claudio Rizzato, che di seguito abbiamo intervistato, per comprendere i punti strategici del loro programma per le prossime elezioni regionali.

Il ruolo dell'infermiere è sempre più centrale nella cura ed assistenza della persona. Quali sono, a suo avviso, i caratteri fondamentali di questa figura professionale?

Prezalis. "La soddisfazione del bisogno di assistenza nella cura delle persone è centrale in ogni sistema sanitario regionale e la figura deputata ad esserne responsabile, per mandato legislativo e professionale, è l'infermiere. Tale responsabilità deve fondarsi su un ruolo ed una formazione di adeguato livello, che in larga parte sono ancora poco riconosciuti. Caratteristiche fondamentali di questa professione sono l'autonomia specifica nell'ambito di assistenza e la formazione universitaria di base e post-base, le quali garantiscono competenze sempre più elevate e complesse, associati ad una predisposizione, nel percorso di cura, ad instaurare un rapporto con l'assistito che offra un aiuto deontologicamente rispettoso dei valori fondamentali dell'uomo. L'infermiere diventa quindi un professionista competente, aggiornato e capace di comprendere e sostenere "l'uomo" nel momento in cui è in pericolo un suo bene fondamentale, la salute".

Rizzato. "L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle persone colpite da malattie invalidanti richiede ri-

sposte socio-sanitarie complesse e diversificate. L'infermiere è il professionista che può rispondere alla richiesta di prestazioni che quotidianamente i soggetti fragili e le loro famiglie esprimono. La formazione universitaria infermieristica, garantisce una preparazione scientifica spendibile in tutti i servizi aziendali per diverse funzioni quali quelle educative, preventive, curative, riabilitative e palliative".

Curare il malato o prendersi cura della persona che intraprende un percorso di salvaguardia della propria salute. Qual è il giusto approccio?

"Da specialista in igiene e medicina preventiva, ritengo che sarebbe davvero ideale prevenire molte forme di malattia o di disabilità conseguenti ad un danno irreparabile. Sul fronte della prevenzione la politica sanitaria deve avere il coraggio di investire risorse consistenti, perché l'educazione a stili di vita sani, in grado di evitare completamente molte malattie, consente un vantaggio bilaterale che dovrebbe essere considerato irrinunciabile: le persone stanno meglio ed il sistema sanitario risparmia sulle cure, godendo di risorse ulteriori per affrontare al meglio altre esigenze. Sono certo che anche da questo punto di vista gli infermieri possano offrire molto, in termini di progettualità e di collaborazione, nella messa a punto di piani sanitari, in sinergia con i medici di famiglia ed i farmacisti; è molto importante anche il monitoraggio post-acuzie, che consente di evitare ricadute. Le competenze infermieristiche, in tale direzione, sono ampiamente sufficienti".

Rizzato. "Curare il malato non vuole solo dire risolvere un processo patologico. Ricordiamoci che l'OMS intende per salute il benessere psico-fisico e sociale, l'approccio quindi non può che essere olistico. La persona va considerata nel

suo insieme, sicuramente la sua mente ed il suo corpo ma anche il suo ambiente di lavoro, i suoi stili di vita, l'attività ed impegni sociali, la capacità di adattamento alle diverse avversità e molto altro. Per questi motivi è necessario agire a più livelli. L'educazione alla salute e la prevenzione sono i principali cardini di una politica della salute; seguono la cura, la continuità assistenziale. Prendersi cura vuole però anche dire accompagnare il cittadino sano o malato in percorsi strutturati e multiprofessionali che rispondano ai reali bisogni dell'individuo e della collettività".

Le responsabilità legate all'aumento delle mansioni sempre maggiori. Come coniugare qualità delle cure e serietà nell'espletamento del servizio?

Prezalis. "Questo è il nodo più preoccupante e più difficile da sciogliere. I bisogni di salute sono in crescita, così come l'attenzione dei cittadini. La complessità delle risposte da fornire si scontra con la scarsità delle risorse umane e di tempo. All'infermiere chiediamo di fare sempre di più, di farlo bene e di farlo in fretta, per ridurre le liste d'attesa: la responsabilità aumenta (e molto spesso non viene economicamente riconosciuta) e l'aggravio di oneri incide negativamente sulla qualità del servizio. La risposta alla sua domanda è quindi una sola: più servizi di qualità richiedono più risorse, umane ed economiche, che significa più infermieri e meglio retribuiti, ma il problema sta proprio nella cronica carenza di cui soffrono queste due innegabili necessità. Nel SSR gli infermieri hanno dimostrato la capacità di adattarsi alle innumerevoli riorganizzazioni aziendali, volte, al contrario, a ridurre il personale, per necessità di bilancio dovute a trasferimenti inferiori alle aspettative, inadeguati e non in linea a quelli ero-



gati ad altre realtà, magari meglio rappresentate politicamente. Non si può chiedere all'infermiere di sacrificare la propria salute per tutelare quella degli altri, o la propria sicurezza nell'esercizio della professione, esponendo contemporaneamente gli assistiti al rischio di danni da carenza di organico. Si può ancora fare qualcosa per ottimizzare la risorsa infermieristica, per esempio completare l'inserimento delle figure di supporto nelle aree a bassa intensità di cure, ma in ogni caso va sostenuto un generale riassetto degli organici, se vogliamo affidare la nostra salute a mani sicure".

Rizzato. "La continua evoluzione scientifica e tecnologica in campo sanitario, sollecita ed impone un continuo aggiornamento e riorientamento dei professionisti verso prestazioni e risposte di salute raffinate e complesse. Ad ogni funzione, prestazione, attività, corrisponde una responsabilità che a mio avviso dovrebbe essere vissuta come una opportunità di crescita professionale. Probabilmente la domanda vuole mettere in evidenza come non sempre nelle realtà operative ci sia corrispondenza tra attività richieste e personale presente. È una criticità che la Regione dovrà affrontare, nel frattempo propongo di inserire nelle strutture/servizi la tecnologia sanitaria avanzata per sgravare l'infermiere nelle attività diagnostico-terapeutiche".

L'esternalizzazione dei servizi sanitari, già praticata in molte Aziende Ulss, mina la qualità da sempre garantita a livello regionale. Quali azioni suggerisce a salvaguardia del sistema sanitario veneto?

Prezalis. "Le esternalizzazioni, per produrre vantaggi al sistema, devono essere strategiche, cioè funzionali ai bisogni ed alla mission del servizio. Ritengo sia fondamentale la gestione in proprio del core business da parte dell'Ente erogante (il SSR) e quindi il mantenimento di un rapporto di diretta dipendenza da chi eroga le prestazioni sanitarie. Laddove tali esternalizzazioni sono presenti, non devono comunque ridursi a semplici cessioni di servizi, ma devono essere controllate nella gestione, a garanzia di quella qualità cui il popolo veneto è abituato".

Rizzato. "È necessario distinguere l'esternalizzazione dei servizi di supporto (lavanderia, igiene ambientale, ecc...) dai servizi propriamente sanitari, cure, assistenza, prevenzione, ecc... I primi garantiscono a parità di servizio un

minor costo alle aziende sanitarie e secondi delegano le risposte di salute dei cittadini ad un privato che comunque deve ottenere un guadagno. Ritengo che almeno la mission delle Aziende Ulss non debba essere delegata, la salute è uno tra i principali diritti dei cittadini che deve essere salvaguardato e gestito direttamente dalla Regione".

Quale immagine può tracciare del servizio svolto dagli infermieri vicentini nel territorio delle quattro aziende Ulss della provincia?

Prezalis. "Nonostante tutte le difficoltà (carenze di organico, mancata valorizzazione dello status professionale, organizzativo ed economico, difficoltà a far conciliare la maternità ed i ritmi di vita privata con le esigenze del lavoro), sono convinto che gli infermieri siano un pilastro fondamentale del nostro sistema sanitario. Sono spesso i primi che si incontrano quando ci si rivolge alla struttura sanitaria e rispondono ai bisogni immediati, sono i professionisti che più di tutti vivono a contatto diretto, nelle 24 ore, con i cittadini utenti e fungono da intermediari privilegiati con i medici. Mi risultano pochissime le lamentele avanzate dai

cittadini negli uffici di relazione con il pubblico, rivolte agli infermieri, il che significa che il servizio da loro svolto sia ritenuto più che soddisfacente".

Rizzato. "Un'immagine positiva. Lo sviluppo professionale dell'infermiere negli ultimi vent'anni ha permesso ai servizi sanitari di migliorare le risposte assistenziali erogate sia in ospedale che nel territorio. È un infermiere che si prende in carico la persona individuandone i bisogni e rispondendo con competenza e scientificità. È il professionista più presente nei servizi e strutture aziendali che viene in contatto con maggior frequenza con l'utente. Non sempre sono conosciute le funzioni reali dell'infermiere e i risultati raggiunti da questo professionista ma il ruolo del politico sta proprio nel valorizzare al meglio le risorse umane sul campo e l'assunzione di infermieri, la cui carenza è nota nel Veneto, è tra le priorità che la Regione si deve dare per il servizio sanitario regionale".

In che direzione sta andando la professione infermieristica e quali ritenete possano essere le politiche a salvaguardia dei lavoratori e dei malati?



Claudio Rizzato



Prezalis. “La professione infermieristica ha registrato, negli ultimi anni, un’evoluzione normativa, che le ha riconosciuto la formazione universitaria, la definizione di un campo autonomo di responsabilità, l’accesso alla dirigenza. Ora bisogna riconoscere adeguatamente questo percorso, nel concreto dell’organizzazione sanitaria. Certo è che gli infermieri avranno sempre più un ruolo centrale nel management (organizzazione del lavoro e dei reparti-servizi, gestione dei presidi e dei “posti letto”) e nell’assunzione in carico dei pazienti. Ormai tutte le nuove strutture sono organizzate per intensità di cure e non più per specialità medica, in modo da garantire la centralità dei bisogni del paziente; in questa organizzazione la figura dell’infermiere riveste un ruolo primario”.

Rizzato. “La professione infermieristica è in continua evoluzione e si sta proponendo all’interno delle aziende con competenza e responsabilità. È una professione che chiede però la giusta autonomia per poter esprimere la propria competenza che altrimenti sarebbe soffocata e contenuta dentro vecchi schemi. Salvaguardare i lavoratori e i malati vuole dire riconoscere a questa professione la possibilità di esprimersi, organizzarsi per dare risposte concrete ai bisogni dei cittadini. Garantire all’interno delle Aziende Ulss la gestione diretta dell’attività assistenziale agli infermieri è la condizione necessaria per raggiungere la massima espressione professionale verso l’utenza. In Regione si sta discutendo un progetto di legge che sostiene questo modello organizzativo e credo che in tempi brevi gli infermieri troveranno risposte concrete alle loro richieste”.

Il ruolo dell’infermiere continuerà ad essere centrale per il sistema sanitario? Ed in che misura gli infermieri potranno indirizzarsi alla libera professione?

Prezalis. “Personalmente sono favorevole all’apertura alla libera professione anche per gli infermieri dipendenti pubblici, i quali, del resto, sono professionisti normativamente alla pari di un medico. Il sistema, di conseguenza, dovrebbe essere uguale per tutti i professionisti della sanità. È in discussione alla Camera un progetto di legge presentato da un collega del PdL, che prevede la libera professione per i professionisti sanitari non medici e mi auguro che sia presto convertito in legge. Sarà poi compito delle Regioni stabilire



Eleutherios Prezalis

il regolamento ed il mio impegno personale, in tal caso, sarà quello di adoperarmi perché la libera professione diventi operativa al più presto. Un provvedimento in tale direzione permetterebbe anche di combattere l’abusivismo professionale e di contare contemporaneamente sulla disponibilità di risorse maggiori, per soddisfare i bisogni di personale della nostra sanità”.

Rizzato. “Credo non possa essere il contrario. Gli infermieri muovono interi sistemi, non devo ricordarvelo io che siete le figure vicine al malato 24 h su 24. Ritengo invece che si debba analizzare attentamente quali potrebbero essere ulteriori ruoli e spazi per l’infermiere nei contesti socio-sanitari. Spesso trascurati sono i contesti residenziali, Case di Riposo, dove il vero bisogno è di natura assistenziale, mantenimento dell’autonomia, qualità della vita. Questi sono spazi di sviluppo per la professione infermieristica che ha le conoscenze, metodi e strumenti per rispondere ai reali bisogni dell’anziano fragile e del disabile: alimentazione, mobilitazione, comunicazione, etc. Per quanto riguarda la libera professione ritengo che raggiunta l’autonomia professionale si possono aprire discussioni sui tavoli sindacali”.

Quali sono i provvedimenti più urgenti che adotterebbe a salvaguardia del ruolo della professione infermieristica e del lavoro prezioso svolto dagli infermieri?

Prezalis. “Anzitutto occorre poter avere la certezza del turnover del persona-

le che garantisce la copertura per 24 ore nei nostri ospedali. In sede di ripartizione delle risorse regionali, per il comparto sanità vanno vincolate risorse per i lavoratori turnisti (come già accade, per esempio, in Friuli-Venezia Giulia), il cui lavoro notturno non è adeguatamente considerato. L’università dovrebbe fornire una maggior disponibilità di posti per i corsi di laurea, in modo da immettere sul mercato del lavoro una quantità di personale sufficiente a garantire le sostituzioni per i pensionamenti. Deve anche essere rivolta un’attenzione specifica alla peculiarità della forza lavoro, costituita per l’80% da donne: serve un protocollo regionale per favorire la conservazione del posto di lavoro per chi ha problemi familiari o legati alla maternità. Infine credo sarebbe interessante monitorare, attraverso un’indagine dell’ARSS, lo sviluppo di malattie che colpiscono prevalentemente i lavoratori turnisti, le donne e chi svolge le cosiddette professioni d’aiuto”.

Rizzato. “Nell’ordine credo sia fondamentale dar seguito al riconoscimento all’interno delle Asl dell’autonomia organizzativa professionale per la gestione diretta delle attività assistenziali; garantire il turn-over degli infermieri; aprire un tavolo di lavoro per analizzare gli ulteriori impieghi degli infermieri nelle realtà sociosanitarie; definire gli standard del personale infermieristico nelle aziende Ulss e prevedere nei Tavoli Regionali la presenza di figure infermieristiche con un ruolo effettivo”.



I corsi ECM e gli eventi pubblici per il primo semestre 2010

Tutti gli eventi formativi e/o gli eventi pubblici programmati potrebbero subire delle variazioni, pertanto, è suggerito controllare sempre il sito del Collegio vicenzaipasvi.it qualche giorno prima dell'evento programmato

26-27 Febbraio 2010
dalle ore 8.30 alle ore 18.00

Corso di formazione

"Ruolo infermieristico nell'educazione e motivazione all'autocura: modelli e strategie per potenziare l'aderenza dell'assistito al trattamento".

Docenti dr A. Copes e Dott.ssa Marta Boaretto.

Crediti ECM: n. 16

Il corso è destinato ad infermieri, infermieri pediatrici, assistenti sanitari per un totale di 30 partecipanti. La sede è l'Hotel San Raffaele di Monte Berico di Vicenza. La quota di iscrizione è pari a **60,00 Euro** per gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza e **120,00 Euro** per i non iscritti.

Il corso si propone di fornire agli infermieri gli strumenti teorici ed operativi per svolgere in maniera coerente ed efficace la loro funzioni educativa e di promozione del benessere e di autonomia dell'assistito e della famiglia. Particolare attenzione verrà dedicata alle strategie per motivare il paziente non solo a cominciare un trattamento ma anche a mantenerlo nel corso del tempo.

Il Profilo Professionale dell'infermiere (D.M. 14 settembre 1994 n. 739) identifica in questa figura il responsabile dell'assistenza infermieristica e come tale atta a svolgere funzioni di prevenzione delle malattie, assistenza ai malati di tutte le età ed educazione sanitaria rivolte ai singoli, alla famiglia, alla collettività. Le caratteristiche dell'assistenza infermieristica sono quindi di natura tecnica, relazione ed educativa. Anche il nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere, approvato a gennaio 2009, ha sottolineato in diversi passaggi che l'intervento dell'infermiere deve avere un carattere fortemente educativo, oltre che potenziare l'autonomia nell'assistito, non solo riguardo alle scelte terapeutiche, ma anche alla cura di sé.

Interagendo con la persona in difficoltà e la sua famiglia punta quindi ad aiutarla ad utilizzare in maniera efficace le risorse fisiche/psicologiche/sociali residue allo scopo di mantenere, recuperare ed eventualmente incrementare il benessere e la qualità di vita dell'assistito e del caregiver.

Questa importante funzione diventa estremamente importante alla luce dei cambiamenti in atto nel panorama della Salute in Italia. L'aumento di patologie croniche ed una riduzione dei tempi di ricovero ospedaliero impongono a tutto il sistema sanitario italiano di porre particolare attenzione alla preparazione del paziente alla dimissione e/o alla sua gestione in ambito domiciliare attraverso la promozione delle competenze di autocura.

Il corso si propone di fornire agli infermieri gli strumenti teorici ed operativi per svolgere in maniera coerente ed efficace la loro funzioni educativa e di promozione del benessere e di autonomia dell'assistito e della famiglia. Particolare attenzione verrà dedicata alle strategie per motivare il paziente non solo a cominciare un trattamento ma anche a mantenerlo nel corso del tempo. Gli obiettivi del corso sono:

- fornire ai partecipanti una cornice teorica coerente con la promozione della autocura;
- sviluppare le abilità di valutare il livello di capacità di autocura dell'assistito e del caregiver;
- sviluppare le capacità di pianificare, attuare e verificare interventi educativi e motivazionali in linea con il grado di autocura di assistito e caregiver;
- proporre tecniche per aumentare e implementare non solo l'adesione al trattamento ma anche il suo mantenimento nel tempo evitando ricadute o dropout;
- proporre modelli efficaci per motivare pazienti e familiari al cambiamento soprattutto in presenza di stili di vita non salutari;
- incentivare le funzioni educative e di promozione della salute insiti nel ruolo dell'infermiere.

La metodologia del corso affiancherà alla lezione frontale anche metodologie

didattiche che coinvolgano direttamente i partecipanti come:

- discussioni guidate;
- analisi di casi;
- esercitazioni e lavori di gruppo.

6 Marzo 2010
dalle ore 10.00 alle ore 12.30

Tavola Rotonda

"Valorizzare l'infermiere per valorizzare il sistema salute".

Sede: sala dei Fondatori presso la sede della Confartigianato in via E. Fermi, 134. La tavola rotonda è aperta a tutta la cittadinanza ed è gratuita.

Modertore:

Matteo Crestani (Giornalista)

Gianmaria Fanchin,

Collegio IPASVI Vicenza

Federico Pegoraro,

Collegio IPASVI Vicenza

Annalisa Silvestro,

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Marcello Bozzi,

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Eleutherios Prezalis,

Candidato alle elezioni Regionali del Veneto (PDL)

Claudio Rizzato,

Candidato alle elezioni Regionali del Veneto (PD)

Vittorino Cenci,

Candidato alle elezioni Regionali del Veneto (Lega Nord)

Anotnio De Poli,

Candidato Governatore del Veneto (UdC)

Franco Figoli,

Cittadinanza Attiva

Narciso Zocca,

ADDIMA

Valerio Alberti,

Direttore Generale ULSS.

L'Italia, in controtendenza rispetto agli altri Paesi europei, si pone in evidenza per un'eccessiva disponibilità di medici che fa da contrappeso a una visibile insufficienza di professionisti infermieri.

Il costante aumento della domanda sanitaria, richiede interventi programmati per garantire un servizio sanitario in grado di dare risposte assistenziali, so-



prattutto qualitative. Ma l'attuale situazione attesta, in tutta la sua dirimponte evidenza, l'inefficacia delle scelte effettuate in passato, carenti della necessaria integrazione in un quadro di efficace programmazione dei bisogni del cittadino e più specificatamente dei fabbisogni del sistema sanitario e sociale.

La stessa Organizzazione mondiale della sanità, nel 2006, in occasione dell'ultima edizione della Giornata mondiale della salute, incentrata sulla cosiddetta «**crisi della forza lavoro nella sanità**», aveva sottolineato come la **valorizzazione delle professionalità sanitarie** dovesse essere considerata come l'elemento determinante per vincere la sfida volta ad assicurare ai cittadini il diritto ad adeguati servizi sanitari.

Il direttivo dell'IPASVI di Vicenza desidera aprire un confronto più ampio, coinvolgendo i rappresentanti delle Aziende Sanitarie, delle associazioni di tutela del cittadino, esponenti politici per capire quali strade percorrere per un futuro diverso.

24 marzo 2010
dalle ore 15.00 alle ore 18.00
"Assemblea Annuale" degli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza

Terza edizione di: **"A spasso con Tesi"**.
Sede: Aula Magna della Scuola Infermieri a partire dalle ore 15.00.
Come ogni anno si riunisce l'assemblea degli iscritti allo scopo di condividere, attraverso la presentazione l'approvazione del Bilancio Preventivo, il piano programmatico per il 2010 e, attraverso la presentazione e l'approvazione del Bilancio Consuntivo, la rendicontazione di quanto è stato realizzato nel corso del 2009.

Al termine dei lavori si svolgerà la terza edizione di "A spasso con tesi", l'evento è aperto a tutti ed è gratuito.

17 Aprile 2010
dalle ore 8.30 alle ore 16.30
"Inserimento e gestione del PICC* e MIDLINE*: una nuova competenza infermieristica.

(*catetere venoso centrale ad inserimento periferico)

(*catetere venoso a medio termine)
Docenti: Pietta Francesca, Consolandi Danilo, Gatta Claudia, Moresco Renato, Miolato Nerina, Sansoni Mirca, Celli Rita.

Il corso è destinato ad infermieri per un totale di 150 partecipanti.

Sede: sala dei Fondatori presso la sede della Confartigianato in via E. Fermi. La quota di iscrizione è pari a **30,00 Euro** per gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza, di **90,00 euro** per i non iscritti.

In collaborazione con ANIMO (Associazione Nazionale Infermieri di Medicina Interna Ospedaliera)

La continua innovazione tecnologica propone nuovi accessi venosi necessari per la somministrazione di infusioni. Il PICC è un accesso venoso centrale ad inserimento periferico da parte di un infermiere esperto e debitamente formato, mentre il MIDLINE è un catetere venoso periferico ad inserzione periferica. Entrambi questi dispositivi venosi vengono impiantati e gestiti dall'infermiere in piena autonomia, una nuova opportunità che determina un allargamento dei confini della competenza infermieristica. Non solo chi li impianta, ma tutti gli infermieri sono coinvolti nella gestione di questi nuovi accessi venosi in quanto il paziente si sposta all'interno delle strutture sanitarie o viene seguito al proprio domicilio. È una precisa responsabilità professionale conoscere gestire correttamente questi DM con interventi di educazione sanitaria per favorire la compliance e l'autonomia del paziente.

L'obiettivo del corso è far conoscere i

PICC e i MIDLINE e le modalità per una gestione corretta.

Individuare le responsabilità e la formazione necessaria per posizionare un PICC.

Individuare i criteri per la costruzione di un PICC team all'interno di un'Azienda ULSS.

12 MAGGIO
Giornata dell'infermiere

Tieniti informato!
Il Consiglio sta lavorando per l'organizzazione di questa importante festa, saranno pubblicati sul sito del Collegio vicenzaipasvi.it i dettagli dell'evento.

Giugno 2010
"La riforma Brunetta (o il decreto 150) e le ricadute sull'attività del Coordinatore infermieristico".

Docente dr Luca Benci. Crediti ECM: in attesa di assegnazione.

Il corso è destinato ai coordinatori infermieristici per un totale di 80 partecipanti.

La quota di iscrizione è pari a 30,00 Euro per gli iscritti al Collegio Ipasvi di Vicenza, 60,00 euro per i non iscritti.

Sede, il giorno e l'orario del corso saranno comunicati, una volta definiti, attraverso il sito del Collegio vicenzaipasvi.it

Per i dettagli dei corsi patrocinati vedi anche vicenzaipasvi.it





24 marzo 2010

dalle ore 15.00 alle ore 18.00

“Assemblea Annuale” degli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza

**Aula Magna della Scuola Infermieri
a partire dalle ore 15.00**

Relazione del Presidente
Approvazione del Bilancio Preventivo,
del piano programmatico per il 2010 e del Bilancio Consuntivo

CONCORSO “A SPASSO CON... TESI”

COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI VICENZA
3° concorso provinciale - edizione 2009

Premiazione e divulgazione della cultura infermieristica.

Il Collegio IPASVI di VICENZA propone la terza edizione del concorso “A spasso con... Tesi”,
che ha ottenuto notevole successo nelle scorse edizioni.

Saranno premiati gli elaborati di tesi ritenuti professionalmente più interessanti.

Il recente codice deontologico dell'infermiere (Febbraio 2009) sottolinea l'importanza della ricerca
e della riflessione critica nella pratica infermieristica, come sancito nell'artt. 11 e 12.
Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza fa proprie queste affermazioni, ed invita tutti i colleghi
che hanno prodotto elaborati di TESI DI LAUREA di 1° livello, MASTER DI 1° livello, LAUREA DI 2° livello,
a partecipare al concorso, che può offrire soddisfazioni ai singoli partecipanti, e diventa uno strumento
per la divulgazione della cultura infermieristica.

Scadenza del Bando: 30 marzo 2010

Maggiori informazioni su www.vicenzaipasvi.it



Ipodermoclisi: una vecchia e nuova tecnica di infusione

ABSTRACT

L'ipodermoclisi è la somministrazione sottocutanea di soluzioni isotoniche per correggere il bilancio di liquidi ed elettroliti. Recentemente ha cominciato a riguadagnare il riconoscimento come una sicura ed efficace alternativa all'idratazione per via endovenosa nella disidratazione da lieve a moderata, in particolare in ambito di cure palliative e cure di lunga durata negli anziani. Con l'ipodermoclisi le soluzioni isotoniche vengono infuse nello spazio sottocutaneo con un ago di piccolo calibro inserito in vari siti come addome, schiena e cosce; questa tecnica si è dimostrata facile da applicare e mantenere e ha meno complicazioni della via endovenosa.

Introduzione

Con il termine ipodermoclisi (hypodermoclysis – HDC) si intende la somministrazione sottocutanea di infusioni isotoniche ai fini di correggere degli squilibri idro-elettrolitici. L'ipodermoclisi fu utilizzata per la prima volta nel 1940 per trattare la disidratazione in pazienti pediatrici e divenne una pratica molto popolare per la terapia reidratante in diversi settori (1). Dopo circa 10 anni per una combinazione di vari fattori fu abbandonato il suo impiego, ci furono infatti segnalazioni di diverse gravi reazioni avverse. Studi successivi e varie revisioni hanno dimostrato come questi effetti avversi fossero imputabili alla non correttezza delle tecniche fino ad allora utilizzate: l'uso di fluidi inappropriati (come soluzioni ipertoniche), eccessivi volumi infusi e le infusioni a velocità troppo rapida.^{1,3} Negli ultimi anni c'è stata una riaccensione di interesse nell'uso dell'ipodermoclisi, in particolare in Canada e Stati Uniti, come metodo alternativo alla terapia reidratante endovenosa in ambito geriatrico e palliativo^{2,3}. In Italia resta una tecnica relativamente inutilizzata perchè pochi medici hanno abbastanza conoscenze nei confronti di questa tecnica di infusione e viene raramente prescritta.

I fluidi sono somministrati nel tessuto sottocutaneo utilizzando un catetere

con l'ago in plastica, utilizzando un set dedicato alle infusioni ipodermiche o un set per infusioni endovenose adattato per l'uso sottocutaneo (3,4). I fluidi infusi attraverso questa tecnica vengono assorbiti all'interno del comparto intravascolare attraverso una combinazione di perfusione, diffusione, pressione idrostatica e pressione osmotica. L'assorbimento dei liquidi attraverso il tessuto sottocutaneo è stato provato essere completo e comparabile con l'assorbimento dei fluidi somministrati per via endovenosa quando vengono somministrati rispettando i parametri corretti quali la giusta velocità, quantità e tipologia di sostanza (1).

Obiettivo

Ricerare nella documentazione scientifica le ultime e migliori evidenze riguardanti l'uso dell'ipodermoclisi come tecnica per infondere liquidi in caso di disidratazione e cure a lungo termine:

- *Patient (P)* Paziente ricoverato per disidratazione o cure palliative
- *Intervention (I)* Somministrazione di liquidi utilizzando il tessuto sottocutaneo
- *Outcome (O)* Gestione efficace della disidratazione

Materiali e metodi

Questa revisione della letteratura è stata condotta tra agosto 2009 e ottobre 2009 utilizzando le seguenti banche dati:

- Cochrane DSR, CCTR e CMR;
 - ACP Journal Club;
 - Database of Abstracts of Reviews of Effects – DARE;
 - NHS Economic Evaluation Database;
 - Health Technology Assessment – HTA;
 - Medline (PubMed).
 - Programma nazionale di linee guida
- La ricerca è stata fatta utilizzando parole chiave in lingua inglese derivate dal quesito di ricerca esplicitato nel PIO: "Hypodermoclysis", "Dehydration", "Electrolytes", "Subcutaneous".

Risultati

Banche dati	Studi rilevati	Studi considerati
Cochrane		
DSR, CCTR, CMR	6	2
ACP Journal Club	0	0
DARE	2	2
NHS	0	0
HTA	0	0
Medline	20	6
Programma Nazionale Linee Guida	0	0

Vengono accettati come sicuri ed efficaci i seguenti limiti di velocità e volume (3,4):

- 1,5 L/giorno per sito di infusione;
- Fino a 3 L/giorno utilizzando due accessi sottocutanei;
- Velocità fra 20 e 125 mL/ora.

L'ipodermoclisi è indicata per la prevenzione o il trattamento della disidratazione, di entità da lieve a moderata, nei pazienti con una o più delle seguenti condizioni: l'incapacità di assumere un'adeguata quantità di liquidi per via orale; perdita di liquidi a causa di vomito, diarrea, diuretici, ecc.; accesso endovenoso difficile da reperire; sonnolenza, confusione, ipertermia e difficoltà nel somministrare la nutrizione enterale o parenterale. Inoltre è indicata durante la fase terminale della vita per la concomitante infusione di analgesici oppioidi e ansiolitici con i fluidi, per la prevenzione della secchezza delle fauci, costipazione e confusione. L'ipodermoclisi può essere utilizzata anche per la infusione di soluzione di aminoacidi per limitare la malnutrizione (3,5,6). Al contrario è controindicata in situazioni d'emergenza come insufficienza circolatoria, grave squilibrio elettrolitico e grave disidratazione. Non è indicata per i pazienti con i seguenti valori di laboratorio critici: Na>150 mEq/L; osmolarità sierica>300 mOsm/kg e un nitrato di urea nel sangue/creatinina sierica rapporto>25. L'ipodermoclisi è controindicata anche in pazienti con coagulopatia evidente, eccesso di volume di liquidi, una richiesta di liquidi superiore a 3L ogni 24 ore e la non disponibilità di cute intatta o in pazienti con ipoalbuminemia con edema (3,5,7,8).



SVANTAGGI

I possibili effetti negativi della HDC sono rari e di solito evitabili. È possibile la puntura di un vaso sanguigno al momento dell'inserimento dell'ago nel tessuto sottocutaneo mentre l'edema polmonare, il sovraccarico circolatorio e gli squilibri elettrolitici si manifestano molto meno utilizzando l'ipodermoclisi che effettuando un'idratazione endovenosa classica. Il paziente deve essere monitorato per rilevare segni e sintomi di questi effetti negativi e, alla comparsa di questi, l'infusione deve essere interrotta e avvisato il medico (3,4,8). Complicanze locali sono segnalate fra l'11% ed il 16% dei pazienti sottoposti a HDC. Queste possono comprendere calore o rossore al sito di iniezione o edema del tessuto circostante. L'edema può essere gestito massaggiando il sito, riducendo la velocità d'infusione o con l'utilizzo di ialuronidasi per favorire l'assorbimento (2,3,10,18).

Il dolore al sito di inserimento può essere un sintomo di errato posizionamento del dispositivo di accesso nel tessuto muscolare, invece che nel tessuto sottocutaneo; se il dolore si verifica, il dispositivo deve essere rimosso e sostituito in una posizione alternativa. Altre possibili complicanze includono il sanguinamento al sito di inserimento o la formazione di un ascesso (3,4).

VANTAGGI

I vantaggi dell'ipodermoclisi, come alternativa all'idratazione endovenosa, sono numerosi (3,4,14,16). Si tratta di un percorso più sicuro, meno complicato e più facile da mantenere che la gestione di un accesso endovenoso (12). Non ci sono complicazioni molto pericolose come tromboflebiti, trombosi, emboli per la infusione di bolle d'aria o coaguli di sangue e setticemie. L'inserimento e la manutenzione del dispositivo di accesso causa meno disagio e minor dolore, che si traduce in ridotto disagio per i pazienti (14), in particolare quelli con marcato deterioramento cognitivo. Il posizionamento nella zona sottoscapolare rende difficile la rimozione da parte del paziente confuso e l'involontario spostamento non causa seri problemi (15). L'ipodermoclisi non richiede l'uso di un sistema elettronico di infusione e non costringe ad immobilizzare l'arto con il rischio di piaghe da decubito e lesioni; l'utilizzo dell'infusione notturna permette la mobilità diurna del paziente (3,4,7).

L'ipodermoclisi può far conseguire un minor numero di ricoveri ospedalieri

con un potenziale risparmio dei costi e può consentire a un malato terminale di rimanere più facilmente a casa con la famiglia (1,3,11,17).

Procedura per il posizionamento del catetere per infondere fluidi in ipodermoclisi:

- Selezionare il sito di inserzione con adeguata presenza di tessuto sottocutaneo; la zona laterale della parete addominale è il sito più comunemente utilizzato. Altri siti che possono essere presi in considerazione comprendono la parte anteriore della coscia laterale e la regione interscapolare o sottoscapolare che può essere utile per i pazienti confusi che tentano di rimuovere il dispositivo. L'area prescelta deve essere disinfettata con un antisettico come la clorexidina o iodopovidone 10%.3,4,9

- Utilizzare un ago il più corto e sottile possibile per arrivare in sottocute; può essere utilizzato un ago cannula con calibro fra 22G e 24G inserito a 30 - 45 gradi a seconda della quantità di tessuto sottocutaneo del paziente, oppure un set apposito per ipodermoclisi dove l'ago viene inserito a 90 gradi. Nell'inserire l'ago deve essere mantenuta una plica cutanea fra indice e pollice della mano non dominante.3,4

- Coprire il sito con una medicazione semipermeabile trasparente ed iniziare l'infusione dei liquidi rispettando le corrette velocità e limitazioni.3,4

- Ruotare il sito di infusione ogni 72 ore e monitorare il sito per eventuali segni di infezione.3,4

La maggior parte dei fluidi utilizzati per l'idratazione isotonica endovenosa sono accettati. Vengono infusi più comunemente liquidi contenenti cloruro di sodio, con o senza glucosio (NaCl 0,9% e Glucosata 5%); a queste soluzioni possono essere aggiunti cloruro di potassio, da 20 a 40 mmol/L, come pure morfina e farmaci ansiolitici.3,4,6,13

CONCLUSIONE

L'ipodermoclisi è una buona terapia che può facilmente essere utilizzata quando c'è la necessità di fornire un'efficace idratazione al paziente, che offre molti vantaggi e pochi svantaggi. Questa tecnica offre un accesso più facile da creare e mantenere con complicanze molto più blande di quelle che possono insorgere con gli accessi endovenosi. È auspicabile che l'ipodermoclisi sia approfondita maggiormente e che il suo uso venga ampliato anche alla luce dei molti studi che ne provano la validità.

Bibliografia:

- Barua P, Bhowmick BK. Hypodermoclysis: a victim of historical prejudice. *Age Ageing*. 34:215-217, 2005.
- Remington R, Hultman T. Hypodermoclysis to Treat Dehydration: A Review of the Evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*. 55(12):2051-5, 2007.
- Lybarger EH. Hypodermoclysis in the home and long-term care settings. *Journal of Infusion Nursing*. 32(1):40-4, 2009.
- Infusion nursing: an evidence-based approach, Mary Alexander, Saunders Elsevier Editore, 3rd edition, 516-525.
- L K P Yap, S H Tan, W H Koo, Hypodermoclysis or Subcutaneous Infusion Revisited, *Singapore Med J* 2001 Vol 42(11) : 526-529.
- Sasson M, Shvartzman P. Hypodermoclysis: an alternative infusion technique. *American Family Physician*, 2001 Vol 64:1575-1578.
- Walsh G. Hypodermoclysis: an alternate method for rehydration in long-term care. *Journal of Infusion Nursing*. 28:123-129, 2005.
- Heartland Healthcare Services. *Infusion Policy and Procedures*. Toledo, OH:Heartland Healthcare Services; 2005.
- Infusion Nurses Society. *Infusion nursing standards of practice*. *Journal of Infusion Nursing*. 29:S68-S69, 2006.
- Hyaluronidase®. www.drugs.com/ppa/hyaluronidase.html; 2009.
- Frisoli, Subcutaneous Hydration By Hypodermoclysis: A Practical and Low Cost Treatment for Elderly Patients. *Drugs & Aging*. 16(4): 313-319, April 2000.
- Fainsinger RL, The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients, *Cochrane Central Register of Controlled trials Journal of pain and symptom management*, 1994 9(5):298-302.
- Tari Turner, Anne Marie Cassano, Subcutaneous dextrose for rehydration of elderly patients - an evidence based review, *BMC Geriatrics* 2004, 4:2.
- Donnelly, The benefits of hypodermoclysis, *Nursing Standard* 1999, 13(52):44-45.
- Arinzon Z, Hypodermoclysis (subcutaneous infusion) effective mode of treatment of dehydration in long-term care patients, *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 2004 38(2):167-173.
- Rochon P A, Gill S S, Litner J, Fischbach M, Goodison A J, Gordon M. A systematic review of the evidence for hypodermoclysis to treat dehydration in older people. *Journals of Gerontology Series A - Biological Sciences and Medical Sciences*. 1997;52A(3):169-176.
- Cerchietti L, Navigante A, Sauri A, Palazzo F. Hypodermoclysis for control of dehydration in terminal-stage cancer. *Cochrane Central Register of Controlled Trials, International journal of palliative nursing*. 6(8):370-4, 2000.
- Constans T, Dutertre JP, Froge E. Hypodermoclysis in dehydrated elderly patients: local effects with and without hyaluronidase, *Cochrane Central Register of Controlled Trials, Journal of palliative care*. 7(2):10-2, 1991.



Perché l'uso del paracadute non è basato sull'evidenza?

Titolo originale: *Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomized controlled trials.*

Rivista di pubblicazione: *British Medical Journal.*

Estratto da: *Smith GC, Pell JP. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomized controlled trials. BMJ. 2003 Dec 20;327(7429):1459-61.*

Domanda: è evidente usare il paracadute per prevenire i traumi maggiori correlati all'accelerazione gravitazionale?

Scopo: questa ricerca ha voluto verificare l'efficacia dell'utilizzo del paracadute, durante la caduta libera da un'altezza di almeno 100 metri, per prevenire la morte ed i traumi maggiori provocati dall'accelerazione gravitazionale.

Disegno della ricerca: revisione siste-

matica o studio randomizzato e controllato. Nel gruppo sperimentale i soggetti analizzati faranno una discesa con il paracadute, mentre nel gruppo di controllo la caduta avverrà senza il paracadute. Quindi la variabile di intervento è il paracadute stesso.

Selezione degli studi: sono stati considerati tutti gli studi che presentavano gli effetti dell'uso del paracadute durante la caduta libera. Gli *outcome* primari della ricerca sono la morte ed i traumi maggiori provocati dall'accelerazione gravitazionale.

Risvolti etici: non sono richiesti.

Ruolo dello sponsor: non previsto.

Conflitto di interesse: non dichiarato.

Risultati: in tutte le strategie di ricerca non è stato reperito uno studio randomizzato e controllato che prova l'efficacia dell'utilizzo del paracadute nelle persone che cadono da un'altezza di

pari o superiore a 100 metri.

Conclusioni: il paracadute riduce il rischio di morte e di traumi maggiori provocati dal cambiamento gravitazionale, ma la sua efficacia non è provata con uno studio randomizzato e controllato.

Corrispondenza: Storti Matteo, Infermiere, Formatore EBN, Gruppo di Ricerca del Collegio IPASVI di Vicenza.

Commento: il titolo è chiaramente provocatorio contro un certo atteggiamento di eccessivo integralismo a favore dell'*evidence based practice*. Lo scopo dello studio è quello di stabilire se il paracadute è efficace o meno nel prevenire traumi maggiori dovuti all'impatto gravitazionale. Consultando le banche dati di letteratura biomedica come: PubMed, Web of Science, Embase e Cochrane Library, gli autori hanno effettuato una revisione di tutti gli studi controllati e randomizzati sull'uso





del paracadute. Le parole chiave inserite nei vari database sono state: "parachute" e "trial". Non sono stati inseriti i limiti sulla lingua di scrittura degli articoli e sono stati inclusi tutti gli studi che comportavano ad una caduta superiore a 100 metri. La descrizione dei risultati è sintetica ma allo stesso momento chiara: dalla ricerca effettuata non è stato trovato nessun studio clinico randomizzato e controllato sull'efficacia o meno del paracadute. Nella sezione "Discussione", gli autori evidenziano che nella pratica odierna gli interventi medici basati sui dati osservazionali vengono visti con molto scetticismo, spesso ritenuti confondenti e viziati da errori sistematici, pertanto si raccomanda che tali interventi vengano validati con veri e propri studi clinici randomizzati e controllati, quindi con un gruppo di controllo sotto placebo (1). L'uso del paracadute non deve fare eccezione. Esaminando la storia naturale della "caduta libera" si considera che, se il mancato uso del paracadute fosse associato al 100% di mortalità ed il suo uso al 100% di sopravvivenza, in questo caso si potrebbe concludere sull'effettiva efficacia provata dall'uso del paracadute; ma non è così. Infatti è riportato, su fonti autorevoli ed importanti di letteratura, un caso di sopravvivenza dopo una caduta libera da 10.000 metri (il 26 gennaio 1972 l'hostess Vesna Vulovic, in servizio su un aereo di linea Dc-9 della compagnia "Jat", si salvò dopo una caduta senza paracadute da un'altezza di 10km. L'aereo su cui prestava servizio era esploso in volo a causa di una bomba sopra la ex Cecoslovacchia sulla rotta da Stoccolma a Zagabria, ha perso conoscenza per tre giorni e riportato alcune fratture, da cui è perfettamente guarita) (2). Anche di recente è noto che un'inglese è sopravvissuta dopo un volo libero di 3.000 metri con il paracadute che non si apriva (il 16 agosto 2009 a Londra il signor Paul Lewis, cameraman di 40 anni si è lanciato nello Shropshire, in Gran Bretagna, per realizzare un video per il "Parachute Center". Lewis una volta in aria non è riuscito ad aprire il paracadute e quello di riserva non ha funzionato precipitando sul tetto di un hangar. È stato portato immediatamente all'ospedale universitario del North Staffordshire dove si è ripreso completamente) (3). Peraltro la letteratura biomedica abbonda di lesioni ed incidenti anche mortali in seguito all'uso del paracadute (4, 5, 6). Per tale motivo gli

autori sostengono che è necessario valutare i rischi ed i benefici dell'impiego del paracadute (7).

L'effetto coorte sana nell'evidence based practice, i ricercatori clinici sono molto attenti nel ricercare possibili interferenze dovute alle caratteristiche di una popolazione sulle conclusioni di uno studio clinico controllato (effetto coorte). Nel caso del paracadute è necessario analizzare eventuali differenze nelle caratteristiche demografiche tra quelli che lo usano e quelli che non lo usano. Ad esempio, dicono gli autori, è assai più probabile che chi si butta dall'aereo senza paracadute soffre di persistenti patologie psichiatriche rispetto a chi lo usa.

La **medicalizzazione della caduta libera** partendo dalle accuse spesso mosse dalla classe sanitaria di ossessione della malattia ed eccesso della medicalizzazione, motivato dalla ricerca di potere, gli autori stigmatizzano la pressione esercitata verso l'uso del paracadute che, ha l'effetto di trasformare un'esperienza di crescita interiore come la caduta libera in una situazione di paura e dipendenza. Infatti l'effetto protettivo del paracadute non è finora provato da studi controllati e randomizzati.

Le conclusioni della ricerca indicano solo due opzioni. La prima è che si accetti, in circostanze eccezionali, che prevalga il buon senso sulle scelte degli interventi clinici. La seconda è che si continui con la ricerca del "Santo Graal" degli interventi *evidence based* e, che si precluda, per il momento, l'uso del paracadute se non per condurre appropriati studi. In pratica uno studio con un buon disegno deve essere controllato (prendere un confronto fra due variabili), randomizzato (i soggetti analizzati vengono suddivisi fra due gruppi sovrapponibili in termini di caratteristiche generali), in cieco (gli analizzati e/o i sanitari e/o chi effettua l'analisi non conoscono la collocazione della sperimentazione fra i due gruppi fino a quando non è concluso lo studio), deve mantenere fino alla fine della ricerca almeno l'80% dei soggetti che compongono il campione. Tuttavia la conduzione di questi studi comporta una difficoltà: la dipendenza che è stata artificiosamente creata verso l'uso del paracadute renderà difficile il reclutamento dei volontari. Sicuramente tutti coloro che sostengono assiduamente l'*evidence based practice* e criticano gli interventi e le scelte non *evidence based*,

non esiteranno a dimostrare il loro impegno offrendosi come volontari per studi in doppio cieco randomizzati contro placebo ed incrociati. Ciò vuole significare che un gruppo si getterà dall'aereo, ad un'altezza superiore a 100 metri, con paracaduti veri (gruppo di intervento) e l'altro gruppo con paracaduti finti indistinguibili dai veri (gruppo placebo o di comparazione). In un secondo ciclo di lanci i soggetti dei due gruppi verranno incrociati, così da eliminare i *bias* dovuti ad eventuali differenze demografiche.

In conclusione ho voluto proporre questo articolo scientifico per illustrare ai lettori due aspetti importanti: il primo è quello che la decisione clinica deve avvenire considerando più aspetti cioè non soltanto l'*evidence based practice* ma anche l'osservazione del clinico e le preferenze del paziente in un'ottica di risorse umane e materiali molto limitate. Il secondo motivo è quello di comprendere meglio il concetto di "zona grigia", ovvero la presenza di alcune aree dove non sono presenti evidenze scientifiche sull'efficacia di un intervento e/o delle sue alternative: un vuoto di evidenza.

Bibliografia:

- Smith GD, Ebrahim S. Data dredging, bias, or confounding. *BMJ*. 2002 Dec 21;325(7378):1437-8.
- Highest fall survived without a parachute. In: Cunningham A. Guinness world records 2002. London: Guinness World Records, 2002. Tradito dal paracadute vola per 3.000 metri: solo qualche graffio e tanta fortuna. http://quotidianonet.ilsole24ore.com/esteri/2009/08/16/219369tradito_paracadute_vola_metri.shtml.
- Ultimo accesso 17/08/2009.
- Bricknell MC, Craig SC. Military parachuting injuries: a literature review. *Occup Med (Lond)*. 1999 Jan;49(1):17-26.
- Lasezkowski G, Hasenfuss S, Verhoff M, Weiler G. An unusual airplane crash-deadly life saver. Unintentional activation of an automated reserve opening device causing airplane accident. *Forensic Sci Int*. 2002 Feb 18;125(2-3):250-3.
- Lee CT, Williams P, Hadden WA. Parachuting for charity: is it worth the money? A 5-year audit of parachute injuries in Tayside and the cost to the NHS. *Injury*. 1999 May;30(4):283-7.
- Smith GC, Pell JP. Parachute use to Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ*. 2003 Dec 20;327(7429):1459-61.



Domande & risposte

Rubrica di quesiti giuridico professionali

Oggetto

Dotazioni organiche delle Unità Operative

Quesito

Siamo un gruppo di infermiere e puericultrici che lavorano presso l'Unità Operativa NIDO di Vicenza, volevano porre alla vostra attenzione dei quesiti inerenti l'assistenza infermieristica che erogiamo quotidianamente ai neonati ed alle neo-mamme.

Esiste un numero limite di neonati sani nati a termine che possano essere seguiti da una sola infermiera?

In letteratura, si trovano riferimenti in merito al numero massimo di neonati affidati alla cura di un singolo professionista?

Oltre ai neonati nati a termine, spesso al nido vengono assistiti anche neonati prematuri, nati dopo 34-35 settimane, di basso peso che richiedono un'assistenza e sorveglianza continua. Volevamo sapere qual è il rapporto tra infermiere e neonati in questi casi, visto il notevole carico assistenziale che questi "piccoli" neonati comportano? [...]

Da molti anni non esiste più una pre-determinazione di personale per tipologia di reparto.

L'ordinamento giuridico in vigore non delinea in modo puntuale la pianta organica o i carichi di lavoro.

Infatti il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 aveva come metro di riferimento una tempistica predefinita, definita, cioè, in modo standard attraverso un certo numero di minuti di assistenza (nei reparti di diagnosi e cura 120 minuti) fissato centralmente.

Successivamente il D. L. 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con alcune modifiche nella L. 18 aprile 1988, n. 27, recante misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria ha delegato il Ministro della Sanità a determinare gli standards del personale ospedaliero per posto letto e tipologia di ospedale.

Il successivo D.M. 13 settembre 1988 ha, appunto, individuato tali standards. A questo riferimento normativo deve aggiungersi la Circolare 23 marzo 1994,

n. 6 sui carichi di lavoro del Ministero per la funzione pubblica.

Sempre in via cronologica, arriviamo all'approvazione del D.lgs 3 febbraio 1993, n. 29 emanato dietro l'approvazione della Legge Delega 23 ottobre 1992, n. 421.

Il decreto legislativo in questione, con le successive modificazioni, ha previsto l'obbligo per tutte le amministrazioni pubbliche di ridefinire le proprie dotazioni organiche, sulla base di alcuni criteri generali.

Le successive normative si susseguono con rapidità impressionante, dando alla materia un assetto tutt'altro che stabile. Infatti tutte le Leggi Finanziarie, in particolare la Finanziaria 1995, si sono occupate dell'argomento, arrivando a derogare all'obbligo delle piante organiche prima di procedere alle assunzioni, facendo salvo l'unico onere di avvenuta effettuazione della rilevazione dei carichi di lavoro sulla base di una metodologia approvata. Norma che, se da un lato, riconosce l'autonomia gestionale e organizzativa degli enti e aziende, dall'altro rende estremamente evanescente il concetto di carico di lavoro.

Il Ministero della sanità aveva tentato una definizione di carico di lavoro. Nella citata Circolare n. 6/1994 precisava che per carico di lavoro si intendeva la "[...] quantità di lavoro necessario, dato un contesto operativo, e un periodo di riferimento, per trattare i casi che vengono sottoposti ad una unità organizzativa".

Vi è invero il tentativo, spesso vanificato dalla prassi e dalla confusione applicativa, di definire uno standard ("quantità di lavoro necessaria...") e di ancorarlo a un periodo di tempo ("[...] a un periodo di riferimento").

In questo quadro di orientamento appare certo che le disposizioni legate agli standard e alla tempistica predefiniti centralmente appartengono al passato, visto il disposto dell'art. 4, comma 10 del D.lgs. 30 dicembre 1992 e successive modificazioni, che testualmente recita che "[...] in ciascuna Regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina di riorganizzazione ospedaliera di cui al presente articolo, e comunque entro un triennio dall'entrata in vigore del

D.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla Legge 12 febbraio 1968, n. 132 e al D.P.R. 128/1969, nonché le disposizioni del D.P.R. 129/1969".

Le modificazioni intervenute all'interno del d.lgs. 29/1993 hanno successivamente parlato di "dotazioni organiche".

Il D.P.R. 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" ha inquadrato i reparti di degenza ordinari e anche le rianimazione e le terapie intensive, prevedendo dei "requisiti minimi organizzativi" che non aiutano alla ricerca in questione, perché si limitano a precisare che "la dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia dell'attività svolta e al volume complessivo degli interventi effettuati". Concludendo possiamo affermare che l'analisi del panorama legislativo non ci aiuta ad affrontare con evidenze legali la materia delle dotazioni organiche ma l'argomento inerisce alla specifica situazione organizzativa. **Non vi sono, in sostanza, parametri legislativi rigidi e vincolanti** indicanti il rapporto infermiere/pazienti. Una strada percorsa in casi simili è quella di porre in atto un mix di strategie miranti a sensibilizzare (convincere) i vari livelli professionali e decisionali circa la necessità di integrare la dotazione organica. La comparazione della propria realtà lavorativa con altre, simili per numero e intensità di casi trattati, è un buon punto di partenza. Un lavoro di gruppo che evidenzia le caratteristiche dei pazienti, la gravità delle patologie trattate, i livelli di dipendenza, la tipologia e complessità degli interventi assistenziali e la tecnologia presente è un altro buon passo. Il coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali chiedendo il loro patrocinio nella richiesta di essere posti nelle condizioni di erogare un'assistenza infermieristica eccellente è un requisito spesso decisivo.



OGGETTO

Responsabilità giuridico-professionale dell'Infermiere

QUESTITO

Gruppo infermieri Emodialisi Ospedale S. Bassiano del Grappa. In caso di urgenza al di fuori del servizio di emodialisi, quali conseguenze per il professionista che deve affidare al collega la gestione dei propri pazienti.

RISPOSTA

L'infermiere risponde in sede penale, civile e disciplinare.

L'infermiere risponde della corretta applicazione dei protocolli, delle linee guida e di ogni altra disposizione in vigore presso l'u.o. in cui opera e di queste attività risponde secondo gli usuali canoni della responsabilità colposa per negligenza, imprudenza e imperizia.

La responsabilità professionale viene suddivisa in tre ambiti:

- responsabilità penale
- responsabilità civile
- responsabilità disciplinare

La **responsabilità penale** si riferisce a quei comportamenti, definiti reati, che sono puniti con la sanzione di una pena. Il reato è, a sua volta, definito da una condotta, un evento e un nesso di causalità. Il nesso di causalità, in particolare, è il rapporto necessario che deve intercorrere tra la condotta e l'evento.

La **condotta** offensiva può essere voluta (dolo) o non voluta (colpa) ma verificata per negligenza, imprudenza o imperizia. Nella responsabilità professionale è rilevante la colpa.

La **negligenza** si definisce come un atteggiamento di trascuratezza, scarsa attenzione, mancanza di diligenza, omissione di precauzioni.

L'**imperizia** è caratterizzata da una insufficiente preparazione e capacità che un professionista dovrebbe invece avere.

L'**imprudenza** corrisponde ad un comportamento avventato in cui il soggetto, nonostante l'alta probabilità che il suo comportamento produca un danno, agisce lo stesso.

L'**inosservanza di leggi, regolamenti e ordini** configura una colpa specifica.

Sono cause di esclusione di reato, cioè di non punibilità:

- il consenso dell'avente diritto (art. 50 C.p.)
- l'adempimento di un dovere (art. 51 C.p.)
- la legittima difesa (art. 52 C.p.)
- l'uso legittimo delle armi (art. 53 C.p.)
- lo stato di necessità (art.54 C.p.)

La **responsabilità civile** si rivolge alla tutela degli interessi del privato e alla reintegrazione del diritto lesa. La responsabilità civile si distingue in responsabi-

lità contrattuale ed extracontrattuale.

La **responsabilità contrattuale** nasce dalla violazione di uno specifico rapporto obbligatorio contratto prima dell'evento dannoso. Il cittadino che si rivolge all'ospedale stipula una fattispecie di contratto con l'Azienda, la quale, in caso di danno ne risponde proprio per responsabilità contrattuale. Anche il dipendente dell'ULSS può essere chiamato a rispondere nei confronti della propria amministrazione a titolo di responsabilità contrattuale.

La **responsabilità extracontrattuale** si ha in applicazione del principio per cui: "qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno". Come per il reato, è necessario specificare che:

- il fatto deve essere doloso o colposo
 - tra il fatto è l'evento deve esistere un nesso di causalità (l'evento è conseguenza del fatto)
 - il danno procurato deve essere ingiusto
- Nella responsabilità extracontrattuale chi chiede il risarcimento danni deve dimostrare la colpevolezza dell'autore del fatto illecito.

La **responsabilità disciplinare** per i pubblici dipendenti è una responsabilità amministrativo-disciplinare. Il datore di lavoro è titolare del potere disciplinare nei modi e nei limiti della normativa legislativa e contrattuale.

Per quanto riguarda la normativa contrattuale il riferimento è il CCNL 2002-2005 (l'ultimo contratto che ha introdotto modifiche nell'ambito disciplinare, al titolo IV capo I).

La legislazione in tema di codice disciplinare è fatta risalire al Codice Civile e al Testo Unico del Pubblico Impiego (D.lgs 165/2001).

Le sanzioni disciplinari sono così sintetizzabili:

- rimprovero verbale;
- censura (rimprovero scritto);
- multa con un importo fino a 4 ore di retribuzione;
- sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a 10 giorni;
- sospensione dal servizio senza retribuzione da 11 giorni ad un massimo di 6 mesi;
- licenziamento con preavviso;
- licenziamento senza preavviso.

Il D.Lgs 150/2009 del 15 novembre scorso, altrimenti conosciuto come "Decreto Brunetta" ha introdotto alcune modifiche alla normativa. Un intero capo (il V) introduce novità rispetto alla normativa precedente.

Per quello che concerne le sanzioni disciplinari vogliamo evidenziare che nelle infrazioni di minore gravità (superiori al rimprovero verbale ed inferiori ad una

sospensione dal servizio per 10 giorni) il dirigente responsabile dell'unità operativa deve?:

- contestare per iscritto l'addebito entro 20 giorni dalla notizia di un comportamento punibile?;
- convocare il dipendente per un contraddittorio (in eventuale presenza di un legale o di un delegato sindacale), con preavviso di 10 gg?;
- il dipendente può evitare il contraddittorio, inviando una memoria scritta?;
- dopo una eventuale ulteriore fase istruttoria, il dirigente responsabile della UO chiude entro 60 gg. dalla contestazione il procedimento?;
- la fase istruttoria si conclude con l'archiviazione o con una sanzione.
- qualora il responsabile della struttura non abbia qualifica dirigenziale, costui deve trasmettere gli atti all'ufficio competente, che effettuerà/completterà la procedura?;
- le comunicazioni al dipendente avvengono con "posta elettronica certificata" o con "consegna a mano" o con "RR"?;
- chi non collabora alla fase istruttoria può essere sospeso dal servizio, per un massimo di 15 gg.?

Altra variazione che si vuole evidenziare in questa sede è quella che concerne le tipologie di licenziamento disciplinare (ex Art. 55, quater, D. Lgs 165/01)

Il licenziamento disciplinare oltre che per giusta causa e giustificato motivo è integrato dalle seguenti fattispecie:

- falsa attestazione di presenza in servizio?
- certificazione medica falsa?
- assenza ingiustificata superiore a 3 gg. nel biennio o superiore a 7 gg/10 anni?
- ingiustificato rifiuto al trasferimento, disposto per " motivate esigenze di servizio"?
- falsità documentali per la carriera?
- condotte aggressive reiterate sul lavoro?
- per condanna penale definitiva, nella quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici o la estinzione del rapporto di lavoro?
- per insufficiente rendimento per 2 anni (valutazione dell'amministrazione, "ai sensi delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali")

Infine, in tema di licenziamento individuale vale la pena ricordare che, ai sensi della normativa vigente, il mancato possesso di uno dei requisiti indispensabili all'assunzione, dà luogo alla rescissione del rapporto di lavoro con preavviso per giustificato motivo soggettivo (L. 604/1966, art.3).

La mancata iscrizione all'Albo professionale, essendo requisito indispensabile all'esercizio professionale dell'infermiere, configura per l'appunto un'inadempimento contrattuale.



Il consiglio Direttivo si presenta

Sonia Capozzo:

«Sviluppare la cultura della ricerca infermieristica»

Sonia Capozzo ha 42 anni, ha un figlio di 13 anni e non è sempre stata un'infermiera, prima di intraprendere questa professione, ha lavorato per 10 anni nel settore tessile.

Fino al 1991, Sonia ha frequentato una scuola serale come analista contabile per poter iscriversi alla scuola regionale per infermieri professionali. Diplomata nel 1994 ha subito frequentato una scuola serale ottenendo la maturità e successivamente, nel 2006, la Laurea in Infermieristica. Ha fatto anche una piccola esperienza formativa con un master breve di 1° livello in Programmazione Neurolinguistica (PNL) Ecologica. Da un anno ha completato un Master per infermiere "Case Manager" ed ora lavora presso il Day Hospital di Urologia nell'Ospedale di Bassano e da un anno e mezzo si occupa di ricerca. È membro del gruppo ricerca dell'Azienda Ospedaliera Ulss n. 3 di Bassano, supervisionato da Paolo Chiari, del Centro Studi EBN del Sant'Orsola Malpighi di Bologna. Sonia si occupa anche di medicina complementare, ha quasi completato il corso per diventare Operatore Shiatzu e Riflessologia Plantare.

Cosa ti ha spinto a candidarti?

Nel 2007, in occasione di un congresso nazionale della Federazione dei Collegi IPASVI, conobbi alcuni membri del Consiglio con i quali condivisi il viaggio e la permanenza a Roma. Le parole di Annalisa Silvestro mi entusiasmarono, capii di poter fare qualcosa per la mia professione, realizzai che avrei potuto dare un contributo, quindi, risposi positivamente all'invito dei consiglieri in carica in quel periodo e mi proposi per le successive elezioni del collegio di Vicenza. È stato un incontro significativo, ho conosciuto persone impegnate concretamente per favorire lo sviluppo della professione infermieristica ed ora, al mio



secondo mandato, continuo ad occuparmi di aspetti legati alla diffusione delle informazioni, alla promozione della ricerca infermieristica e alla raccolta della bibliografia.

Durante la prima esperienza da consigliere, insieme ad altri colleghi, mi sono dedicata alla sistemazione della biblioteca del Collegio, dopo aver aggiornato e rivisto gli abbonamenti alle riviste scientifiche, abbiamo recuperato i numeri mancanti e provveduto a far rilegare i fascicoli. Da quest'anno sul nostro sito è possibile consultare l'elenco dei testi e delle riviste disponibili in sede ed è possibile consultare il materiale durante gli orari di apertura dello sportello.

Quest'ultimo mandato mi vede impegnata, insieme ad altri tre consiglieri, nella realizzazione di alcuni progetti dell'area dello sviluppo e della diffusione della cultura della ricerca infermieristica. Il gruppo di lavoro, oltre a me, è composto dal vicepresidente Pegoraro Federico, da Pozza Barbara, da Rossetto Valeria, stiamo lavorando per promuove

vere la terza edizione di "A spasso con Tesi". Ogni anno viene bandito un concorso per la miglior tesi infermieristica di Laurea di Primo Livello, di Laurea Specialistica e di Master di Primo Livello in area clinico specialistica, management e ricerca e in occasione dell'assemblea annuale del collegio IPASVI, che in genere si riunisce l'ultima settimana di marzo, vengono assegnati i tre premi.

Il concorso viene solitamente bandito a dicembre attraverso una comunicazione sul sito del collegio IPASVI, si raccolgono le tesi, si analizzano, in base ad una griglia di riferimento, vengono valutate e viene assegnato un punteggio sulla base del quale vengono premiati i migliori lavori. Le tesi escluse vengono raccolte ed inserite nella biblioteca del Collegio, sono disponibili presso la sede, sul sito si può trovare un elenco di tutti i lavori raccolti.

Per promuovere lo sviluppo della cultura della ricerca infermieristica tra i professionisti, nell'arco del 2009 si è costi-

tuito un gruppo di lavoro guidato da Matteo Storti, collaboratore esterno del Centro Studi EBN del Sant'Orsola Malpighi di Bologna. Io stessa faccio parte del gruppo di lavoro e, in una prima fase, abbiamo approfondito la materia dal punto di vista teorico, poi abbiamo eseguito una revisione bibliografica sull'efficacia della supervisione clinica nell'ambito lavorativo e nella pratica quotidiana. Il lavoro è stato ben condotto quindi verrà presentato ad una rivista scientifica per la pubblicazione.

Il gruppo intende gradualmente coinvolgere infermieri iscritti al collegio che, desiderano collaborare con noi in progetti di ricerca di loro interesse. Un altro obiettivo che il gruppo si è posto è quello di collaborare con esperti esterni al Consiglio Direttivo in modo tale da estendere eventuali progetti di ricerca.

Sei molto impegnata, attiva sia in collegio, sia nel tuo lavoro, ma anche fuori da questi ambiti professionali, come riesci a conciliare tutto?

Essere consigliere significa dare il proprio contributo personale e professionale alla discussione di diverse tematiche che vengono proposte, consiste nel

dare attuazione alle delibere del Consiglio. L'impegno per queste attività è limitato a una o due volte al mese, in occasione delle convocazioni del consiglio, mentre per tutte le altre attività parallele, come la gestione della biblioteca o l'ambito della ricerca, ritaglio del tempo libero per fare degli incontri nei quali si condivide il progetto, si suddivide il lavoro tra i componenti e poi si lavora a casa.

La ricerca infermieristica, riconoscere un articolo valido, saper leggere e interpretare i dati di una ricerca sono aspetti della professione infermieristica nuovi e ancora poco conosciuti e utilizzati per la pratica quotidiana. Quale suggerimento vuoi dare ai nostri iscritti?

Prima di tutto, suggerisco di non fermarsi al quotidiano, ma di continuare a crescere professionalmente attraverso gli aggiornamenti e la formazione continua, avendo cura di scegliere quegli eventi che rispondono al bisogno reale cercando di non farsi guidare solo dall'obbligatorietà all'acquisizione dei crediti ECM. Poi, vorrei suggerire anche di abbonarsi ad almeno una rivista infer-

mieristica scientifica, come per esempio le due riviste italiane indicizzate in **PUBMED: "Professioni Infermieristiche" e "Assistenza Infermieristica e Ricerca"**.

Un articolo ben fatto nasconde un gran lavoro e una grande quantità di informazioni che devono essere interpretate con un metodo ben preciso che si può apprendere attraverso corsi di formazione sull'Evidence Based Nursing. Il Collegio propone periodicamente un corso di primo approccio alla ricerca infermieristica, non ha la pretesa di insegnare a fare ricerca, ma piuttosto ha lo scopo di fornire alcune strategie per reperire informazioni valide ed attingere da fonti attendibili.

Chiaramente la lettura di riviste e l'approfondimento della materia solo attraverso un testo non bastano, vanno associati al binomio ricerca-sviluppo, diventa importante la capacità di risolvere i problemi quotidiani del nostro assistito attraverso il sapere di ognuno. È fondamentale che in ognuno di noi ci siano il desiderio di ricercare e approfondire lo specifico, la curiosità e l'entusiasmo, ma soprattutto, l'umiltà necessaria per avvicinarsi alla verità delle cose.



Medici e (infermeri) Industria Farmaceutica: interessi comuni o interessi in conflitto?

Sabato 27 febbraio 2010
Villa Nieve Bonin Longare - Montecchio Precalcino

Evento formativo rivolto a Medici e Infermieri, (max 100 partecipanti).

Iscrizioni:
Sig.ra Mauretta Rigo
maurettarigo@virgilio.it cell 3391417313

Maggiori informazioni su www.vicenzaipasvi.it



“L’Umanità è un valore immenso incalcolabile e impagabile. È importante **trasformare una cartella clinica in un Individuo**, senza lasciarsi travolgere dall’emotività o peggio dal cinismo”.

(Lettera di un cittadino al Giornale di Vicenza).

Perché l’Ospedale e i Servizi Sanitari e Sociali hanno perso di vista l’uomo, fino a rendere legittima l’istanza di un percorso che ricordi all’uomo che si prende cura dell’uomo, che quella relazione, quel processo virtuoso, è già presente nel suo DNA?

Umanizzare l’Ospedale ed i Servizi è un **paradosso**, perché l’Ospedale storicamente è nato ed è cresciuto come luogo istituzionale dell’assistenza solidale e partecipata offerta all’uomo in situazioni di difficoltà.

Ma la medicina è entrata nel pieno di una crisi dissociativa e la possibilità, per il clinico, di vedere, di toccare, di udire, il semplice contatto con l’uomo sofferente e la possibilità di mettersi in posizione di ascolto, ha rivestito negli ultimi decenni minore importanza per la diagnosi e la terapia.

La medicina, infatti, si è posta su un versante bio-tecnologico senza riuscire a creare un soddisfacente equilibrio con quanto di positivo era emerso nell’esperienza del passato.

Tra i fattori che hanno impedito la realizzazione di questo equilibrio, il principale sembra essere stato la inadeguatezza dei processi formativi a fronte delle profonde trasformazioni che nel frattempo si sono verificate nei Servizi e nelle Strutture Ospedaliere e Territoriali, accompagnate negli ultimi anni da una diffusa e avversa situazione socio-economica.

L’Azienda Socio-sanitaria n. 4 Alto Vicentino per tali ragioni propone un corso di formazione per gli operatori sanitari, parte integrante di un sistema di gestione per l’umanizzazione allo scopo di favorire l’integrazione delle conoscenze tecnico scientifiche con le competenze di tipo relazionale dentro un processo dedicato sul versante culturale.

USSL 4 ALTO VICENTINO

Villa Nieve-Bonin longare di Montecchio Precalcino, (VI)

Programma del Convegno del 12 marzo 2010

“Professionalità, tecnologia, etica.

Umanizzare le relazioni, migliorare le competenze.”

Ore 9.00- 9.15

Saluti dr. Domenico Mantoan, direttore generale
Saluti delle Autorità

Ore 9.15- 9.45

Premiazione artisti della mostra di pittura in oncologia

Sessione del mattino coordinata dal dr. Pepe collaboratore del Giornale di Vicenza

Ore 9.45-10.00

Introduzione ai contenuti e agli obiettivi del convegno
dr. Giuseppe Cicciù

Ore 10.00-10.45

Lectio magistralis: prof. Ivan Cavicchi, Università “La Sapienza” di Roma
“Come e perché umanizzare”

Ore 10.45-11.00

Coffee break

Ore 11.00-12.30

“Psicologia clinica ospedaliera” d.ssa Emilia Laugelli
“Implicazioni organizzative, e umanizzazione dei servizi oncologici” Dr. F. Figoli, dr. F. Bassan:

Ore 12.30- 13,00

dibattito

Ore 13.00-14.00

Pausa pranzo

Sessione del pomeriggio coordinata dal dr. Alberto Leoni, Direttore dei servizi sociali Ulss 4.

Ore 14.00- 14.45

Lectio magistralis: prof. Alessandro Salvini, Università di Padova, facoltà di Psicologia:
“Formazione degli operatori sanitari e umanizzazione”

Ore 14,45-1530

“La cultura della salute tra etica e tecnologia” mons. Dal Ferro

Ore 16.00-17.15

Tavola rotonda coordinata dal dr. Pepe:
dr. Palù Uni. Padova, dr. Cotrozzi Presidente Ordine dei Medici, Iazzetta Cittadinanzattiva Veneto, dr. Fanchin, Pres. Ipasvi Vicenza.
Dibattito
Conclusioni e saluti del direttore generale dr. Domenico Mantoan

CONVENZIONI

A partire da gennaio 2010 sono attivi due nuovi accordi di collaborazione a favore dell'iscritto del Collegio IPASVI di Vicenza, che ne intende usufruire.

Si tratta di sconti ottenibili, dichiarando l'iscrizione al Collegio ed esibendone la tessera, presso i seguenti servizi:

British Institute Vicenza

Via Legione Antonini 135/c

Tel. 0444 524521

Fax 0444 235032

vicenza@britishinstitutes.it

Inserimento corsi di gruppo British institutes: sconto 15% su costo corso (esclusi dall'offerta il costo del materiale didattico e la quota associativa, indicativamente 65 € per il totale)

Corsi personalizzati British institutes: sconto 10% su costo corso (esclusi dall'offerta il costo del materiale didattico e la quota associativa, indicativamente 65 € per il totale)

Corsi organizzati con solo partecipanti IPASVI:

- Corso in gruppo della durata di 30 ore
- Minimo 6 fino a massimo 10 partecipanti
- Costo a partecipante: € 200 esclusi dall'offerta il costo del materiale didattico e la quota associativa, indicativamente 65 € per il totale

Corsi per bambini metodo "english is fun!" (bambini da 3 a 8 anni): sconto del 15% sul costo del corso (esclusi dall'offerta il costo del materiale didattico e la quota associativa, indicativamente 80 € per il totale)

Corsi per ragazzi programma "young learners" (ragazzi da 9 a 17 anni):

- Sconto del 15% su costo corsi di gruppo
- Sconto del 10% su costo corsi personalizzati esclusi dall'offerta il costo del materiale didattico e la quota associativa, indicativamente 80 € per il totale

Corsi a Malta per ragazzi e adulti a casa del docente: sconto del 10% su costo corso

"Centro Odontoiatrico IL SORRISO"

AUT. SAN. N. 2008/C5/0397

Via Verlatò, 15

36030 Villaverla (VI)

Tel. 0445 855015

ilsorrisosnc@alice.it

- Prima visita di controllo sarà gratuita;
- Offerta promozionale per l'igiene dentale al prezzo di 40,00 Euro (anziché 60,00) nella quale è compreso lo sbiancamento superficiale con bicarbonato dei denti tramite pistola spray;
- Sconto del 15% sui prezzi di listino in vigore su tutte le altre prestazioni odontoiatriche eseguite presso il ns. centro:
CONSERVATIVA;
PROTESICA;
IMPLANTOLOGIA;
ENDODONZIA;

ORTODONZIA PER ADULTI E BAMBINI;
SBIANCAMENTO ESTETICO DEI DENTI.

Verrà offerta all'iscritto la possibilità di rateizzare il pagamento con finanziamento, scegliendo la rata più conveniente con i titolari dell'ambulatorio.

FITA Veneto

Festival "La Maschera d'Oro"

Informazioni e preventivi

(senza supplemento):

F.I.T.A. Federazione Italiana Teatro

Amatori, Segreteria Regionale

Stradella Barche 7, 36100 Vicenza,

tel. 0444/324907

www.fitaveneto.org

Per gli iscritti del Collegio IPASVI di Vicenza riduzione sul costo del biglietto per gli spettacoli in programma.

FEDERAZIONE ITALIANA
TEATRO AMATORI
Comitato Regionale Veneto

22° FESTIVAL NAZIONALE MASCHERA D'ORO

Vicenza, Teatro San Marco
Febbraio-Marzo 2010

RIBALTA DEL TEATRO AMATORIALE
16° PREMIO "FABER TEATRO"

Abbonamenti (posti numerati):
Interi € 65,00 - Ridotti € 55,00

Biglietti (posti numerati):
Interi € 9,00 - Ridotti € 7,50

Informazioni e preventivi (senza supplemento):
F.I.T.A. Federazione Italiana Teatro Amatori, Segreteria Regionale
Stradella Barche 7, 36100 Vicenza, tel. 0444/324907
www.fitaveneto.org

**Per i soci Ipasvi Vicenza
riduzione sui biglietti
dei singoli spettacoli**

Sabato 6 febbraio 2010, ore 21.00
Compagnia "Prototeatro" (PD)
**LA LOCANDIERA
E GLI AMOROSI**
di Piero Dal Prà da Carlo Goldoni
regia di Piero Dal Prà

Sabato 13 febbraio 2010, ore 21.00
Compagnia "Il Teatro dei Picari" (MC)
IL DIAVOLO CON LE ZINNE
di Dario Fo, regia di Francesco Faccioli

Sabato 20 febbraio 2010, ore 21.00
Compagnia "La Zonta" (VI)
SALOMÈ
di Oscar Wilde, regia di Mauro Lazzarotti

Sabato 27 febbraio 2010, ore 21.00
"Accademia Teatrale Campogalliani" (MN)
**SCHERZI D'AMORE
IN SALSA TRAGICA**
di Anton Cechov, regia di Maria Grazia Bettini

Sabato 6 marzo 2010, ore 21.00
Compagnia "Stabilimento Teatrale" (TV)
L'ODISSEA DI PANTALONE
di Emanuele Pasqualini, regia di Emanuele Pasqualini

Sabato 13 marzo 2010, ore 21.00
Compagnia "L'Accademia di Teamus" (VR)
RUMORI FUORI SCENA
di Michael Frayn, regia di Rino Condercuri

Sabato 20 marzo 2010, ore 21.00
Compagnia "Città di Milano" (MI)
LA CANTATRICE CALVA
di Eugène Ionesco, regia di Franco Maria Di Pippo

Sabato 27 marzo 2010, ore 21.00
Compagnia "Amici per un sogno" (VB)
IL CERCHIO DELLA VITA
Musical tratto da "Il Re Leone", regia di Renata Mariotti
Serata di Gala - Premiazioni delle Compagnie



Si segnala...

Pec e professionisti

La posta elettronica certificata (PEC) è un sistema di comunicazione simile alla posta elettronica standard che però in più ha caratteristiche di sicurezza e di certificazione della trasmissione. La PEC è quindi un nuovo sistema attraverso il quale è possibile inviare e-mail con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale valenza naturalmente è valida solo se il mittente e il destinatario hanno caselle di posta elettronica certificata. Se una delle caselle coinvolte nella trasmissione non è una PEC vengono a mancare alcuni elementi della certezza della comunicazione. Infatti in questo caso non viene fornita la ricevuta di avvenuta consegna.

Una volta inviato un messaggio tramite PEC ad un destinatario di PEC il provider certificherà al mittente prova della consegna con data e ora e del contenuto del messaggio.

Una volta ottenuta l'attestazione che il messaggio è stato consegnato all'indirizzo PEC la responsabilità per la mancata effettiva lettura del documento inviato ricade solo sul destinatario stesso. È consigliabile quindi aprire giornalmente la propria PEC.

"Si segnala quanto segue in merito

all'adempimento PEC scaduto il 29 novembre 2009: gli iscritti in Albi o elenchi istituiti con legge dello Stato erano obbligato a dotarsi entro il **29 novembre 2009** di una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) o di altro analogo indirizzo e-mail basato su tecnologie che certificano la data e l'ora dell'invio e della ricezione, nonché l'integrità di quanto inviato (la certificazione dell'invio/ricezione mediante PEC è dotata di valore legale come la raccomandata postale).

Entro la stessa data, i professionisti interessati da tale provvedimento (architetti, avvocati, consulenti del lavoro, dottori commercialisti ed esperti contabili, geometri, **infermieri**, ingegneri, medici, ecc.), oltre ad aver acquisito un indirizzo PEC, avevano l'obbligo di comunicarlo ai rispettivi ordini o collegi di appartenenza.

A ridosso della scadenza molti erano i dubbi ed i chiarimenti attesi in merito all'attivazione della PEC ed alla gestione della stessa da parte dei Collegi/Ordini; ad oggi la Federazione ha confermato la scadenza dell'adempimento chiarendo tuttavia che si rimane in attesa di chiarimenti in merito alle modalità di tenuta e pubblicazione dell'elenco della PEC dei propri iscritti.

Si ricorda che non sono previste sanzioni a carico dei soggetti che attivino la casella Pec successivamente alla termine di cui sopra; si invitano, comunque, gli iscritti ad adeguarsi attivando la PEC e comunicandola al Collegio."

Riferimento normativo: Sulla Gazzetta Ufficiale del 28 gennaio 2009 supplemento ordinario n. 14/L è stata pubblicata la legge 28 gennaio 2009, n. 2 sulle "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 29 novembre 2008, n. 185, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale".

Comma 7: I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Gli ordini e i collegi pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata.



con il patrocinio del
Collegio IPASVI di Vicenza

GIORNATE VICENTINE DI DAY SURGERY

NEWS in Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale

NOVENTA VICENTINA (VI), 27 MARZO 2010

Iscrizioni: inviare alla P & P S.r.l. a mezzo fax al n. 02.66103840

QUOTE D' ISCRIZIONE DAL 01/01/2010

- Soci SICADS € 35,00 + IVA 20% = € 42,00
- Infermieri € 50,00 + IVA 20% = € 60,00
- Medici € 70,00 + IVA 20% = € 84,00

Maggiori informazioni su www.vicenzaipasvi.it



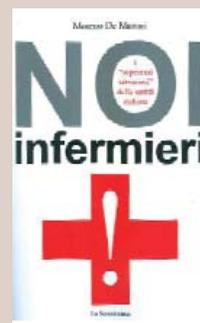
Curiosità

Una visione insolita, ma realistica, del vissuto infermieristico di venti anni di corsia è il libro "Noi infermieri", scritto dal collega Moreno De Munari.

Il ricavato consente di collaborare al finanziamento di un progetto per realizzare ed attrezzare un nuovo pronto soccorso a Patzum, villaggio del Guatemala, situato a 2000 metri d'altezza, il tutto attraverso l'associazione vicentina "Amici del mondo onlus".

Se volete contribuire, si può devolvere il 5 per mille con il modello 730, basta citare il codice fiscale 95076080241

Ecco le prime foto:



Novità

Il ministro dello sviluppo economico, On. Claudio Scajola, ha deliberato che per l'anno 2010 venga emesso un francobollo dedicato agli *infermieri*, il primo mai emesso dedicato ad una professione nella serie filatelica "Istituzioni".

La presentazione del francobollo dovrebbe avere luogo il 12 maggio, festa internazionale dell'infermiere, con emissione prevista per il 23 maggio.

Il riconoscimento ottenuto costituisce una grande opportunità per evidenziare il rapporto "privilegiato" degli infermieri con i cittadini, nell'era dell'informatica un ritorno alle origini



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE
Dipartimento di Sanità Pubblica
Anno Accademico 2009 - 2010



master di primo livello **INFERMIERISTICA NELLA PREVENZIONE E NEL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE** Coordinatore prof.ssa Laura Rasero

Finalità formative

Il Corso si propone di sviluppare **competenze avanzate** in **wound care** necessarie alla gestione dei soggetti a rischio/portatori di ulcere cutanee.

Tale casistica rappresenta un fenomeno rilevante sul nostro territorio, sia per numero di persone affette da ulcera, sia per l'onere economico globale derivante dal trattamento e dal tempo assistenziale richiesto. Considerata la multifattorialità, l'etiopatogenesi e la molteplicità dei servizi socio-sanitari coinvolti, diventa strategico lo sviluppo di competenze avanzate per una figura professionale che garantisca **continuità** e competenza nei diversi **setting assistenziali**.

Attività didattiche

Il corso è articolato in 5 moduli (durata di 9 mesi, dal 22 febbraio 2010 a ottobre 2010 per le attività teoriche), per complessivi 60 Crediti Formativi Universitari, compresa la prova finale ed il tirocinio. Indicativamente la didattica sarà articolata in periodi di **attività teorico-seminariale**, circa 440 ore programmate in 3-4 giorni alla settimana a settimane alterne (**54 giorni** con orario 9.00-12.30 / 14.00-17.30) alternati a periodi di **stage/tirocinio (15 giorni, da concludere entro dicembre 2010)** in strutture accreditate.

Modulo 1- Pianificazione, gestione e valutazione dei processi infermieristici nell'ambito del wound care (wc)

Modulo 2- La ricerca e l'Evidence Based Nursing in wc

Modulo 3- Approccio globale del management in wc

Modulo 4- Infermieristica nella gestione delle ulcere di natura vascolare

Modulo 5- Infermieristica nella gestione delle ulcere di altra eziologia

Per ulteriori informazioni

Damascio Donati (referente didattico del corso)
Tel. 055.794.7391 - donatid@sou-careggi.toscana.it

Titoli richiesti per l'ammissione

- **Requisito d'accesso** è il titolo di **Laurea** di 1° livello appartenente alle classi delle lauree in Professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecniche e della riabilitazione, o **titoli professionali** equivalenti conseguiti in base alla precedente normativa (L. 1/2002).

- **Diploma** di Scuola Media superiore di durata quinquennale.

NUOVA Scadenza domande di partecipazione

I candidati dovranno compilare la domanda di partecipazione alla selezione **solo ed esclusivamente on-line** utilizzando la procedura indicata all'indirizzo:

<http://ammissioni.polobiotec.unifi.it/turui>

Il servizio, sulla base della **proroga dei termini di scadenza**, sarà attivo fino **alle ore 13.00 del 29 gennaio 2010**.

La selezione dei candidati avverrà mediante valutazione dei **titoli** e dei **curricula** presentati. La **graduatoria** sarà pubblicata il giorno 5/02/2010.

Regolarizzazione delle iscrizioni

Coloro che risulteranno ammessi al corso **dovranno regolarizzare l'iscrizione versando la prima rata entro il 17 febbraio 2010**.

Tasse di iscrizione: € 2.000 (in 2 rate di pari importo)

Sede attività didattiche

Le attività teoriche/seminariali si terranno presso il Centro Formazione professionale dell'Az.Osp.Univ. Careggi, viale Pieraccini, 30 - FIRENZE, raggiungibile dalla stazione ferroviaria:

- FI SMN con linea ATAF 14/C

- FI Rifredi con linea R

> Scaricare e consultare il **bando** per informazioni più complete e dettagliate all'indirizzo:

<http://www.med.unifi.it/CMpro-v-p-37.html>



Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza

MODULO DI ISCRIZIONE AI CORSI



Modalità di iscrizione:

- ▼ Le iscrizioni si aprono 30 giorni prima della date di inizio del corso.
- ▼ Prima di effettuare l'invio di dati per l'iscrizione e/o il pagamento, telefonare in Collegio al n. tel. **0444.514311** il martedì e il giovedì dalle ore 10.00 alle ore 12.30 per richiedere la disponibilità di posti e la conferma dell'iscrizione al corso.
- ▼ Dopo essersi accertati della disponibilità di posti con la suddetta telefonata, inviare tutti i dati via mail all'indirizzo di posta elettronica vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it o via fax al n. tel. 0444-514311 indicando il cognome, il nome, l'indirizzo privato, il codice fiscale, la professione, un recapito telefonico e l'indirizzo e-mail.
- ▼ Pagare, entro 7 giorni, la quota di iscrizione tramite bollettino postale sul conto n. 53229126, intestato al Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza
- ▼ Inviare copia del bollettino di pagamento effettuato tramite via tele-

matica all'indirizzo di posta elettronica vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it o via fax al n. tel. 0444-514311.

Attenzione:

- ▼ Verranno accettate iscrizioni fino ad esaurimento dei posti disponibili. Le iscrizioni che perverranno prima della data stabilita non saranno prese in considerazione.
- ▼ L'accettazione dell'iscrizione al corso è subordinata al pagamento della quota annuale di iscrizione al collegio.
- ▼ La mancata effettuazione del versamento della quota di iscrizione al corso entro 7 giorni invalida l'iscrizione stessa
- ▼ Le quote di iscrizione versate senza usufruizione del corso non saranno rimborsate.
- ▼ Sarà, altresì, possibile cedere la propria iscrizione ad un altro collega, previa comunicazione alla segreteria del collegio o direttamente il giorno del corso.

Dati corso* **Iscrizione al corso**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> "Ruolo infermieristico nell'educazione e motivazione all'autocura: modelli e strategie per potenziare l'aderenza dell'assistito al trattamento" Dr. Alessandro Copes – Dott.ssa Marta Boaretto
26-27 febbraio 2010 Hotel S. Raffaele – Monte Berico –
Destinatati: infermieri - Partecipanti max. 30 | Costo: <input type="checkbox"/> € 60 (per i soli iscritti)
<input type="checkbox"/> € 180 (per i non iscritti) |
| <input type="checkbox"/> "Valorizzare l'infermiere per valorizzare il sistema salute"
6 marzo 2010 - Sala dei Fondatori presso la Confartigianato – via Fermi 134 – Vicenza
Destinatati: aperto alla cittadinanza Per esigenze organizzative si prega segnalare la partecipazione | Costo: <input type="checkbox"/> partecipazione gratuita
compreso cocktail finale |
| <input type="checkbox"/> "Inserimento e gestione del PICC* e MIDLINE*: una nuova competenza infermieristica" (*catetere venoso centrale ad inserimento periferico)
(*catetere venoso periferico a medio termine)
Docenti: Pietta Francesca, Consolandi Danilo, Gatta Claudia, Moresco Renato, Miolato Nerina, Sansoni Mirca, Celli Flavio
17 aprile 2010 - Sala dei Fondatori presso la Confartigianato – via Fermi 134 – Vicenza
Destinatati: infermieri - Partecipanti max. 150 | Costo: <input type="checkbox"/> € 30 (per i soli iscritti)
<input type="checkbox"/> € 90 (per i non iscritti) |
| <input type="checkbox"/> "La riforma Brunetta e la ricaduta sull'attività dell'Infermiere Coordinatore" Dr. Luca Benci
Giugno 2010 – sede, giorno e orario da definire.
Destinatati: infermieri coordinatori - Partecipanti max. 80 | Costo: <input type="checkbox"/> € 30 (per i soli iscritti)
<input type="checkbox"/> € 90 (per i non iscritti) |

* I dati relativi ai corsi sono indicativi, fare riferimento al sito www.vicenzaipasvi.it

Modulo di iscrizione

Dati partecipante

Codice Fiscale

Cognome e nome

Via con numero civico

CAP

Comune

Provincia

Professione

Albo appartenenza

Provincia albo:

Profilo lavorativo:

Provincia lavorativa

E-mail

Telefono

Scelta corso

Data e sede

Al fine di determinare la quota di partecipazione dovuta, dichiaro sotto la mia responsabilità, di essere:

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

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, autorizzo il Collegio IPASVI di Vicenza al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione del corso/convegno.

Firmando e inviando il presente modulo accetto integralmente le modalità di iscrizione sopra descritte e dichiaro che quanto compilato corrisponde al vero.

Firma per sottoscrizione