

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 2
MAGGIO-AGOSTO 2010

Quanto valgono gli infermieri? A dirlo ora c'è la pagellina!

EDITORIALE

*Crisi economica
e sanità.
Lotta ai
fannulloni
con le pagelline*

A PAG. 3

INIZIATIVE

*Infermiere:
una professione
in cambiamento
per il
cambiamento*

A PAG. 5

ATTIVITÀ

*Esame finale per il
titolo di Operatore
Socio Sanitario.
L'infermiere
con funzioni
di Commissario
regionale*

A PAG. 10

ATTIVITÀ

*I corsi di
formazione ECM
II° semestre 2010
e altre opportunità
formative*

A PAG. 11-12-13

RUBRICA

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

A PAG. 20

Infermieriinformati

ISSN 1721-2456

Quadrimestrale, anno XI – numero 2

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:

Copertina: Lago di Resia (Merano), foto Gianmaria Fanchin
Interno: archivio Ipasvi Vicenza

**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

Infermieriinformati
SOMMARIO

CRISI ECONOMICA E SANITÀ. LOTTA AI FANNULLONI CON LE PAGELLINE PER ELIMINARE LE INEFFICIENZE. MA AL SISTEMA SANITARIO CHE VOTO DIAMO?	3	VERSO UNA TEORIA DEL COORDINAMENTO PER LA QUALITÀ DELLE CURE. DALLA PRASSI ALLA CONOSCENZA PROFESSIONALE	12
C'È POSTO PER COLLABORARE E METTERSI IN GIOCO	4	"VIVERE SANI, VIVERE BENE" A VICENZA QUATTRO GIORNI (7-10 OTTOBRE) DEDICATI AL "RESPIRO"	13
L'INFERMIERE NEL SISTEMA SALUTE: UNA PROFESSIONE IN CAMBIAMENTO PER IL CAMBIAMENTO	5	AGGRESSIVITÀ ED EMOZIONI IN CORSIA	14
UN FRANCOBOLLO E UNA FESTA PER GLI INFERMIERI	7	IL PERCORSO DI RIORGANIZZAZIONE DI UN NUCLEO PER PERSONE ADULTE-ANZIANE CON DISAGIO MENTALE	16
IL CONSIGLIO DIRETTIVO SI PRESENTA MATTEO STORTI: "UTILIZZARE LA RICERCA INFERMIERISTICA PER IL SAPERE PROPRIO E ALTRUI".	8	DOMANDE & RISPOSTE. RUBRICA DI QUESITI GIURIDICO PROFESSIONALI	20
VALUTAZIONE ESAMI FINALI PER GLI OSS	10	L'INFERMIERE E IL RISK MANAGEMENT: RILEVAZIONI ED ANALISI DEGLI ERRORI PIÙ FREQUENTI IN AREA CRITICA	21
I CORSI ECM E GLI EVENTI PUBBLICI PER IL SECONDO SEMESTRE 2010	11	UN ANNO DI CONTI. LA RELAZIONE DEL TESORIERE ALL'ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI 2010	22



Crisi economica e sanità. Lotta ai fannulloni con le pagelline per eliminare le inefficienze. Ma al sistema sanitario che voto diamo?



La crisi economica con la riduzione di 5 punti del PIL produrrà delle conseguenze per il SSN determinando vincoli di bilancio sempre più pesanti, manovre di riduzione della spesa sanitaria e con essa gli sprechi e le inefficienze. Ma la vera riduzione della spesa è ipotizzabile solo riducendo le attività e i servizi. Da tempo infatti, anche se in maniera sfumata e senza tanta risonanza, stiamo assistendo ad una costante riduzione dei posti letto e le conseguenze a carico della collettività sono sotto i nostri occhi.

Il quadro non potrà migliorare perché l'Italia è un paese che sta invecchiando, gli ultra settantacinquenni stanno per raggiungere i 6 milioni e conseguentemente a questo, aumenteranno i bi-

sogni di cura e di assistenza.

Le strutture sanitarie vivono questa difficoltà crescente, caratterizzata anche da una risorsa professionale che si sta vistosamente riducendo. Gli infermieri stanno invecchiando, il turn over non è garantito, le piante organiche tarate su 4 anni fa, mettono a dura prova tutti. Il recente provvedimento di mandare le infermiere donne in pensione a 65 anni non risolverà il problema, lo sposta soltanto. Nessuno può prevedere gli effetti di queste decisioni ma non è difficile immaginare una realtà futura nella quale non si distingueranno più i pazienti dalle infermiere.

Per queste ragioni ho un po' di difficoltà a comprendere la Legge 151/2009, detta legge Brunetta, pensata per ridurre

sprechi, inefficienze e punire i fannulloni. Il processo della valutazione è necessario, le prestazioni devono rispondere a criteri di efficacia ed efficienza, dirette a soddisfare i bisogni che l'utenza esprime e avere un sistema di controllo significa avere un sistema che tutela il cittadino.

Ma è il vero motivo?

Perché se vengono stabilite a priori le quote di chi non raggiungerà un livello di valutazione sufficiente questo lascia spazio a delle considerazioni. Non è che la finalità sia di avere meno persone alle quali assegnare la quota economica legata alla produttività? Perché più che attenzione verso il cittadino sembra attenzione verso i conti. Visto il momento non è uno scandalo, ma allora che

sia dichiarato il vero obiettivo della manovra.

Non è condivisibile una Legge che preveda a priori la quota di quanti non saranno giudicati sufficienti perché in questo modo la modalità è già viziata nella forma.

Come ordine professionale siamo d'accordo sulla valutazione come fase che consenta la revisione dei processi ai fini di un miglioramento continuo ponendo al centro l'utente e i suoi bisogni. Ma crediamo necessario che in primis siano garantite le condizioni per lavorare adeguatamente. Cosa dire ai nostri colleghi che da tempo vivono una realtà lavorativa dove mancano infermieri, dove per garantire il servizio si ricorre costantemente al richiamo dai riposi o dalle ferie? Questi infermieri sono già da premiare.

Senza dimenticare che non è semplice gestire la valutazione del personale attraverso un sistema oggettivo e imparziale. Perché richiede ai valutatori/esaminatori la conoscenza dell'attività di chi lavora, attribuendo una valutazione rispetto a standard assistenziali conosciuti e condivisi. Un modo chiaro e tra-

sparente che consenta di valutare oggettivamente la qualità in ambito clinico, assistenziale, organizzativo, formativo, relazionale e comportamentale.

Un'operazione colossale con un impegno di risorse umane e di tempo considerevoli ma per ottenere quali effettivi risultati? Il livello di assistenza messo in campo dagli infermieri, riconosciuto dall'utenza, è elevato. Vi saranno delle criticità ma sicuramente si conterranno sulle dita di una mano. Non è autoreferenzialità e non credo di essere smentito in merito.

Non ho dubbi che gli infermieri siano il vero patrimonio della sanità veneta, la vera forza motrice che permette il funzionamento della complessa macchina "sanità", ogni giorno, lì sempre lì, lì nel mezzo finché ce n'è. Ma non esasperiamo queste persone perché nessuna tecnologia rivoluzionaria sarà in grado di sostituire questo preziosa risorsa. Coerenza e rigore a partire dalla classe politica di qualsiasi posizione, questo credo sia la priorità da perseguire.

Se vi è qualcosa da sottoporre ad un rapido processo di valutazione è l'attuale modello sanitario non più sostenibi-

le. Spostare le risorse verso il territorio, ampliare l'assistenza domiciliare, creare strutture "ponte" tra ospedale e domicilio, attivare la presenza dell'infermiere in farmacia, per tradurre le indicazioni sanitarie in assistenza infermieristica, per dare risposte immediate senza lasciare con il problema il cittadino, ma soprattutto evitare l'intasamento delle strutture ospedaliere come il Pronto Soccorso.

Perché il cittadino si trova in mano pacchi di impegnative ma poi non sa dove sbattere la testa per continuare le cure che richiedono assistenza infermieristica. Un sistema sanitario a metà, che richiede un radicale cambiamento. E solo dopo attivare il processo della valutazione degli interventi e dei risultati. Tutti a partire dal Ministro della Sanità, e poi sì, anche gli infermieri.

Altrimenti a leggerla così sembra sia il personale a determinare sprechi, cosa poco credibile per gli infermieri, visto che siamo da sempre così pochi rispetto ai bisogni della popolazione. In realtà tagliando sulle risorse umane si contengono i costi, questa è la verità.

C'è posto per **collaborare** e **mettersi** in gioco

di *Sonia Cappozzo*

Se chiediamo, alle prime 10 persone che incontriamo per strada, il loro parere sul fatto che gli infermieri conducono ricerca come base per il loro sapere, probabilmente avremmo una risposta negativa, mentre verosimilmente le stesse 10 persone riconoscerebbero la ricerca come un'importante base per il sapere medico.

Questo deve sicuramente farci riflettere perché indirettamente esprime il grado di considerazione popolare sull'Infermieristica come scienza e disciplina.

Il gruppo ricerca del Collegio IPASVI di Vicenza è nato da qualche tempo con l'obiettivo primario di stimolare la ricerca infermieristica per sviluppare conoscenza da utilizzare nella pratica, conoscenze relative al campo del dominio del Nursing e della sua disciplina.

Ma su che cosa dovrebbero fare ricerca gli infermieri?

In ogni ambito relativo al metaparadigma infermieristico intorno al quale si

sviluppano le competenze derivanti dalla conoscenza scientifica che determina la disciplina e sulle quali si sviluppa la professione infermieristica stessa e negli ambiti intorno alle parole chiave sulle quali si sviluppa l'epistemologia infermieristica: Salute, Ambiente, Persona e Nursing.

Ogni infermiere dovrebbe chiedersi poi come fare a sviluppare la consapevolezza dei colleghi con i quali lavora, chiedersi come diffondere ed utilizzare i risultati delle ricerche già esistenti al fine di aiutare e sostenere quei professionisti che non hanno il tempo di fare ricerca ma che possono essere una risorsa se indirizzati a pensare criticamente ed a lavorare in modo professionale, utilizzando i risultati di ricerche condotte da altri. Con questa prospettiva e questi interessi apriamo un tavolo di discussione agli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza che vogliono unirsi e lavorare con noi, proporre argomenti su cui poi avviare una

ricerca che contribuisca allo sviluppo della conoscenza e dell'assistenza.

In che modo? Proponete degli argomenti, dei dubbi sulla vostra pratica clinica. I quesiti più rilevanti saranno approfonditi (dove possibile) indicandovi linee guida, RCT, revisioni sistematiche su di essi.

L'ideale per noi sarebbe quello di tessere una rete fra più infermieri motivati e distribuiti in tutta la provincia in modo tale da sviluppare possibili progetti di ricerca.

Per contattarci potete scrivere al collegio IPASVI all'indirizzo di posta elettronica: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it Oppure direttamente ai membri del gruppo:

Storti Matteo: p.storti@libero.it

Cappozzo Sonia: sonia.cappozzo@aslbasano.it

Pozza Barbara: giaco.po@alice.it

Rossetto Valeria: valeriaross@hotmail.it

Pegoraro Federico: peghy@libero.it

L'infermiere nel sistema salute: una professione *in* cambiamento per il cambiamento

Infermiere professionista della salute. La professione ha costruito negli ultimi 10 anni, non senza fatica, il proprio passaggio a "professione a tutto tondo" e nonostante la quasi totalità della compagine professionale abbia unito gli sforzi per ottenere il risultato, ancora oggi qualcuno rimpiange il vecchio mansionario, affermando che la definitiva valorizzazione ancora non è avvenuta. Proprio il tema della valorizzazione della professione infermieristica ha stimolato il direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza ad organizzare un evento (il primo del genere in provincia) che ha messo a confronto allo stesso tavolo esponenti della politica, rappresentanti del gruppo professionale, delle direzioni generali ULSS e delle associazioni dei cittadini e dei pazienti.

L'obiettivo dell'incontro, avvenuto il 6 marzo scorso a Vicenza, si prefiggeva di effettuare una riflessione rispetto all'attuale situazione del sistema sanitario nazionale e regionale, alla necessità di una sua revisione ed il ruolo della figura infermieristica all'interno dello stesso, che sta assumendo sempre più una collocazione di grande rilievo per la garanzia di un'assistenza sicura e di qualità per i cittadini.

La tavola rotonda, moderata dal giornalista del *Gazzettino* Matteo Crestani ed introdotta dal Presidente del Collegio IPASVI di Vicenza Gianmaria Fanchin, ha visto susseguirsi gli interventi di numerosi personaggi di spessore; ne riportiamo di seguito una sintesi significativa.

L'apertura fatta da **Marcello Bozzi**, componente del comitato centrale della Federazione Nazionale IPASVI, affronta il tema scomponendolo in più livelli: finalità e necessità del sistema salute, articolazione organizzativa e livelli di responsabilità e valorizzazione infermieristica. Bozzi sottolinea come le decisioni importanti che investono il sistema salute non vengono prese con la collaborazione degli infermieri, si discutono solo a livello politico ma dichiara la

disponibilità piena della professione a collaborare per pervenire a scelte che garantiscano una migliore risposta ai cambiamenti dei bisogni del cittadino (aumento della cronicità, minore gestione ospedaliera, maggiore gestione del paziente sul territorio). Il sistema salute deve però modificarsi, acquisendo nuovi modelli organizzativi orientati al mas-

simo dell'integrazione delle competenze, nella logica della presa in carico dell'utente. E da questo Bozzi pone una provocazione: qual è il senso della formazione specialistica dell'infermiere oggi se si lavora come 20 anni fa? La necessità di modifiche, inoltre, non deve fermarsi solo a livello di sistema salute; infatti anche il livello aziendale deve

Il Collegio Ipasvi di Vicenza informa che è stato organizzato il corso promosso da

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pediatrico
Ospedale di alta Specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino
IRCCS Burlo Garofolo - Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia - Direttore Prof. Secondo Guaschino
SCO Patologia Ostetrica - Direttore Dott. Salvatore Alberico

Psiche e soma: in quale ordine in gravidanza?

PROGRAMMA

08:30 - 09:00 Registrazione partecipanti	09:30 - 10:00 Disagio psichico in gravidanza: malattia solo della mente o disagio psico-sociale? (S. Alberico, Medico Ostetrico, Trieste)	12.30 - 13.00 Discussione
09:00 - 09.15 Presentazione del convegno e saluti	10:00 - 10:30 Taglio cesareo ripetuto e scelte che lo determinano (F. Facchinetti, Medico Ostetrico, Modena)	13:00 - 14:00 Pausa
S. Guaschino Direttore del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia IRCCS Burlo Garofolo, Trieste	10:30 - 10:50 Discussione	II Sessione: PARTO E DEPRESSIONE
S. Alberico Direttore S.C.O. Patologia Ostetrica IRCCS Burlo Garofolo, Trieste	10:50 - 11:20 Pausa	Moderatori: S. Alberico, R. Natale
M. Melato Direttore Generale IRCCS Burlo Garofolo, Trieste	11:20 - 11:50 L'ostetrica nella presa in carico del travaglio a basso rischio (G. Verardi, Ostetrica, Trieste)	14:00 - 14:20 Non lasciamole sole (A. Clarici, Medico Psichiatra, Trieste)
D. Faraguna Direttore Sanitario IRCCS Burlo Garofolo, Trieste	11:50 - 12:10 Confronto con nuove culture: le mutilazioni genitali femminili (O. Urpis, Sociologa, Trieste)	14:20 - 15:20 Il lato oscuro della maternità: le parole della depressione (V. Ive, Psicologa-Psicoterapeuta, Trieste)
I Sessione: ANSIA E PARTO	12:10 - 12.30 Mutilazioni genitali femminili e vissuti psicologici (C. Vecchiet, Psicologa, Trieste)	15:20 - 15:40 Effetti sinergici dell'ossitocina e della psicoterapia sulla depressione post-partum. Trial controllato randomizzato (S. Pellizzoni, Psicologa, Trieste)
Moderatori: S. Guaschino, V. Ive		15:40 - 16:00 Discussione
09:15 - 09:30 Società Italiana di Psicosomatica in Ostetricia e Ginecologia: obiettivi e finalità. (R. Natale, Medico Ostetrico, Trieste)		16.00 - 16:30 Conclusioni e valutazione ECM

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA DELPHI INTERNATIONAL SRL - Via A. Zucchini 79 - 44100 Ferrara
Tel. 0532 595011 in r.a Fax 0532 773422 - congressi@delphiinternational.it

ISCRIZIONI L'iscrizione al convegno è a numero chiuso: **max 100 partecipanti**
I posti disponibili saranno assegnati in base all'ordine cronologico di arrivo delle iscrizioni.
Il programma e la scheda di iscrizione possono essere scaricati agli indirizzi www.congressi.delphiinternational.it e www.burlo.trieste.it

Per i partecipanti NON dipendenti IRCCS QUOTE DI ISCRIZIONE 100,00 esente IVA (ai sensi della L. 573/93, art.14, comma 10)

sposare una revisione organizzativa che consenta di coniugare aumento delle prestazioni e riduzione delle risorse, orientandosi alla progettazione ed alla integrazione dei saperi e della formazione in un ruolo ben chiaro, identificando uno status giuridico preciso collocato in un contesto di riferimento. Non è possibile, afferma Bozzi, lavorare in un mondo "a colori" con applicazione di regole "in bianco e nero". La valorizzazione infermieristica in tema di autonomia e responsabilità genera paura, soprattutto in chi pensa di perdere qualcosa; il fondamento per la valorizzazione è la continuità, il "filo rosso" lungo tutti i livelli (clinico, coordinamento UO, coordinamento dipartimentale, dirigenza) che deve correre in parallelo con i rispettivi livelli della dirigenza.

Anche **Eleutherios Prezalis**, candidato al consiglio regionale del Veneto per il Popolo della Libertà, insiste sull'integrazione, sulla necessità di non creare contrapposizioni tra le diverse figure professionali operanti in un sistema salute che cambia rapidamente, che richiede maggiori risorse sul territorio per garantire un'adeguata assistenza, presupponendo una buona programmazione regionale. Secondo Prezalis la valorizzazione infermieristica passerebbe attraverso la valorizzazione del personale infermieristico in possesso della formazione clinica post base, che rappresenterebbe un riferimento solido per i colleghi; le necessità del territorio inoltre potrebbero essere soddisfatte implementando l'infermiere di famiglia. Anche la valorizzazione della dirigenza infermieristica, sicuramente più critica, potrebbe svilupparsi se nelle aziende sanitarie venisse individuata la figura del dirigente infermieristico di Unità Semplice, in linea con la nuova legge regionale sulla direzione delle professioni sanitarie.

L'intervento di **Claudio Rizzato**, consigliere regionale del Veneto per il Partito Democratico, esordisce con un richiamo forte rispetto alla mancanza di programmazione regionale. Rizzato evidenzia come il modello sanitario veneto sia un modello quasi di eccellenza, copiato anche da altri sistemi, caratterizzato da una forte integrazione socio sanitaria derivante dal substrato culturale del territorio, che deve però evolvere verso la continuità assistenziale, dato che le strutture intermedie assumono un ruolo sempre più importante. In queste strutture Rizzato legge pesantemente e positivamente il ruolo infermieristico. Una forte

critica viene fatta rispetto agli orientamenti di politica che prevedono costruzione di ospedali di eccellenza, senza considerare che essi possono essere tali solo se il personale che vi lavora è di eccellenza; la formazione specialistica del personale infermieristico potrebbe in tal senso essere prevista a carico del SSR, come avviene per altre professioni (psicologo, fisico, chimico). Rispetto alla nuova legge regionale sulla dirigenza delle professioni sanitarie, Rizzato sottolinea che l'autonomia professionale prevista per tale ruolo deve essere completa e non funzionale, anche per garantire la corretta gestione del personale, vero pilastro del sistema salute regionale; proprio per questo i tagli sul personale infermieristico dovrebbero essere maggiormente contenuti.

La necessità di un passaggio culturale alla logica di una professione piena per favorire la valorizzazione è fortemente sostenuta da **Vittorino Cenci**, collega infermiere veronese eletto nel Consiglio Regionale Veneto e già consigliere regionale della scorsa legislatura per la Lega Nord, il quale ritiene che i professionisti sono comunque in grado di fornire risposte assistenziali adeguate anche in assenza di programmazione regionale, a patto che credano nell'importanza del proprio ruolo. Il collega Cenci è sempre stato in prima linea per la valorizzazione della professione infermieristica nei tavoli politici: ha collaborato attivamente alla stesura della LR 34/2007 (che prevede la cartella infermieristica come documento costituente la cartella clinica e la responsabilità dell'infermiere nella tenuta di tale documento per quanto di competenza) ed è stato il primo firmatario della LR 17/2010 (istitutiva delle direzioni aziendali delle professioni sanitarie infermieristiche). In relazione a questa ultima disposizione normativa, Cenci rileva che in seguito alla promulgazione è necessario tradurre la legge in linee guida applicative, affinché possa entrare realmente negli atti aziendali e produrre le modifiche organizzative necessarie.

Gli interventi del rappresentante dei cittadini **Franco Figoli** (Cittadinanzattiva) e di quello dei pazienti **Narciso Zocca** (ADDIMA) rilevano come sia fondamentale il coinvolgimento della persona nel processo di cura.

Ritengono indispensabile informarla ed educarla sulla necessità del cambiamento e della modifica dell'organizzazione per passare dalla logica della prestazione alla logica del programma/progetto

di cura, mantenendo la sostenibilità del sistema attraverso l'integrazione reale delle competenze in particolare sul territorio (ad esempio potenziando la triade Medico di Medicina Generale, Assistenza Infermieristica Domiciliare e Famiglia) e la programmazione accurata delle risorse per contrastare la scarsità di professionalità sia mediche che infermieristiche.

La chiusura del tavolo affidata a **Valerio Alberti**, coordinatore dei Direttori Generali delle aziende ULSS del Veneto, ha sposato quanto discusso fino a quel momento, ribadendo la necessità della manutenzione del sistema salute mediante il cambiamento dei modelli organizzativi (implementando ad esempio modelli per intensità di cure che superano l'attuale logica di gestione del paziente, con un ruolo preminente dell'infermiere nella gestione assistenziale), operando azioni di spinta rispetto alla determinazione del fabbisogno di risorse infermieristiche e di conseguenza alla possibilità di incrementare i posti di formazione universitaria. Alberti però avverte: la crescita della responsabilità infermieristica non deve significare separazione, l'obiettivo deve sempre essere l'integrazione, il lavorare assieme, per il bene del cittadino.

Gli interventi del tavolo sono stati infine integrati da ulteriori osservazioni dalla platea che hanno contribuito ad arricchire la riflessione sul tema.

L'esperienza proposta dal Collegio IPASVI ha evidenziato la necessità di un continuo confronto e coinvolgimento tra i vari attori che intervengono nel sistema salute, soprattutto con quelli che posso avere un ruolo determinante nella presa di decisioni rispetto alla professione ed alla sua collocazione nel sistema.

Tutti sono apparsi concordi sulla necessità del cambiamento, dell'integrazione dei riconoscimenti del ruolo e della formazione e dell'individuazione di nuovi spazi professionali; il direttivo del Collegio confida che quanto affermato in quest'incontro non rimanga esclusivamente finalizzato alla discussione della giornata ma possa realmente trovare sviluppi futuri.

Deve consolidarsi una seria presa di responsabilità da parte di tutti gli intervenuti (primo fra tutti il Collegio) per una continua opera di intervento verso la tutela e la valorizzazione della professione infermieristica, ricordando che **"ciò che ci vuole è la volontà di riuscire ed il coraggio di cominciare..."**

Un francobollo e una festa per gli infermieri

In occasione dei 100 anni dalla morte di Florence Nightingale, il 12 maggio appunto, **si è voluto ricordare la fondatrice dell'infermieristica moderna, dedicando un francobollo speciale che onora tutta la professione.**

Il francobollo, emesso da Poste Italiane in occasione di Race for the Cure la mini maratona organizzata il 16 maggio a Roma dalla Susan G. Komen Italia, ha lo scopo di sostenere la lotta contro i tumori del seno, destinando il 25% dei fondi ottenuti a sostegno della formazione e all'aggiornamento degli infermieri in oncologia, con programmi concordati con l'Ipasvi.



Il francobollo riporta l'immagine di un'infermiera al fianco di una paziente, accompagnata dal messaggio **"Affranca la vita"** che riassume bene il senso e lo scopo del lavoro che ogni giorno gli infermieri svolgono al fianco di ogni malato"



Oltre a questa importante iniziativa, Il collegio di Vicenza, ha rinnovato il consueto appuntamento invitando tutta la popolazione ad uno spettacolo teatrale per riaffermare la vicinanza degli infermieri alle persone, nel dare risposte sempre più qualificate e professionali alle necessità assistenziali e di cura. In piazza dei Signori quest'anno, per festeggiare con i cittadini la giornata internazionale degli infermieri, si è esibita la compagnia Far Filò di Arcugnano che ha presentato una commedia brillante che ha divertito i partecipanti. Tra

gli attori, tutti bravi, meritano una particolare menzione i colleghi infermieri Baccarin Flavio dell'ematologia e Bruna Zuin dell'ortopedia.

È intervenuta anche un'ambulanza attrezzata con a bordo le infermiere del SUEM di Vicenza Niselli Giuliana e Gallo Mara, pronte a garantire un immediato intervento in caso di necessità. Infermieri protagonisti quindi, facendo sentire la loro voce nella Piazza più bella della città, nel salotto buono, riservato agli ospiti importanti. Per ribadire un "ci siamo"



Il consiglio Direttivo si presenta Matteo Storti: "Utilizzare la ricerca infermieristica per il sapere proprio e altrui".

Matteo ha 28 anni ed è il più giovane del Consiglio Direttivo dell'IPASVI di Vicenza, è sposato ed ha una bellissima bambina. Già in possesso di un diploma di maturità tecnica, nel 2001 ha conseguito il diploma di "Operatore socio-sanitario" ed ha successivamente lavorato nell'ambito assistenziale per un anno e mezzo fino all'iscrizione al corso di "Laurea in Infermieristica" all'Università degli Studi di Verona. Lavora per l'azienda ULSS n.5 "Ovest Vicentino" ed è un membro del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza.

Come nasce il tuo interesse per la ricerca infermieristica?

Dopo la laurea, nel 2005, ho cominciato a dedicare il mio tempo libero all'approfondimento della ricerca infermieristica fino a quando notai il **Progetto Diamante**: un progetto della Direzione del Servizio Infermieristico e Tecnico-Centro Studi EBN che prevede la realizzazione di un percorso formativo strutturato con una molteplicità di corsi, posti a diversi livelli di complessità, per l'affermazione di un'assistenza sanitaria e di una pratica clinica basate su prove di efficacia (EBCP-EBHC), nonché per la diffusione della metodologia della ricerca nell'ambito delle professioni sanitarie. L'interesse è diventato passione quando nel 2007 a Bologna conseguì il diploma di "Ricercatore Evidence Based Practice" presso il Centro Studi EBN dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Orsola-Malpighi". Subito dopo, sempre continuando a lavorare come infermiere, ricevetti una richiesta di collaborazione da parte della stessa Direzione del Centro Studi EBN, divenni così un collaboratore esterno, cosa che mi entusiasmò molto. Infatti, cominciai ad approfondire come autodidatta alcuni argomenti come la valutazione critica degli studi, l'implementazione di linee guida, la statistica medica, l'epidemiologia fino allo studio di veri e propri soft-



Matteo Storti con la sua famiglia

ware statistici per la ricerca bio-medica. Quindi mi sono nuovamente iscritto all'Università degli Studi di Bologna per frequentare il Corso di Alta Formazione universitaria "L'insegnamento dell'Evidence Based Practice" che conclusi alla fine del 2008. Grazie a questo titolo ho potuto fare delle interessanti esperienze di docenza iniziando con alcuni corsi per OSS nella provincia di Vicenza e portando la mia esperienza e competenza relazionando in alcuni seminari (l'ultimo al Policlinico "San Matteo" di Pavia per il 2nd SIMPAR "INTERNATIONAL MEETING ON PAIN RESEARCH ACUTE AND CHRONIC PAIN"). In questi anni ho pubblicato diversi articoli scientifici risultati da ricerche, esperienze personali e tesi di laurea di alcuni col-

leghi che ho seguito personalmente, seguo alcune ricerche e di una in particolare sono referente per la provincia di Vicenza: si tratta dello studio nominato **END of LIFE DECISION STUDY "ELDY"**. Oltre allo studio ELDY, sto ultimando uno studio osservazionale multicentrico sulla prevalenza di depressione negli anziani residenti in casa di riposo in collaborazione con la prof.ssa Zanolin della Sezione di Epidemiologia e Statistica Medica, Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Università degli Studi di Verona, ed il dott. Dal Santo, Direttore della Struttura Operativa Complessa di Geriatria/Lungodegenza dell'ospedale civile di Rovigo. Seguo anche un altro studio, anch'esso multicentrico, condotto in due regioni italiane.

Ti contraddistingue questo spirito di sacrificio e di impegno verso lo studio e la ricerca, una preziosa risorsa per il Collegio degli infermieri che vuole promuovere la diffusione della cultura della ricerca. La dedizione e l'amore verso questo aspetto della professione infermieristica hanno trasformato un interesse in una passione, un ingrediente eccezionale per far avvicinare ogni professionista al mondo della ricerca sia come consumatore sia come attore. Hai un ruolo preciso in questo senso in Collegio?

Questi anni di continuo studio, sempre lavorando a tempo pieno, sono stati molto impegnativi sia per me che per la mia famiglia che mi ha sostenuto e spronato a fare sempre meglio, tanto che ho deciso di affrontare un altro capitolo importante quello del coordinamento. Sto frequentando, infatti, il corso di Master in "Management per le funzioni di coordinamento per le professioni sanitarie e dell'assistenza sociale" presso l'Università degli Studi di Bergamo che concluderò alla fine del 2010.

Il Collegio IPASVI, del quale faccio parte fin dal 2009, da tempo ha posto tra i suoi obiettivi lo sviluppo della cultura della ricerca infermieristica costituendo un gruppo di lavoro di cui sono il referente e che ha lo scopo di:

- realizzare almeno un progetto di ricerca nel triennio;
- promuovere ed incentivare la cultura della ricerca infermieristica;
- collaborare con altri gruppi del Collegio IPASVI di Vicenza (in particolare con il "Gruppo Biblioteca" per la consultazione di testi, riviste e dizionari, con il "Gruppo Diffusione dell'Informazione" per l'utilizzo della rivista "Infermieri Informati", ecc.);
- tessere contatti con altri Enti o professionisti esperti nel campo della ricerca: in particolare nel campo statistico per l'elaborazione di eventuali dati raccolti e di esperti nella pianificazione e supervisione di un progetto di ricerca.
- la ricerca, attraverso la diffusione dei suoi risultati, consente di migliorare l'assistenza offrendo strumenti nuovi e di provata evidenza scientifica, per chi, come me, svolge attività di ricerca, ci sono anche grandi soddisfazioni. Per esempio, quest'anno ho ricevuto una forte spinta motivazionale quando ho visto citare un mio lavoro dal dottor Ladislav Volicer dell'Università del South Florida, su "Do we

need another dementia pain scale" (editoriale della rivista *Journal American Medical Directors Association*).

Faccio parte della redazione della rivista "Infermieri Informati"; e sono un componente del gruppo dell'area organizzazione del quale fa parte anche il Presidente e Loretta Bertozzo Quest'anno è stato organizzato un corso per "Commissari Regionali dei corsi per OSS" per il quale la Regione Veneto ha dato un forte contributo in termini di orientamento individuando i Collegi IPASVI come Enti per formare infermieri che poi andranno a costituire le commissioni di valutazione finale delle figure di supporto (OSS).

Partecipo agli incontri di un nuovo gruppo costituitosi per la definizione degli standard minimi delle Unità Operative dedicate al tirocinio degli studenti infermieri e per la definizione degli standard minimi professionali degli studenti. Un lavoro che il collegio ha cominciato a fare dialogando con l'Università e le Direzioni Infermieristiche delle Aziende Ospedaliere del vicentino. Prima della mia candidatura ho potuto collaborare con il Collegio IPASVI soprattutto svolgendo attività di formazione e di ricerca; da queste esperienze è nato il desiderio di attivarmi per la professione più da vicino. La mia intenzione è quella di sviluppare sempre maggiori competenze in questo campo, non solo per coltivare una mia passione, ma per metterla a disposizione dei miei colleghi attraverso un organo istituzionale che ha, come già detto, tra i suoi scopi la promozione della cultura della ricerca.

L'impegno in Collegio è significativo, spesso è necessario sottrarre del tempo alle proprie attività, non sempre delegabili, come la famiglia e il lavoro, tanto da interrogarmi e riflettere sulla responsabilità che mi è stata affidata.

Mi capita spesso di leggere e-mail di colleghi che chiedono informazioni, rassicurazioni o semplicemente punti di vista su una delle tematiche a cui sono designato. Se da una parte ci vuole sacrificio, dall'altra questo incarico porta a conoscere/collaborare con persone esperte nell'ambito dell'infermieristica apprendendo novità sui modelli organizzativi, sulle esperienze di ricerca, sulle norme giuridiche e deontologiche della nostra professione.

Ritengo che ci siano ancora molte aree di miglioramento sulle quali intervenire e, in questa fase della mia vita professionale e personale, penso che dob-

biamo lavorare molto per migliorare l'immagine professionale, intesa come percezione da parte della categoria infermieristica stessa, da parte delle altre figure professionali e dall'opinione pubblica generale. Ancora troppo spesso nell'immaginario delle persone l'infermiere è rappresentato da un modello superato: l'immagine è ancora quella dell'infermiera con il velo sul capo e con il simbolo della croce rossa che svolge piccole attività, rigorosamente prescritte dal medico, senza alcun margine di autonomia. Invece, l'autonomia decisionale, gli ambiti di competenza, le aree di intervento e le funzioni educative della figura infermieristica sono molto più ampi di quanto non si possa evidentemente osservare e tutto questo è definito dalla normativa e dai regolamenti professionali che individuano chiaramente le responsabilità professionali.

Quale messaggio vuoi dare ai tuoi colleghi?

Suggerisco ai miei colleghi, verso i quali mi sento molto responsabile, di prendere coscienza delle potenzialità della nostra professione, di tenere conto dei limiti e degli ostacoli che possono frenare lo sviluppo professionale affinché possiamo essere più consapevoli del ruolo che svolgiamo per le persone all'interno delle aziende e sul territorio.

Vorrei anche fare un'altra considerazione che ritengo sia da condividere quanto prima per il futuro della nostra professione perchè ha bisogno del contributo di tutti i professionisti per migliorare lo status attuale. Dobbiamo unirci per essere più rappresentativi nel panorama nazionale, per essere presenti nei tavoli decisionali ovunque si discuta della salute delle persone, nelle aziende, nelle amministrazioni locali e centrali, nelle università, nei tavoli di governo.

Sono convinto che, oltre all'impegno di ogni singolo professionista, ci voglia qualcuno che si impegni per fare in modo che questa professione venga più riconosciuta e più premiata per chi già vi opera a pieno titolo e per renderla più appetibile ai giovani che devono ancora scegliere un indirizzo professionale. Sono certo che l'auspicabile miglioramento dello status professionale dipenda anche dalle nostre scelte, mi riferisco al sostegno che possiamo dare attraverso il nostro consenso a chi tra noi sceglie di candidarsi per entrare in politica.

Valutazione esami finali per gli OSS

L'edizione dei corsi per Operatore Socio-Sanitario (OSS), che ha preso avvio con la DGR 2344 del 08/08/2008, dovrà concludersi in tutte le sedi entro la fine del 2010. Le disposizioni Regionali contenute nella normativa di attivazione prevedono a questo riguardo alcune modifiche importanti nella composizione della Commissione degli Esami Finali. Si potrebbero fare alcune obiezioni alla scelta di ridurre la presenza di componenti interni (non viene previsto il Responsabile del corso, i docenti non sono più due ma uno soltanto) ma ha sicuramente una rilevanza particolare la sostituzione di alcuni componenti esterni, privi di specifiche conoscenze della figura dell'OSS, con un **rappresentante esperto dell'area sanitaria designato dalla Direzione Risorse Umane Formazione - Servizio Sociosanitario Regionale e un rappresentante esperto dell'area sociale designato della Direzione Regionale Servizi Sociali**. Queste scelte sottolineano che gli Organismi Regionali hanno recepito l'importanza di essere attenti all'effettivo livello di competenze che gli OSS possiedono al termine del loro percorso formativo. In molte realtà, soprattutto sanitarie o socio-sanitarie, l'OSS sta occupando sempre più spazio nell'assistenza di base e ciò è assolutamente in linea con il profilo e le potenzialità riconosciute a questa figura dalla L.R. 20/2001. Nell'ambito delle strutture afferenti alle Aziende ULSS e alle Aziende Ospedaliere molti professionisti hanno chiaro che se oggi l'OSS ha sostituito l'infermiere in alcune attività ciò non deve cambiare i risultati dell'assistenza da assicurare agli utenti. Se da un lato questo significa che l'infermiere non può perdere il suo ruolo di responsabile dell'assistenza infermieristica generale dall'altro è anche necessario che l'OSS sia veramente in grado di assumere il ruolo che gli viene riservato dalla normativa. A chi viene affidata la responsabilità della formazione degli OSS? Il sistema attuale prevede l'assegnazione dei corsi a organismi accreditati dalla Regione Veneto. Può essere utile riflettere sul fatto che con il D.D.R. della Direzione Regionale Formazione n. 426 del 11/05/2010 sono stati approvati i progetti per l'anno corrente che daranno il via ad una nuova edizione dei percorsi formativi. In totale potranno essere attivati in Regione Veneto n. 159 corsi ma solo n. 17 di questi faranno capo ad Aziende del Servizio Sanitario Regionale (SSR), ossia quasi l'11%.

La mancanza di collegamento tra chi forma e chi "utilizza" le figure professionali rischia di diventare una delle cause di ridotto controllo dei risultati della formazione. Anche se non ci sono ancora studi che possono dare una descrizione oggettiva della situazione attuale, è ormai piuttosto diffusa l'opinione che gli OSS formati al di fuori del SSR spesso non sono in grado di rispondere ai livelli richiesti dall'ambito sanitario. Cosa possono fare gli infermieri? Il Profilo Professionale e il Codice Deontologico contengono dei richiami precisi all'impegno di contribuire alla formazione del personale di supporto. Una prima opportunità è la docenza: il possesso della qualifica di infermiere è il requisito minimo necessario per gli incarichi nelle discipline dell'area igienico-sanitaria e tecnico-operativa, che sono le più rappresentative nell'ambito teorico. Non meno importante è la possibilità di avere parte attiva durante i tirocini degli studenti OSS (presenti nelle U.O Ospedaliere, nelle strutture per anziani, nelle strutture psichiatriche, nell'assistenza domiciliare), collaborando sia per il raggiungimento degli obiettivi che per la formulazione della valutazione. Si aggiunge infine la nuova prospettiva di essere presenti nelle Commissioni d'Esame Finale come componenti esterni, esperti dell'area sanitaria incaricati dalla Regione Veneto, per verificare le conoscenze e le abilità sviluppate dagli studenti OSS alla fine del percorso. Considerando che si tratta di un passaggio rilevante per chi ha la responsabilità di assicurare qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari, la Direzione delle Risorse Umane Formazione - Servizio Sociosanitario Regionale ha definito con i Collegi IPASVI del Veneto le modalità da utilizzare per procedere alla designazione degli esperti per l'area sanitaria.

In seguito agli accordi ha quindi preso avvio un'iniziativa di formazione per i possibili candidati promossa e gestita dal Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI del Veneto. Il corso dal titolo: **"La valutazione finale degli studenti del corso per operatore socio-sanitario: difficoltà e prospettive future"** ha come obiettivo generale di stimolare alcune riflessioni sugli aspetti particolarmente critici inerenti la valutazione certificativa a conclusione di un percorso formativo. Il programma proposto si articola in n° 3 mezze giornate di 4 ore ciascuna durante le quali vengono affrontati con-

tenuti inerenti:

- Analisi critica e commentata dei profili dell'OSS e OSS con formazione complementare con riferimento anche ai criteri guida per l'assegnazione di compiti.
- Analisi della normativa regionale
- Analisi della funzione e delle competenze specifiche del commissario all'interno delle commissioni d'esame
- Metodologie e strumenti: la prova pratica e la prova scritta
- I criteri di valutazione del percorso formativo
- La griglia per la stesura del report finale di valutazione.

Lo sviluppo delle tematiche è affidato alla guida dei docenti: Franco Vallicella, Marina Vanzetta, Gianmaria Fanchin, Loretta Bertozzo.

La prima edizione del corso si è tenuta in dicembre 2009 a Verona; altre due edizioni sono state poi ripetute a Treviso nei mesi di gennaio/febbraio 2010 e una a Vicenza nei giorni: 15-22 marzo e 6 aprile 2010. I partecipanti sono stati invitati dai rispettivi Collegi Provinciali attingendo dalle liste di nominativi di possibili esperti inviati alla Regione dai Direttori Generali delle ULSS, individuati tra i docenti dei corsi OSS delle varie Province. Al corso di Vicenza hanno partecipato circa 40 infermieri di tutte le Aziende ULSS che per la prima volta hanno potuto confrontarsi sui diversi aspetti dell'esperienza di docenza in varie sedi dei corsi. Oltre che per uno scambio di informazioni, gli incontri si sono dimostrati utili per rinforzare la consapevolezza del ruolo degli infermieri nel monitorare gli elementi che incidono sull'efficacia dei processi formativi degli OSS. Il corso ha portato alla produzione di un **"Elenco di contenuti irrinunciabili"**, selezionati dai programmi Regionali dei corsi, che costituiranno la base di riferimento per le verifiche in sede d'esame; durante l'elaborazione è parso interessante constatare come sia piuttosto uniforme la visione sui concetti teorico-pratici essenziali che ci si aspetta da un OSS. A conclusione dei lavori è stata condivisa anche una griglia di **Report** che i commissari si impegneranno a redigere e inviare al Collegio IPASVI di Vicenza per raccogliere dati sulle varie iniziative della Provincia. L'intento è di monitorare alcuni indicatori relativi allo svolgimento sia dei corsi sia degli esami finali e attraverso questi dare nuovi contributi per presidiare lo sviluppo delle competenze assistenziali.



I corsi ECM per il secondo semestre 2010

Il collegio IPASVI sta preparando due eventi formativi per l'autunno 2010, tenetevi informati attraverso il sito del Collegio vicenzaipasvi.it su FORMAZIONE ECM per i dettagli dei corsi e per le modalità di iscrizione.

LA SICUREZZA DEI PAZIENTI: il risk management nella logica del governo clinico.

Il corso, che si svolgerà nel mese di novembre al San Raffaele, è dedicato principalmente agli infermieri coordinatori e potrà accogliere massimo 50 iscritti. Il corso si svilupperà in una giornata e mezza (venerdì e sabato mattina) il costo dell'iscrizione è di 50,00 Euro per gli iscritti al Collegio Ipasvi di Vicenza e di 100,00 euro per gli altri. Il docente sarà la dott.ssa Cristina Tovazzi di Trento.

“Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di permanenza nella struttura sanitaria e quindi un peggioramento delle condizioni di salute o la morte” (Kohn, IOM-Institute of Medicine, 1999)

L'assistenza infermieristica rappresenta oggi una parte fondamentale del processo di cura; da essa, infatti, dipende in gran parte la qualità degli esiti delle cure stesse. Il sistema sanitario persegue e cerca di garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari attraverso l'acquisizione, l'aggiornamento, il perfezionamento delle competenze professionali a beneficio dei cittadini – utenti o clienti, del singolo professionista, del gruppo di lavoro e dell'intera azienda sanitaria.

Il governo clinico rappresenta uno strumento adatto a creare le condizioni ne-

cessarie affinché le organizzazioni sanitarie si rendano responsabili del miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e l'applicazione del governo clinico presuppone che la qualità dell'assistenza sanitaria venga misurata ed espressa anche in termini di sicurezza, garantendo prestazioni certe ed efficaci. Il governo clinico, inoltre, mira alla personalizzazione e all'umanizzazione dell'assistenza migliorando la comunicazione e la relazione con gli utenti. Per questo la gestione del rischio clinico diventa un nuovo patrimonio culturale che deve far parte di tutti i professionisti della salute, in quanto permette di adottare strategie secondo una logica di processo quale la prevenzione, atte a rimuovere l'errore possibile nella pratica professionale.

La responsabilizzazione presuppone un cambiamento culturale in cui l'errore non è più concepito come oggetto di attribuzione di colpe o di derisione, bensì un'occasione di miglioramento della qualità.

In tutto questo l'infermiere coordinatore è coinvolto direttamente in quanto, tra le sue funzioni, vi è la gestione e lo sviluppo delle competenze proprie e dei collaboratori; suo è il compito di riconoscere tali competenze e i relativi limiti. Al coordinatore è affidato il compito di assumere tutte le iniziative necessarie per accrescere le competenze adeguandole alle esigenze specifiche dell'assistenza infermieristica qualitativamente efficace nell'ottica della prevenzione del rischio clinico, per erogare prestazioni sicure ed efficaci tenendo conto della centralità della persona destinataria delle prestazioni stesse.

In questa fase l'infermiere coordinatore può dimostrare le proprie capacità nella gestione delle risorse umane e manifestare le proprie abilità nella gestione del cambiamento organizzativo influenzando positivamente il comportamento dei collaboratori.

IL FAST TRACK. L'evoluzione delle competenze infermieristiche per il miglioramento organizzativo: la riduzione dei tempi d'attesa in Pronto Soccorso.

Il corso, che si svolgerà nel mese di dicembre ed è dedicato principalmente agli infermieri e coordinatori di Pronto Soccorso. Potrà accogliere massimo 120 iscritti.

Il problema di sovrappollamento in Pronto Soccorso è un fenomeno generalizzato in tutti i paesi industrializzati e nei centri urbani maggiori, determina disorganizzazione, disagi, ritardi nella erogazione delle prestazioni elevando i rischi di inappropriatazza e di errore. In letteratura si evince che il 70% delle richieste che pervengono in Pronto Soccorso sono inappropriate.

Obiettivo:

- Conoscere i sistemi operativi in grado di determinare un miglioramento della qualità della cura e dell'assistenza attraverso un cambiamento organizzativo che consenta la riduzione dei tempi d'attesa per pazienti afferenti in Pronto Soccorso che hanno problematiche semplici, non gravi e gestibili velocemente dall'infermiere.
- Individuare le responsabilità correlate alla presa di decisione per l'intervento e per la dimissione dell'utente.
- Individuare la formazione necessaria per le funzioni di Infermiere di triage per il Fast Track

Verso una teoria del coordinamento per la qualità delle cure. Dalla prassi alla conoscenza professionale

Il 10[^] Congresso Nazionale dei Caposala/Coordinatori Infermieristici a Torino il 13,14,15 Ottobre 2010

Il bisogno di avere modelli e teorie capaci di sviluppare conoscenza e di orientare la pratica, la necessità di riflettere criticamente sull'essere e agire come coordinatore infermieristico al fine di migliorare l'assistenza e la relazione con la persona assistita: sono questi i temi al centro del 10° Congresso Nazionale dei Caposala/Coordinatori Infermieristici, dal titolo "Verso una teoria del coordinamento per la qualità delle cure - Dalla prassi alla conoscenza professionale" che si svolgerà a Torino dal 13 al 15 Ottobre 2010 presso il Centro Congressi del Lingotto, organizzato dal Coordinamento Nazionale dei Caposala. Considerando che allo stato attuale non esistono modelli e teorie italiani specifici dell'azione di coordinamento e che l'attuale formazione del coordinatore si basa prevalentemente su conoscenze elaborate in ambiti disciplinari diversi e, spesso, troppo lontani dai contesti della cura, con questo congresso si è pensato di raccogliere la sfida di intraprendere un ulteriore percorso di ricerca finalizzato a porre le basi di una teoria del coordinamento.

L'approccio di riferimento identificato, attualmente il più accreditato per l'elaborazione di modelli concettuali, si basa su una costruzione del sapere a partire dall'esperienza, luogo dove la riflessione genera sapere, superando così la logica classica che prevede che una determinata teoria debba necessariamente precedere la pratica.

Un tale approccio riconosce all'esperienza il valore fondante di una professione e quindi il suo essere risorsa essenziale di un'organizzazione che persegue istituzionalmente la qualità delle cure. Il programma del Congresso prevede quattro sessioni congressuali nelle quali ver-

10° CONGRESSO NAZIONALE
Verso la teoria del Coordinamento per la qualità delle cure
Dalla prassi alla conoscenza professionale



ranno offerti spunti al dibattito da relatori ed esperti di chiara fama, con lo scopo finale di centrare gli obiettivi dichiarati e cioè:

- Riconoscere approcci per la costruzione collettiva di un sapere che metta in luce le costanti dell'agire del coordinatore, che valorizzi un sapere che viene dalla sua esperienza e che lo accrediti professionalmente
- Individuare i fondamenti, le finalità, l'utilità sociale, i limiti di una teoria del coordinamento, i suoi rapporti con la pratica, il suo sviluppo e la sua applicazione in contesti connotati da complessità e incertezza
- Identificare modalità, potenzialità e limiti della pratica riflessiva per lo sviluppo di competenza e di teoria in ambiti fondamentali della pratica del coordinatore
- Riconoscere spazi, risorse, strategie,

modelli che a livello organizzativo sono finalizzati e/o favoriscono lo sviluppo, la costruzione, la condivisione e l'utilizzo di nuova conoscenza.

La sessione conclusiva prevede una Tavola Rotonda con interventi di rappresentanti delle Istituzioni (Ministeri, Regioni, Amministratori della Sanità, ecc.), della cultura, esperti di organizzazione, del mondo dell'informazione e della professione medica e infermieristica.

Gli interventi della tavola rotonda identificheranno possibilità di acquisizione di nuova conoscenza per contribuire allo sviluppo della funzione di coordinamento e incidere sensibilmente sulla qualità delle cure.

L'evento ha richiesto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica e i Patrocini della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dei Ministeri della Salute, dell'Università e Ricerca Scientifica, della Funzione Pubblica, della Regione Piemonte, della Provincia e del Comune di Torino oltre che della Federazione dei Collegi IPASVI, sempre concessi nei precedenti congressi.

Sono stati invitati ai lavori congressuali il Ministro della Salute, il Ministro dell'Università e Ricerca, il Ministro della Funzione Pubblica, il Presidente della Regione Piemonte e il Sindaco di Torino. I precedenti congressi si sono sempre distinti per l'importanza degli argomenti trattati, per la competenza e l'autorevolezza dei relatori e per la grande affluenza di caposala/coordinatori (fino a 2.500 persone).

Per maggiori informazioni contattare la Presidente M. Gabriella De Togni al 348 7099019

oppure la Segreteria Organizzativa Soluzioni Omnia Media al numero 045 8034553.

"Vivere sani, vivere bene" A Vicenza quattro giorni (7-10 ottobre) dedicati al "respiro"

La Fondazione Zoé rinnova l'annuale appuntamento con la città di Vicenza per parlare di salute e benessere. La seconda edizione di "Vivere sani, Vivere bene" che si terrà dal 7 al 10 ottobre in vari spazi della città, affronta quest'anno il tema del **RESPIRO**.

L'argomento sarà infatti sviluppato sotto molteplici profili: il respiro in un'ottica medico-scientifica, con una tavola rotonda sulle allergie in età infantile; il respiro nello sport, in quanto strumento di regolazione basilare per il successo della performance sportiva; il respiro nelle arti, con mostre d'arte contemporanea, esposizioni fotografiche, rassegne cinematografiche, concerti e spettacoli teatrali.

All'interno del programma, sabato 9 con

inizio alle 9.00 si terrà al **Palazzo delle Opere sociali**, in piazza Duomo, il corso Ecm, **patrocinato dal Collegio Ipasvi di Vicenza**, su "La tosse: un sintomo da non sottovalutare". L'iscrizione, gratuita e fino ad esaurimento posti, consente l'accreditamento di **100 infermieri** e di **100 medici** chirurghi specializzati in farmacologia, medicina generale, medicina interna, malattie dell'apparato respiratorio e otorinolaringoiatria.

Lo scopo del simposio è quello di offrire ai partecipanti gli strumenti razionali da porre a fondamento delle scelte diagnostico-terapeutiche e assistenziali per curare il sintomo della tosse nel paziente seguendo un'analisi sistematica della cause.

Sempre **sabato 9 ottobre**, per proseguire

l'approfondimento sul tema del respiro in ambito medico, nel pomeriggio è in programma un convegno al Teatro Olimpico di Vicenza dedicato al respiro in età pediatrica, con particolare riferimento alla delicata questione delle allergie e delle malattie respiratorie nei bambini.

Oltre al **prof. Roberto Bugio**, emerito di Pavia e decano dei pediatri italiani, al quale verrà anche consegnato un premio per il suo trattato di pediatria dal titolo "Pediatria Essenziale", parteciperanno tra gli altri il **prof. Attilio Boner**, allergologo. Il programma completo della manifestazione sarà disponibile da settembre sul sito www.fondazionezoe.it

Per informazioni:

Fondazione Zoé, info@fondazionezoe.it
tel: 0444-325064

Fondazione

ZOE

Zambon Open Education

con il patrocinio

 **IPASVI**
COLLEGIO IPASVI DI VICENZA

Razionale Scientifico ed Obiettivi

La tosse è un sintomo banale e, in quanto tale, spesso sottovalutato. Di conseguenza nascono ritardi diagnostici o valutazioni cliniche fuorvianti. I ritardi diagnostici a loro volta innescano consumi di farmaci inappropriati spesso scelti spontaneamente dallo stesso malato. Al contatto col sistema sanitario il sintomo tosse segue vie per lo più stereotipate non guidate da una analisi sistematica delle cause. Lo scopo di questo simposio è offrire al medico di famiglia degli strumenti razionali da porre a fondamento delle sue scelte diagnostico-terapeutiche e al farmacista delle nozioni da utilizzare come discriminante quando un cliente chiede consiglio circa la tosse.

Corso gratuito a numero chiuso rivolto a:
nr. 100 Medici di Farmacologia, Medicina Generale, Medicina interna, Malattie dell'apparato respiratorio e Otorinolaringoiatria.
nr. 100 Infermieri

Nell'ambito di "Vivere sani, vivere bene"

Sabato 9 ottobre 2010 - Corso accreditato ECM

LA TOSSE: UN SINTOMO DA NON TRASCURARE. SPECIALISTI A CONFRONTO.

PROGRAMMA

Palazzo delle Opere Sociali

09:00-09:30

Iscrizioni partecipanti

09:30-9:45

Introduzione

Dr. Negrin Rolando

09:45-10:30

La tosse nelle basse vie.

Dr. Negrin Rolando

10:30-11:15

La tosse come epifenomeno della patologia delle alte vie aeree.

Dr. Agostini Paolo

11:15-11:30

Intervallo

Teatro Olimpico

11:30-12:15

Appropriatezza Terapeutica nelle Riacutizzazioni di Bronchite Cronica

Prof.ssa Mazzei Teresita

12:15-12:45

La tosse e il post-nasal drip

Dr. Agostini Paolo

12:45-13:15

La presa in carico della persona con problemi respiratori

Dr.ssa Zappini Luisa

13:15-13:45

La tosse: espressione atipica di malattia da reflusso gastroesofageo

Dr. Carone Nunzio

13:45-14:45

Intervallo

14:45-15:00

Tavola rotonda e discussione con tutti i relatori

15:00-15:30

Compilazione questionario ECM e gradimento.

16.00

Chiusura dei lavori

Per informazioni:

Fondazione Zoé, tel: 0444-325064
info@fondazionezoe.it - www.fondazionezoe.it

Aggressività ed emozioni in corsia

La posizione che il personale di reparto e soprattutto quello infermieristico, assume nel caso di comportamento aggressivo del paziente è fondamentale. Le reazioni emotive dell'operatore di fronte all'aggressività del paziente condizionano fortemente il tipo di risposta che spesso è inconscia. Questi stati emotivi, a loro volta, inducono una risposta nei confronti del paziente (*contro-transfert*) (Tabella 1). È necessario, preso atto delle conseguenze negative della scotomizzazione, considerare prima di tutto le tipiche e basilari reazioni al comportamento aggressivo, alle quali si deve costantemente fare riferimento, sia nei programmi formativi indirizzati alla preparazione per affrontare le crisi d'aggressività, sia nell'attività di consulenza che s'intraprende con gli operatori vittime d'aggressioni (Sanza M, 1999). La più frequente reazione spontanea nei confronti del soggetto violento è quella di contro-aggressività, altrimenti definita di comportamento aggressivo simmetrico o a corto-circuito. Questo tipo abituale di risposta all'aggressività è generalmente inconscia, dettata da sentimenti di ostilità e di avversione per il paziente. Questo comportamento, molto dannoso alla relazione terapeutica, può manifestarsi anche in forme molto sottili: impazienza, rifiuto di incontrare il paziente, riduzione del paziente ad una semplice diagnosi, attribuzione di un'eccessiva importanza ai regolamenti, eccessiva richiesta di contenere il paziente farmacologicamente o fisicamente, ecc (Bernard P., 1976). Altre reazioni osservate tra gli operatori sanitari in presenza di aggressioni di un paziente consistono in sentimenti depressivi, di frustrazione, impotenza e di colpa per non avere previsto ed evitato la condotta aggressiva, che possono sfociare in un atteggiamento eccessivamente riparativo nei confronti del paziente, che ha una scarsa valenza terapeutica. L'infermiere, per esercitare una funzione terapeutica, non deve quindi rispondere al paziente in modo altrettanto aggressivo né farsi prendere dall'angoscia e dalla paura della nocività di tutte le sue reazioni inconse. La paura di ri-

spondere con decisione, rischierebbe di portare ad una neutralità fredda e sistematica che sarebbe in realtà una notevole fonte d'insicurezza.

Per evitare che i sentimenti inconsci prevarichino le capacità terapeutiche, è necessario che l'operatore svolga un addestramento psicologico che favorisca l'introspezione e la consapevolezza dei propri sentimenti nei confronti del paziente aggressivo, in modo da potere utilizzare la propria emotività nella relazione terapeutica. Questo si effettua di solito nelle discussioni d'équipe, in cui i vari componenti del reparto possono esplicitare le proprie emozioni, ricevere sostegno e superare i sentimenti negativi verso il paziente attraverso il confronto con gli altri. Un altro momento formativo per il personale di reparto è costituito dagli incontri con un supervisore esterno, che permette una maggiore elaborazione dei sentimenti nei riguardi dei pazienti, fungendo da terapia relazionale per gli operatori stessi che devono sopportare il peso del lavoro psicologico con il paziente.

Una serie di studi si è occupata di indagare la percezione degli operatori sul tema della violenza nel reparto psichiatrico e come questa può influenzare il comportamento degli operatori stessi nei confronti del paziente.

Uno studio osservazionale condotto in un SPDC di Milano ha permesso di analizzare episodi d'aggressività in reparto e valutare la risposta emotiva dell'équipe medica ed infermieristica nel corso dell'episodio stesso.

Sono stati valutati i sentimenti provati da chi ha fronteggiato i comportamenti violenti del paziente, ma anche capire se questi vissuti potevano essere correlati all'esito dell'intervento (scale utilizzate: MOAS, PANNS e FWC-58).

Questo studio ha rilevato che i sentimenti negativi espressi dall'équipe crescono con il crescere dall'aggressività espressa dal paziente misurata dalla MOAS (Lugo F., 2006).

Dai risultati emerge inoltre, come la più elevata espressione di sentimenti negativi sia correlabile ad un esito più drastico dell'intervento stesso, ma anche come lo stesso esito sia fortemente

condizionato dalla mancanza di sinergismo nei vissuti emotivi delle persone che costituiscono l'équipe medico-infermieristica. Quando l'équipe non appare unita negli intenti e negli obiettivi e quando le diverse figure professionali provano sentimenti non in linea con quelli dei colleghi l'intervento effettuato appare più complicato (Lugo F., 2006).

Alcuni fattori di rischio dell'episodio aggressivo sono correlati al comportamento tenuto dall'équipe nei confronti del paziente, ma la consapevolezza degli operatori circa il loro ruolo nel favorire o nel prevenire la realizzazione dell'evento è stata meno studiata. Gli infermieri, nel dare un giudizio sulle proprie capacità o mancanze, che possono aver influito sull'insorgenza del comportamento violento, hanno identificato fondamentalmente tre categorie di abilità che competono loro:

- cliniche, quali le conoscenze tecniche o l'esperienza professionale;
- interpersonali, come le doti comunicative, verbali e non verbali, degli operatori con i pazienti;
- personali, quali calma, controllo, consapevolezza delle proprie abilità (Spokes K., 2002)

Il giudizio clinico di pericolosità, formulato dallo staff è influenzato dalle esperienze dell'operatore, in quanto vittima di precedenti atti di violenza, e dal sesso del paziente, per cui sarà a priori più severo nei confronti d'individui di sesso maschile (Scalora M. J., 2002).

Per quanto riguarda il giudizio degli operatori sull'idoneità delle metodiche adottate per fronteggiare gli episodi di violenza, essi sono concordi nell'affermare la necessità di sviluppare approcci alternativi rispetto a quelli tradizionali, anche se ritengono inequivocabilmente validi, in talune situazioni, i classici mezzi contenitivi (Duxbury J., 2002).

L'impatto che l'episodio di violenza produce sullo staff, soprattutto sugli infermieri, i quali sono in assoluto le vittime ricorrenti degli episodi di violenza soprattutto nei reparti psichiatrici, è un argomento di grande rilevanza. Le conseguenze dell'episodio di violenza sull'operatore non sono esclusivamente di

natura fisica, ma spesso, quelle più preoccupanti in quanto tendono a minare il rapporto con il paziente nonché le capacità lavorative, sono quelle di tipo psicologico (Hunter M., 1992).

Molti programmi messi a punto per affrontare il problema della violenza agita dai pazienti contro lo staff, sono indirizzati sul personale anziché sul paziente, avendo la finalità principale di affrontare le sequele psicologiche che si determinano negli operatori dopo l'aggressione. È provato, ad es. nell'Assaulted Staff Action Program (Farley E. M., 2002), che promuovere interventi centrati sui vissuti del "sentirsi vittima", sui sentimenti di perdita di significato del proprio ruolo e sul crollo del sentimento di onnipotenza da parte di chi ha subito un'aggressione, provoca una notevole riduzione dei comportamenti aggressivi da parte dei pazienti nel periodo successivo all'episodio. Tali programmi permettono infatti agli operatori di confrontarsi con i sentimenti sgradevoli, determinati dall'essere stati oggetto d'aggressività, evitando che s'innescino comportamenti irrazionali di diffidenza, di distanziamento e d'evitamento nei confronti del paziente, che sono potenziali induttori di nuove manifestazioni d'aggressività da parte del paziente stesso.

Bibliografia

- Altschul A (1973), *Psychiatric Nursing*. IV ed., Baillier Tindall
- Barelli P, Sansoni J (1998), *L'esperienza dell'infermiere al contatto con la violenza nella crisi psicotica: un esempio di ricerca qualitativa*, Professioni infermieristiche, 51 (1), 41-47
- Beck A T (1999), *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*, New York, Harper & Collins
- Bernard P (1976), *L'infermiere psichiatrico. Manuale teorico e pratico*, Feltrinelli Editore
- Betti M, Di Fiorino M (1997), *Psichiatria e igiene mentale, ruolo e funzioni dell'infermiere*, McGraw - Hill
- Duxbury J (2002), *An evaluation of staff and patient view of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9, 325-337
- Farley E M, Flannery R B (2002), *Characteristics of assaultive psychiatric patient: ten year analysis of Assaulted Staff Program (ASAP)*, Psychiatric Quarterly, 73, 59-69
- Finnema E J, Dassen T, Halfens R (1994), *Aggression in Psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization*

and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards, *Journal of Advanced Nursing*, 19

Frizzera P (1990), *L'esperienza dell'infermiere psichiatrico. Atti della giornata di studio: infermieri in psichiatria quali prospettive?*, Collegio IPASVI, Trento

Hunter M, Carmel H (1992), *The cost of staff to Psychiatric inpatient, Hospital and Community Psychiatry*, 43, 585-589

Holznecht P, Slucca S (1990), *Paura e burn-out nell'esperienza dell'operatore psichiatrico. Atti della giornata di studio: infermieri in psichiatria quali prospettive?*, Collegio IPASVI, Trento

Lugo F, Sarzi Amadè E, Freni S, Erlicher A (2006), *La gestione del comportamento violento in ospedale e la contenzione meccanica*, in *Psichiatria Oggi*, 1

Maier G J, Van Rybroek G J (1995), *Managing countertransference reaction to aggressive patients*. In Eichelman B S, Hartwing A C, *Patient Violence and the Clinician*, Washington DC, American Psychiatric Association Press, 73-104

Morrison E F (1993), *A Comparison of Perception of Aggression and Violence by Psychiatric Nurses*, *International Journal of Nursing Studies*, 30 (3)

Sanza M (1999), *Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria*, Centro Scientifico Editore

Scalora M J, Hatch-Maillette M A (2002), *Gender, sexual harassment, workplace violence and risk assessment: convergence around psychiatric staff's perception safety*, *Aggression and Violent Behavior*, 7

Spokes K, Bond K, Lowe T (2002), *HOVIS-The Hertfordshire/Oxfordschire violent incident study*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 199-209

Tardiff K (1992), *The Current State of Psychiatry in the Treatment of Violent Patients*, *Archives of General Psychiatry*, 49, 493-99

Vanni A, Ferioli V, Masina L, Peron L, Zucconi M (1995), *Comportamenti violenti e verifica della qualità in un Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura*, *Rivista sperimentale di frenatria*, CXIX (6)

Vender S (2000), *Psicopatologia dell'aggressività*, in *Atti del XLII Congresso Nazionale, Società Italiana di Psichiatria Dal pregiudizio alla cittadinanza*, Centro Scientifico Editore

Whittington R, Patterson P (1996), *Verbal and non-verbal behaviour immediately prior to aggression by mentally disordered people: enhancing the assessment of risk*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3

Posizione del paziente		Posizione dell'operatore
Comportamento	Stati emotivi associati	Reazione dell'operatore
1. Segni motori minori, tensione muscolare, accentuazione di tic o d'espressioni manierate esprimono disagio ed un'implicita richiesta d'aiuto	Ansia, in genere conseguente ad una frustrazione subita o temuta	In presenza di segni minori d'aggressività è generalmente d'empatia
2. Espressione di minacce verbali, come turpiloquio diretto nei confronti degli operatori, o anche senza indirizzo	Ostilità	La risposta nei confronti dell'ostilità è caratterizzata da ansia, che esprime un disagio soggettivo e attivazione aspecifica, che fa seguito ad un meccanismo d'allarme
3. Segni motori maggiori, quali rompere oggetti, brandire pugni verso qualcuno in segno di minaccia, o stratonare e spingere provocatoriamente	Sono associati sentimenti di rabbia	Paura
4. Comportamento aggressivo vero e proprio, con azione lesiva diretta	Sono associati sentimenti di collera	Reazione controaggressiva, che può essere inibita dalla paura
5. Esito finale dell'aggressione, fase dell'esaurimento	Comporta uno stato di rilassamento, avvertito dal paziente, in modo positivo per l'estinzione dell'arousal	Frustrazione

Il percorso di riorganizzazione di un nucleo per persone adulte-anziane con disagio mentale

Dal modello organizzativo per compiti al modello per lavoro d'équipe

PREMESSA

“La riorganizzazione di una struttura residenziale deve partire dalla consapevolezza che non esistono modelli organizzativi in assoluto validi e adeguati, bensì organizzazioni centrate o meno sulla popolazione a cui si rivolgono, i servizi devono essere centrati sulle necessità interne, quindi un’innovazione si rende improponibile affinché la persona possa trovare nell’assistenza un’effettiva risposta alle sue esigenze.” (1)

Il Centro Servizi socio assistenziali dispone di tre nuclei (reparti), uno per persone non autosufficienti con quarantacinque posti residenziali, uno per persone non autosufficienti e parzialmente autosufficienti con quarantadue posti residenziali e un nucleo che ospita persone autosufficienti e parzialmente autosufficienti con trenta posti residenziali, venti dei quali sono occupati da persone con disagio mentale, nucleo che è stato soggetto alla riorganizzazione assistenziale.

Il modello assistenziale prevede la figura di un infermiere definito “capo reparto” che corrisponde ad un infermiere che ha le funzioni proprie di coordinamento delle attività dei suoi collaboratori infermieri e degli operatori socio sanitari, ha le funzioni di intermediazione tra i servizi interni ed esterni alla struttura e con i familiari degli ospiti residenti, provvede all’approvvigionamento di tutti i presidi e ausili necessari per l’espletamento delle cure assistenziali.

Gli operatori socio sanitari si occupano della sanificazione ambientale, delle cure igieniche all’ospite, della dispensa del cibo e dell’aiuto ad assumerlo e registrano tutta l’attività standardizzata svolta; non condividono con l’infermiere “capo reparto” l’ambulatorio, non c’è integrazione tra l’assistenza tutelare e quella sanitaria.

Il modello organizzativo assistenziale in uso è quello per compiti, con una netta separazione tra il lavoro dell’infermiere e quello degli operatori.

OBIETTIVO

La letteratura esistente sulle riorganizzazioni aziendali dimostra che attraverso la condivisione degli obiettivi nascono fenomeni spontanei quali: la disponibilità, la creatività, l’assunzione di responsabilità e l’aiuto in caso di bisogno.

Sono tre i requisiti fondamentali per progettare la riorganizzazione del nucleo in questione:

- La considerazione della tipologia di persone residenti.
- L’analisi del modello organizzativo assistenziale adatto alla tipologia di ospiti e alle caratteristiche organizzative della struttura dove è inserito il nucleo.
- La possibilità di sviluppo delle risorse umane coinvolte.

“Un sistema multiprofessionale è per natura complesso poiché diverse professionalità e individualità si integrano per dare risposta ai bisogni di persone in condizione di bisogno. In un sistema complesso è indispensabile saper lavorare in gruppo con l’integrazione delle competenze di ognuno e l’elemento che condiziona tutto il sistema è la capacità di ciascuno, di mettersi in relazione con gli altri. Il principio guida deve essere la finalità di ogni intervento proposto.” (2)

1. Essendo il reparto destinato all’accoglienza di persone con disagio mentale, il modello organizzativo assistenziale deve essere scelto considerando i bisogni di queste persone. In psichiatria spesso manca un’organicità che si colleghi al sintomo, in questo mondo non ci sono esami di laboratorio o strumentali che possano far arrivare alla diagnosi, tutto si

gioca sull’osservazione di quanto accade; spesso l’operatore non sa come comportarsi rispetto alle diverse reazioni che il paziente manifesta e spesso ha paura di dare risposte che l’utente potrebbe non interpretare correttamente.

Il rapporto con il paziente in ambiente protetto richiede una capacità di analisi delle varie situazioni, saper cogliere i messaggi non verbali, essere in grado di gestire una comunicazione corretta ed efficace nelle varie situazioni. Accudire alla relazione con tali soggetti rappresenta il tentativo di concentrarsi, di utilizzare una maggiore capacità di captare possibili modelli comunicativi, con personalità più distanti dal senso di realtà.

Il forte impegno richiesto determina spesso uno stress nell’operatore, che ha bisogno di trovare nel gruppo di lavoro la conferma sui propri dubbi e un punto di appoggio e di ricarica.

2. Lavorare per compiti significa rispondere ai bisogni degli anziani erogando una serie definita di prestazioni determinate, senza tener conto delle priorità, la cui validità è stabilita a monte da ordini professionali, dalla tradizione operativa, dai mansionari. Il modello burocratico è la matrice da cui deriva il modello funzionale o per compiti, molto diffuso presso i servizi sanitari infatti tipico della burocrazia è la divisione del lavoro in livelli gerarchici, con al livello più basso l’esecutore delle prestazioni, mentre al livello intermedio c’è l’analisi e la scelta.

“Si tratta di un modello deresponsabilizzante che finisce spesso col rendere difficile il cambiamento, poiché gli operatori pensano che il loro ruolo sia incentrato sul fare anziché sul decidere, sul progettare, sull’innovare.” (3)

Appartiene alla società degli anni sessanta - settanta il concetto di modello di sviluppo illimitato secondo il quale sembrava possibile, se non addirittura ovvio e inarrestabile, crescere indefini-

tamente avendo a disposizione risorse umane, economiche-finanziarie, materie prime ed energetiche senza limiti. Secondo questa logica le strutture e l'organizzazione sanitaria sono a loro volta cresciute perdendo la responsabilità verso l'efficienza.

L'orientamento a tutti i livelli dell'assistenza va indirizzandosi verso la scelta continua fra quanto si può fare e quanto si deve rinunciare, stabilendo ad ogni passo le priorità. Le scelte possibili vanno selezionate attentamente in coerenza con gli obiettivi generali e le risorse disponibili; se queste sono limitate, è evidente che esse andranno recuperate principalmente all'interno attraverso una riorganizzazione che si ponga come obiettivo l'eliminazione degli impieghi e dei costi superflui, degli sprechi e delle dispersioni e ricerchi piuttosto l'integrazione, le possibili gestioni in comune delle risorse e percorsi logici per il recupero di efficienza.

Negli ultimi vent'anni ha assunto grande importanza la riscoperta della risorsa umana per le aziende, soprattutto per quelle che erogano servizi, l'obiettivo è ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane, nell'ambito dei vincoli, delle opportunità legislative e contrattuali, bilanciando gli obiettivi generali e prioritari dell'azienda con i bisogni e le aspettative dell'individuo. (4)

3. La chiave del cambiamento organizzativo risiede nello sviluppo delle risorse umane che costituisce il presupposto e genera il contenuto indispensabile del cambiamento stesso. L'organizzazione del lavoro, nel campo sanitario e sociale, non può essere intesa come programmazione del lavoro tecnico, la quale tende a spersonalizzare sia l'utenza sia gli operatori.

Organizzare significa programmare ciò che una struttura deve fare nel tempo, attraverso la condivisione degli obiettivi e degli strumenti, superando il concetto meccanicistico che vede ogni singolo operatore impegnato a fare una prestazione in termini di operatività. La gestione dell'assistenza in termini di controllo della qualità delle prestazioni, di efficienza di efficacia e di risultato, deve basarsi sulla costruzione di obiettivi comuni e condivisi, non è pensabile tutto questo se ogni professionista lavora da solo, in quanto ognuno è inserito in un sistema complesso dove ognuno influisce sull'altro e determina un cambiamento. (5)

Nell'ambito della riorganizzazione assistenziale è necessario condurre, priori-

ariamente, gli infermieri a prestare un servizio volto alla presa in carico della persona assistita, abbandonando progressivamente il modello prestazionale. Nella logica del modello assistenziale di presa in carico l'infermiere diviene il "primary nurse" che si prende cura dei bisogni dell'ospite a seconda della sua: -stabilità/instabilità clinica, -capacità/incapacità di compliance (comprensione/adesione ai trattamenti), -autonomia/dipendenza rispetto le attività di vita quotidiana.

Organizzare l'assistenza sulla base del modello della complessità assistenziale, consente di differenziare l'assistenza fornita al fine di ottimizzare le risorse, orientare le cure infermieristiche sui pazienti che hanno bisogno di risposta/prestazioni sanitarie infermieristiche e attribuire al "personale di assistenza" le attività di assistenziali non sanitarie, individuare le competenze necessarie agli infermieri per assistere pazienti a più elevata complessità.

Ad una diminuita possibilità di azione autonoma dell'assistito (dipendenza) corrisponde un'elevata discrezionalità decisoria dell'infermiere, il quale decide se effettuare direttamente gli interventi o se attribuirli al personale di supporto. In quest'ultimo caso l'infermiere mantiene la responsabilità della pianificazione, della supervisione sull'andamento del processo di assistenza e della verifica di quanto effettuato da altri. (6)

I criteri guida per l'esercizio dell'Infermiere sanciti dalla legge (Profilo Professionale, Codice Deontologico, percorsi formativi (7) sanciscono che:

- l'Infermiere deve essere guida, supervisore e formatore del personale di supporto;
- il modello assistenziale deve permettere la presa in carico della persona attraverso il lavoro d'équipe multiprofessionale (legge 251/2000).

In un'ottica di miglioramento è fondamentale l'investimento sul personale di supporto, per un'assistenza di base più qualificante e più efficiente; i piani assistenziali devono essere formulati nella logica di rispetto delle competenze specifiche, previste per un operatore socio sanitario che ha seguito uno specifico piano di studio e che è coinvolto nei piani di cura assieme all'infermiere. La finalità è quella di elaborare strumenti per agevolare la costruzione di piani di riorganizzazione dell'attività assistenziale tutelare, attraverso percorsi formativi che permettano di contestualizzare le conoscenze e le abilità proprie di questo

operatore "spogliandolo" di tutte le attività non specifiche rispetto alla cura della persona, per affidarle a personale non qualificato.

Gli strumenti da elaborare sono i piani delle attività dell'operatore socio sanitario con le relative "job descriptions", ossia la definizione delle responsabilità e delle competenze degli operatori socio sanitari previste dal profilo di appartenenza è necessario pertanto partire da un'attenta analisi del profilo considerando quelle potenzialità che sono ancora poco considerate.(8)

I RISULTATI: LA RIORGANIZZAZIONE

Nel nucleo in questione il modello funzionale per compiti è stato sostituito con l'applicazione del modello d'équipe, basato sulla pianificazione e realizzazione di obiettivi assistenziali attraverso l'azione di gruppo, in integrazione con il modello del primary nursing.

Scopo principale del modello organizzativo per équipe è di sviluppare e revisionare i piani di assistenza creando l'opportunità di identificare e risolvere i problemi; la precisione nell'identificazione dei problemi è aumentata attraverso lo scambio di informazioni; la consapevolezza che il gruppo nel suo insieme possiede più informazioni sui problemi di ogni singola persona, favorisce l'integrazione e il consenso che ne risulta aumenta l'impegno per le decisioni prese. Le riunioni del team offrono l'opportunità di identificare i bisogni dello staff e di operare per soddisfarli. Il team del nucleo è guidato dall'infermiere coordinatore che coordina e supervisiona l'assistenza infermieristica pianificandola con gli operatori. L'ambulatorio diviene, unico e non più diviso, diviene il luogo dove per eccellenza dell'integrazione. L'assistenza è personalizzata in funzione dei problemi fisici e psico-sociali reali e potenziali, i bisogni e gli obiettivi sono concordati con la persona e i familiari di riferimento.

Lo staff può identificare il proprio contributo e la correlazione che esiste tra il proprio lavoro ed i risultati ottenuti, inoltre la stretta interazione tra i membri dello staff ha contribuito a creare lo spirito di gruppo.

È l'équipe che definisce i propri scopi e obiettivi migliorando il proprio livello di collaborazione e si è visto che quanto più ogni componente del gruppo viene coinvolto pienamente, in modo democratico e non gerarchico, nel processo di definizione degli obiettivi, tanto più si sviluppa in ogni operatore il senso di

partecipazione e di responsabilità per il loro raggiungimento.

Ognuno ha la possibilità di vedere attuato il suo suggerimento, sentendosi così più soddisfatto e motivato a prestare un'assistenza migliore.

L'implementazione del lavoro per progetti, con il piano assistenziale individualizzato (PAI), in linea con le recenti normative, ha fornito un prezioso contributo nel cambiamento organizzativo in corso poiché è indispensabile considerare i bisogni degli anziani e le loro modificazioni nel tempo, che divengono determinanti per decidere le azioni concrete da sviluppare.

Quando si parla di anziani istituzionalizzati, occorre parlare di rafforzamento e mantenimento delle capacità residue, ed il piano di assistenza individuale si propone l'obiettivo di evitare di dare a tutti una risposta uguale, generalizzata, per poter invece porre l'accento sulla personalizzazione dell'intervento, contestualizzando le azioni e gli obiettivi, destinando le risorse disponibili, non a prestazioni, ma a risultati riscontrabili e misurabili, verificando l'azione di ciascun operatore, pianificando il futuro cercando di prevedere gli effetti e le eventuali difficoltà da superare.

Il PAI è uno strumento che permette la diffusione delle informazioni tra tutti coloro che, a vario titolo, si occupano dell'anziano "fragile", per definire il profilo della persona assistita.

Per definire il profilo assistenziale è fondamentale utilizzare un criterio di aggregazione degli anziani in termini omogenei e verificare quali siano, per i differenti gruppi, i tempi medi assistenziali per attività.

La Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD) e la scheda S.VA.M.A definiscono la distribuzione dei profili (case mix), ossia la complessità assistenziale per la rilevazione dei carichi ed i differenti gradi di assorbimento di risorsa per ciascun profilo. Fondamentale l'integrazione con il lavoro dell'assistente sociale per garantire la continuità assistenziale e la relazione con i familiari.

IL RUOLO DEL TUTOR DI REPARTO

Per garantire lo scambio di informazioni all'interno di un'équipe multidimensionale si evidenziava la necessità di avere un "connettore delle relazioni e delle informazioni" che si occupasse dell'organizzazione dell'assistenza tutelare. Il difficile compito degli operatori di questo nucleo è proprio quello di modulare ogni intervento sulla base della capacità di

comprendere delle persone assistite dove, da una parte ci sono persone con comportamenti legati alle disfunzioni psichiche, dall'altra persone anziane che entrano in struttura per essere supportate nelle attività di vita quotidiana e si trovano a convivere con le manie, le fobie, gli sbalzi del tono dell'umore, la depressione, le allucinazioni.

L'operatore socio sanitario, con il ruolo di tutor, diventa il garante della continuità assistenziale tutelare con lo scopo di lavorare sulle capacità residue dell'ospite attraverso la cura della relazione interpersonale. La sua funzione è anche quella di coordinare le attività dei collaboratori, curando in modo particolare la relazione per favorire il lavoro d'équipe, al fine di rendere un servizio efficace ed efficiente.

Il Tutor è l'operatore socio sanitario che collabora strettamente con l'infermiere coordinatore, è una figura di riferimento per i collaboratori che operano nello stesso reparto e per le figure professionali che operano trasversalmente nella struttura egli si occupa, in maniera particolare, di ospiti nuovi e di ospiti in osservazione per aggravamento, temporaneo o definitivo e cura con particolare attenzione la relazione verso gli ospiti con problemi psichici al fine di ridurre il loro disagio, inoltre egli controlla i percorsi dell'ospite all'interno e all'esterno della struttura, si accerta che ci sia continuità assistenziale rispetto i suoi bisogni, mantiene costante l'attenzione sul mantenimento delle capacità residue e sui rischi legati alla residenzialità. In integrazione con l'infermiere coordinatore del nucleo mantiene costante la relazione con i familiari della persona residente. Il tutor partecipa alla UVMI (unità di valutazione multidimensionale) collabora attivamente alla stesura del PAI (piano assistenziale individuale) confrontandosi direttamente con tutte le figure professionali che si occupano degli ospiti; cura la raccolta delle osservazioni giornaliere, in collaborazione con l'infermiere coordinatore, predispone le consegne per gli operatori in riferimento alle decisioni prese in UVMI; predispone e monitorizza i piani delle attività, le procedure ed i protocolli di lavoro; controlla le uscite ed i rientri degli ospiti; controlla la predisposizione della documentazione che accompagna l'ospite in uscita per visite e accertamenti sanitari; controlla l'iter di prenotazione e l'organizzazione del viaggio; si relaziona con i care giver dell'ospite; supervisiona i progetti finalizzati all'autocura; guida

gli studenti nel perseguire gli obiettivi del tirocinio.

IL RUOLO DEL TUTOR CON COMPETENZE TRASVERSALI RISPETTO ALLE TRE SALE DA PRANZO

In linea con il modello assistenziale implementato e con la necessità di gestire l'alimentazione e le implicazioni terapeutiche che ne derivano, nasce il ruolo del tutor di sala, ricoperto da un operatore socio sanitario che diviene il "connettore delle relazioni" con gli ospiti, e delle informazioni con tutta l'équipe multiprofessionale, a livello trasversale rispetto i tre nuclei (che corrispondono ai reparti dislocati nei piani). Il tutor di sala modula l'aiuto nell'assunzione del pasto agli ospiti con problemi psichici, pur mantenendo un clima rilassato per gli altri ospiti che spesso non sono in grado di comprendere le difficoltà legate a tale patologia; garantisce l'osservanza delle regole dietetiche attraverso la relazione terapeutica, che ha lo scopo di far comprendere all'ospite la necessità di dover rinunciare ad alcuni cibi, che sarebbero molto graditi, soprattutto in riferimento alle persone affette da patologia diabetica; garantisce la corretta assunzione dei farmaci da parte degli ospiti con problemi psichici; gestisce l'approvvigionamento dei presidi necessari per la ristorazione; collabora con il cuoco per garantire l'osservanza delle quantità e qualità degli alimenti; coordina le attività degli operatori delle sale da pranzo; informa i coordinatori dei reparti sull'alimentazione degli ospiti, in riferimento a: segni precoci di disfagia, variazioni di appetito, consumo totale o parziale della porzione, difficoltà di masticazione, e altre difficoltà; garantisce la supervisione del consumo di sigarette.

I tutor sono stati scelti in base ad una selezione interna fra coloro che si sono proposti e, visti i risultati raggiunti, dopo un periodo di prova hanno ottenuto dalla Direzione dell'Ente la progressione orizzontale con il passaggio di livello economico.

Il modello assistenziale per équipe ha sviluppato la comunicazione orizzontale che soddisfa gli operatori nel fornire un'assistenza globale basata sulla metodologia del problem solving; ad ogni riunione d'équipe, che è a cadenza mensile, l'infermiere coordinatore e il tutor riportano le informazioni sulla persona e condividono con gli altri operatori il PAI. Gli ospiti e i loro familiari sono maggiormente coinvolti nella pianificazione dell'assistenza e dichiarano soddisfa-

ne nel collaborare attivamente alla pianificazione delle cure.

La riunione formale strutturata unita agli strumenti operativi quali: gli scambi di informazioni durante il servizio, il diario integrato, i piani delle attività, le schede personali dell'ospite e i piani di assistenza individualizzati sono tutti punti di forza per garantire la risposta al reale bisogno della persona assistita.

Un cambiamento organizzativo di tale entità deve essere accompagnato da idoneo percorso formativo: formazione ed organizzazione devono assolutamente essere integrate e coerenti tra loro per produrre i cambiamenti necessari e desiderati.

Il progetto formativo è stato rivisto strada facendo in quanto, vista l'impossibilità di organizzare momenti puramente formativi, abbiamo deciso di sfruttare le riunioni d'équipe dove l'infermiere coordinatore, (docente ai corsi per operatori socio sanitari), introduce argomenti mirati al bisogno formativo. L'infermiere coordinatore partecipa sia all'unità operativa interna multidimensionale con il tutor di reparto, sia alle riunioni d'équipe multiprofessionale della struttura, pertanto il suo obiettivo è quello di diffondere all'interno dell'équipe di nucleo le informazioni ricevute.

RIFLESSIONI

La programmazione puntuale e dettagliata dei comportamenti organizzativi riduce molto l'incertezza, l'organizzazione ha come funzione quella di porre il personale in un ambiente psicologico che permetta di adattare le decisioni umane agli obiettivi organizzativi, e fornisca agli individui la quantità di informazioni sufficiente affinché la decisione sia corretta.

L'organizzazione può aiutare il personale nella scelta, poiché maggiore è la conoscenza di un problema o di un fine da perseguire, maggiore sarà la possibilità che la scelta fatta sia vicina a quella ottimale.

L'addestramento permette di far assimilare all'individuo dei comportamenti standard e abituali che servono all'interno dell'organizzazione, in modo che queste prassi sollevino la persona coinvolta, dal peso di dover di volta in volta stabilire come deve essere eseguito un compito. Il criterio di efficienza fa in modo che nel momento della scelta si scelga sempre l'alternativa che produce il massimo rendimento possibile.

L'intento è quello di attivare la capacità creativa di ogni soggetto, dato che chi si

occupa giorno dopo giorno di una certa attività ne diventa il maggior esperto: solo la persona coinvolta direttamente infatti può essere protagonista di ogni riflessione critica sull'esperienza, che è la prima e principale forma di miglioramento delle prestazioni.

Il modello assistenziale proposto chiarisce la misura dell'intensità assistenziale, la quale non è direttamente legata alla quantità di cose che gli infermieri e gli OSS sono chiamati a fare, ma all'impegno intellettuale che dedicano quando pensano, progettano, elaborano, ricercano, scelgono interventi per portare a compimento un progetto di presa in carico delle persone.

***"Si sancisce in questo modo la fine della vecchia divisione del lavoro in attività intellettuali di alcuni e attività esecutive di altri."**(9)*

Note

(1) L.D'Addio in "Responsabilità e responsabilizzazione del team di lavoro: il ruolo del coordinatore" Collegio IPASVI di Vicenza il 16.11.2007.

(2) G.Romano "dispensa di "Legislazione ed organizzazione socio sanitaria" del Corso di Perfezionamento in Organizzazione, gestione e qualità dei percorsi assistenziali integrati, Anno Accademico 2002 - 2003, Università degli Studi di Verona, facoltà di Medicina e Chirurgia."

(3) L.D'Addio in "Responsabilità e responsabilizzazione del team di lavoro: il ruolo del coordinatore" Collegio IPASVI di Vicenza il 16.11.2007.

(4) R. Biancat "Management Infermieristico: elementi di gestione del personale" atti del convegno del 24 Aprile 2004 rivista Nursind.

(5) G.Romano "dispensa di "Legislazione ed organizzazione socio sanitaria" del Corso di Perfezionamento in Organizzazione, gestione e qualità dei percorsi assistenziali integrati, Anno Accademico 2002 - 2003, Università degli Studi di Verona, facoltà di Medicina e Chirurgia."

(6) G. Pitacco, "Un modello di analisi della complessità assistenziale." In «I quaderni», 7, 2003, pp 22-27.

(7) Legge n°42 del 26 febbraio 1999 Disposizioni in materia di professioni sanitarie

(8) Provvedimento 22 febbraio 2001, Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

(9) L'D'Addio "Responsabilità e responsabilizzazione del team di lavoro: il ruolo del coordinatore infermieristico" Collegio IPASVI Vicenza, 16.11.2007

BIBLIOGRAFIA UTILIZZATA

A. Palese "L'esercizio responsabile delle competenze" atti del convegno "Il Coordinatore Infermieristico: attualità, criticità, prospettive", Vicenza 20 marzo 2008.

G. Fanchin, G. Pajusco, F. Pegoraro, L. Bertozzo "L'integrazione del personale di supporto dell'assistenza" Collegio IPASVI Vicenza.

G. Pitacco, "Un modello di analisi della complessità assistenziale." In «I quaderni», 7, 2003, pp 22-27

G. Rebor, E. Minelli "Change management: come vincere la sfida del cambiamento in azienda", Ed. ETAS 2007.

G. Romano dispensa di "Legislazione ed organizzazione socio sanitaria" del Corso di Perfezionamento in Organizzazione, gestione e qualità dei percorsi assistenziali integrati, Anno Accademico 2002 - 2003, Università degli Studi di Verona, facoltà di Medicina e Chirurgia.

M.B. Verocchi, "Gestione del paziente psichiatrico nell'ambito della continuità assistenziale", dispensa del corso di aggiornamento, 2007

L'D'Addio "Responsabilità e responsabilizzazione del team di lavoro: il ruolo del coordinatore infermieristico" Collegio IPASVI Vicenza, 16.11.2007

R. Biancat "Management Infermieristico: elementi di gestione del personale" atti del convegno del 24 Aprile 2004 rivista Nursind.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Provvedimento 22 febbraio 2001, Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

Legge n° 251 del 10 Agosto 2000 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.

Legge n°42 del 26 febbraio 1999 Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

DM n°739 14 Settembre 1994 Ministero della Sanità Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.



Domande & risposte

Rubrica di quesiti giuridico professionali

Oggetto

Asportazione di punti di sutura e/o di agraiffe.

Quesito

Svolgo l'attività di infermiera presso un ambulatorio di MMG e desideravo informazioni riguardo la possibilità di **asportare punti di sutura o agraiffe**. Sono a conoscenza del fatto che le infermiere non possono usare strumenti chirurgici, ma ciò riguarda anche l'asportazione di suture o graffe? Tale azione non è infatti da ritenersi invasiva o cruenta. Attualmente nel mio ambulatorio eseguo queste manovre in accordo con i medici.

Le leggi sull'esercizio professionale dell'infermiere sono fondamentalmente tre: D.M. 14 settembre 1994, n° 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere";

Legge 26 febbraio 1999, n.42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie";

Legge 10 agosto 2000, n.251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, della professione ostetrica";

La legge 42/1999 delinea l'esercizio professionale senza mansionario e definisce il campo proprio di attività e di responsabilità dell'infermiere come "[...] determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario".

I criteri guida sono quindi dati dal contenuto del **profilo professionale**, dalla **formazione** di base e post-base acquisita, dal **codice deontologico**. I due limiti sono costituiti dalle **competenze**

previste per i medici e per gli **altri professionisti** sanitari laureati.

Va detto che la flessibilità delle norme attuali sull'esercizio professionale e la scomparsa delle rigide prescrizioni del mansionario portano il confine tra atto medico e infermieristico su livelli diversi del passato. Prima della Legge 42/1999, infatti, la semplice esecuzione di un'azione non strettamente ricompresa nel mansionario, esponeva al concreto rischio di denuncia per esercizio abusivo della professione (art. 348 del Codice penale). Oggi le cose sono più sfumate ed in continua evoluzione. La preparazione universitaria dell'infermiere, la sua più ampia autonomia e la crescita culturale della comunità professionale rendono i confini tra professione medica ed infermieristica meno marcati. Pensi alle competenze acquisite dai colleghi delle terapie intensive, dell'emergenza territoriale, dell'ADI, ...

Rimane il fatto che il medico non può mai delegare all'infermiere atti propri della sua professione. Ma il limite all'atto medico deve essere ricompreso nelle grandi categorie peculiari dell'attività medica, strettamente attinenti alla **diagnosi** e alla prescrizione del **trattamento terapeutico**. Altra cosa dalla delega è l'attribuzione di compiti, in cui talune attività, in genere di bassa discrezionalità e alta riproducibilità, possono essere attribuite ad un'altra figura professionale, fermo restando che l'attribuzione di funzione non esime il titolare originario dall'assunzione di responsabilità.

L'attribuzione di attività ad altra figura professionale deve, comunque, avvenire all'interno di **precisi e puntuali protocolli**.

Alla luce di quanto esposto, concordo con Lei quando afferma che la manovra di rimozione di punti di sutura o agraiffe non è assimilabile ad una manovra invasiva e quindi è ascrivibile all'infermiere.

Oggetto

Consenso informato

Quesito

Lavoro come infermiera presso l'ambulatorio allergologico dove eseguo prick test, patch test, breath test al lattosio e spirometrie con bronco reversibilità. Di recente il medico ha predisposto il **consenso informato** per l'esecuzione di questi test e, più o meno velatamente, esige che siano gli infermieri a farlo compilare ai pazienti.

Il legislatore, se non vado errata, ribadisce che deve essere il medico a raccogliere un'adesione effettiva e partecipata all'esecuzione di pratiche diagnostiche e terapeutiche.

Come dobbiamo porci sotto il profilo giuridico e deontologico rispetto a questa richiesta?

La letteratura sul tema del consenso informato è estremamente ampia per cui analizzo immediatamente l'aspetto della materia da Lei evidenziato.

Il medico non può e non deve intraprendere alcuna attività diagnostica e/o terapeutica sul paziente senza avere acquisito dallo stesso un consenso informato nei modi e nei tempi previsti dalla legge. Il medico ha il dovere di informare il paziente e il paziente ha il diritto di essere informato. L'infermiere non può mai essere delegato a sostituire il medico in questo compito. L'affermazione è consolidata sia dalla giurisprudenza in merito sia dal Codice Deontologico medico.

La Corte di Cassazione, III sez. civile, nella sentenza del 15 gennaio 1997, n.364, afferma che: "La formazione del consenso presuppone una specifica formazione su quanto ne forma oggetto (consenso informato) che non può che provenire dallo stesso sanitario da cui è richiesta la prestazione".

Il Consiglio Superiore di Sanità nel Documento sul consenso informato, ses-



sione 42, Assemblea generale, 17 aprile 1996, ribadisce che, all'interno delle strutture ospedaliere il compito di informare può essere dato sia al Direttore dell'U.O. sia ad un altro medico, in quanto "all'interno dei presidi ospedalieri la cura degli infermi è affidata ad un'équipe di medici e il paziente acconsente al trattamento ben sapendo che diverse possono essere le persone che lo eseguiranno".

L'acquisizione del consenso, quindi, è un obbligo che grava sul medico, che ne è responsabile, ma ciò, a mio avviso, non esime l'infermiere dall'essere soggetto attivo.

In questo senso l'infermiere agisce nella duplice veste di:

- professionista che agisce in autonomia per le competenze che gli sono attribuite.

Il nostro Codice Deontologico, recentemente rinnovato, all'art. 23 afferma che: "l'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita". Con l'art. 24 prosegue: "l'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere".

- professionista che agisce in collaborazione con il medico nell'esecuzione di prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Nell'espletamento di queste funzioni l'infermiere è tenuto a partecipare all'informazione e a verificare che il paziente abbia effettivamente espresso il suo consenso.

L'infermiere e il Risk Management: rilevazioni ed analisi degli errori più frequenti in area critica

Ultimamente nel nostro paese si è riscoperto un forte interesse da parte dell'opinione pubblica per il tema della sicurezza e della qualità delle prestazioni sanitarie erogate. Si tratta di un fenomeno che merita di essere attentamente valutato attraverso un'analisi che tenga in considerazione anche delle nuove priorità strategiche adottate dai sistemi sanitari.

Le prospettive di aumento della produttività e di recupero dell'efficienza, stanno lasciando il posto ai temi legati alla qualità, alla ricerca di un nuovo equilibrio tra domanda dei cittadini-pazienti e dinamiche economico-finanziarie non più affrontabili con misure miopi di mero contenimento o di razionalizzazione della spesa pubblica. È in questo contesto che si inserisce il tema del risk management (gestione del rischio) nelle aziende sanitarie. Parlare di qualità delle cure, oggi, significa parlare, non solo di efficienza ed efficacia delle prestazioni, ma anche di sicurezza del servizio offerto.

In base a questi riferimenti, di seguito viene proposta una breve informativa di uno studio osservazionale multicentrico appena concluso nella realtà di Modena. Tale studio indaga, attraverso un questionario, quali e quanti sono gli errori di somministrazione di farmaci commessi dal personale infermieristico di area critica.

Gli autori sono intenzionati a estende-

re questa ricerca anche al di fuori della realtà modenese raccogliendo dati sul territorio vicentino. Per tale motivo sono già state avviate le procedure di presentazione e consenso della sperimentazione alle varie Direzioni.

In sintesi... il lavoro di Modena:

- **obiettivo:** lo scopo dello studio è quello di rilevare gli errori più frequentemente registrati nella pratica clinica durante la somministrazione di farmaci in alcuni reparti di area critica;

- **metodi:** al personale infermieristico dei reparti di terapia intensiva e rianimazione del Policlinico di Modena e dei reparti di alla terapia intensiva e pronto soccorso del nuovo ospedale di Baggiovara (Modena) è stato somministrato un questionario. Tale questionario compilato in forma anonima riporta una serie di quesiti riguardanti le modalità corrette della somministrazione dei farmaci (giusto farmaco, giusta dose, giusta via di somministrazione, ecc.)

- **risultati:** finora sono stati analizzati 86 questionari reperiti nella realtà modenese e i risultati ottenuti verranno pubblicati solamente dopo che lo studio sarà completato anche nella realtà vicentina.

Referente per lo studio di Modena: dott. Pietro Buccoliero, Infermiere UO di Chirurgia generale, presidio ospedaliero Manduria (Taranto), ASL TA.

Un anno di conti

La relazione del Tesoriere all'Assemblea degli iscritti del 24 marzo 2010

PREMESSA

Il rendiconto generale dell'anno 2009 si compone dei seguenti documenti contabili:

- rendiconto finanziario: entrate ed uscite finanziarie in conto competenza;
- la situazione amministrativa al 31.12.09;
- la situazione di cassa al 31.12.2009;
- lo stato patrimoniale;
- il conto economico.

I prospetti succitati sono strettamente correlati tra loro e rappresentano unitariamente la situazione del Collegio IPASVI sotto il profilo finanziario, patrimoniale ed economico dell'anno 2009.

Il rendiconto finanziario fornisce il risultato della gestione in conto competenza che presenta un avanzo di amministrazione di Euro 5.860,33. Tale documento evidenzia, inoltre, per capitolo di bilancio, le somme effettivamente accertate (riscosse e da riscuotere) ed impegnate (pagate e da pagare) nel corso dell'esercizio finanziario confrontandole con quelle contenute nel bilancio di previsione (per competenza e per cassa) dello stesso anno riportandone, altresì, gli scostamenti.

Per effetto, poi, della gestione dei residui attivi (riscossi e da riscuotere) e passivi (pagati e da pagare), riportati nella situazione amministrativa al 31.12.09, si evidenzia che l'avanzo di amministrazione complessivo ammonta ad Euro 191.860,53.

Il fondo cassa al 31.12.2009 ammonta complessivamente ad Euro 187.655,99 rilevando un aumento della sua consistenza, rispetto all'anno 2008, per complessivi Euro 12.644,65 (+ 7% circa).

La situazione patrimoniale, che rappresenta tutte le attività (denaro, immobilizzazioni, crediti, ecc...) e le passività (debiti, fondi, ecc...) del Collegio, evidenzia, rispetto all'anno 2008, un aumento di patrimonio, pari all'avanzo economico d'esercizio, di Euro 5.067,73.

Il conto economico, che rileva i proven-

ti ed i costi dell'esercizio secondo il principio della competenza economica, evidenzia un avanzo economico d'esercizio di Euro 5.067,73.

I dati succitati dimostrano che la gestione del Collegio IPASVI dell'anno 2009 è stata positiva e che si è ispirata a principi di correttezza ed oculata amministrazione finanziaria ed economica.

CONTENUTI DEL RENDICONTO FINANZIARIO DELL'ANNO 2009

Nel seguito della presente relazione si rappresenteranno, in forma del tutto sintetica, le motivazioni che hanno causato la consistenza finale dei più significativi capitoli relativi alle entrate ed alle uscite del rendiconto finanziario di cui trattasi.

ENTRATE

I valori riferiti ai macroaggregati delle entrate del bilancio risultano essere quelli indicati nella tabella a fondo pagina.

Contributi ordinari

Le entrate accertate per contributi ordinari, che risultano essere aumentati rispetto all'esercizio precedente, ammontano complessivamente ad Euro 230.467,00 e rappresentano, da sole, circa l'86% del totale entrate del Collegio IPASVI. Nell'anno 2008 le entrate accertate in questo capitolo sono state pari ad Euro 221.720,00.

Nel merito si segnala che nel corso dell'anno 2009 è proseguita l'attività di recupero dei contributi ordinari non versati negli anni precedenti da parte degli iscritti al Collegio IPASVI messi in mora. Tali azioni sono risultate efficaci nel

2009, come nell'anno precedente, ed hanno permesso il recupero di quote per Euro 23.356,93 pari a circa 500 quote così ripartite:

anno 2001: 2, le residue sono state sgravate per cancellazioni;
anno 2002: 5, le residue sono state sgravate per cancellazioni;
anno 2003: 6, le residue sono state sgravate per cancellazioni;
anno 2004: 6 su 7, le residue sono state sgravate per cancellazioni;
anno 2005: 12 su 14, le residue sono state sgravate per cancellazioni;
anno 2006: 17 su 21, le residue sono state sgravate per cancellazioni;
anno 2007: 72 su 105, le residue sono state sgravate per cancellazioni;
anno 2008: 377 su 527, le residue sono state sgravate per cancellazioni.

Si è provveduto, inoltre, a regolarizzare l'iscrizione all'Ente dei soggetti che hanno versato tutte le annualità dovute.

Altre entrate

Le altre entrate accertate (riscosse e da riscuotere) al netto delle entrate per partite di giro ammontano complessivamente ad Euro 12.751,89 e rappresentano circa il 5% del totale entrate.

In dette poste finanziarie rilevano per entità le seguenti entrate:

- le tasse per la prima iscrizione all'albo degli II.PP.: Euro 5.612,00;
- i proventi per i corsi tenuti dal Collegio: Euro 7.697,00;
- diritti di segreteria Euro 732,00;
- gli interessi attivi su depositi e c/c postali e bancari: Euro 1.611,18;
- i recuperi ed i rimborsi: Euro 2.711,21.

ENTRATE	SOMME ACCERTATE	RISCOSSE	DA RISCUOTERE	DIFFERENZE SULLE PREVISIONI
Titolo 1 ^A -Entrate correnti	248.830,89	237.243,22	11.587,67	+ 10.456,89
Titolo 2 ^A - Entrate in c/ capitale	0	0	0	0
Titolo 3 ^A - Entrate per partite di giro	18.260,80	18.260,80	0	- 8.739,20
Totale entrate	267.091,69	255.504,02	11.587,67	1.717,69

Altre entrate per partite di giro

Queste entrate sono pari ad Euro 18.260,80 e si riferiscono, principalmente, a somme trattenute a titolo di ritenuta sui compensi dei collaboratori del Collegio IPASVI (contratti di collaborazione o prestazioni di lavoro autonomo) relative a contributi previdenziali ed imposte erariali (IRPEF).

Dette somme, dato lo specifico funzionamento delle poste finanziarie iscritte nelle partite di giro, sono state contemporaneamente iscritte, per pari importo come debiti verso l'Erario e gli Istituti Previdenziali nel corrispondente titolo delle uscite.

La gestione dei residui attivi

I residui attivi rappresentano, sostanzialmente, dei crediti che il Collegio vanta nei confronti di soggetti terzi. Tale gestione prende in esame i residui di tutte le entrate accertate al 31.12.2009 che saranno oggetto di incasso negli anni successivi.

I residui attivi, al 31.12.2009, ammontano ad Euro 20.327,67 con una riduzione, rispetto all'anno precedente, di Euro 8.042,77. Si precisa che Euro 11.587,67 sono relativi all'anno 2009 mentre i restanti 8.740,00 sono relativi alle quote non riscosse dal 2001 al 2008 per un totale di 190 quote circa.

I residui attivi sono riferiti, quasi esclusivamente, ai crediti vantati dal Collegio nei confronti degli iscritti che non hanno pagato la propria quota da più anni. Detti residui sono stati implementati con le quote non incassate nell'anno 2009 per un valore pari ad Euro 11.086,00.

USCITE

I valori riferiti ai macroaggregati delle uscite del bilancio risultano essere quelli indicati nella tabella a fondo pagina.

Le uscite totali dell'anno 2009 sono state in linea con quelle del 2008.

USCITE	SOMME IMPEGNATE SULLE PREVISIONI	PAGATE	DA PAGARE	DIFFERENZE
Titolo 1 ^A - Uscite correnti	240.770,84	233.238,15	7.532,69	- 74.183,16
Titolo 2 ^A - Uscite in c/ capitale	2.199,72	1.239,72	960,00	- 11.800,28
Titolo 3 ^A - Uscite per partite di giro	18.260,80	10.710,16	7.550,64	- 8.739,20
Totale uscite	261.231,36	245.188,03	16.043,33	- 94.722,64

Anche per quanto concerne le uscite finanziarie si indicheranno, di seguito ed in forma sintetica, ovviamente, le motivazioni che hanno portato al consolidamento dei contenuti dei diversi capitoli di spesa (o macroaggregati di spesa).

Uscite per gli organi dell'ente

Questo macroaggregato di spesa ammonta complessivamente ad Euro 59.277,70 e contiene anche le spese relative all'assicurazione dei consiglieri, i loro rimborsi spese e gli oneri previdenziali e assistenziali.

I compensi effettivi lordi dei consiglieri ammontano complessivamente ad Euro 49.388,04 di cui Euro 17.875,00 relativi a compensi per la realizzazione di progetti operativi.

Uscite per acquisto beni consumo-servizi

Queste uscite ammontano complessivamente ad Euro 67.836,36.

Le principali spese sostenute in questo macroaggregato riguardano quelle relative ai servizi amministrativi (Euro 42.726,08) ed alle consulenze fiscali, legali e professionali (Euro 15.071,64). Occorre sottolineare, tuttavia, che, rispetto al bilancio di previsione, si registra un'economia di spesa di Euro 22.443,36.

Uscite per funzionamento uffici

Sono pari ad Euro 11.852,67 (nel 2008 sono state pari ad Euro 16.148,32). Con ciò si evidenzia una riduzione di dette spese sostanzialmente dovuta al mancato costo per affitto che era stato preventivato per una parte dell'anno 2009, nel caso in cui si fossero trovati i locali adatti per spostare la sede del Collegio ed usufruire di spazi più agevoli per gli iscritti.

Uscite per prestazioni istituzionali

Queste uscite sono state pari ad Euro 93.635,78 registrando un aumento rispetto al rendiconto consuntivo del 2008 (+ 11.115,58) per le maggiori spese

sostenute per l'organizzazione di eventi culturali a favore degli iscritti, per i premi per la miglior tesi "A SPASSO CON TESTI" e per la rivista "Infermieri Informati".

La voce di spesa più importante di questo macroaggregato riguarda il pagamento delle quote d'iscrizione alla Federazione nazionale (Euro 46.874,00). Si ritiene doveroso segnalare che le somme versate alla Federazione Nazionale comprendono, purtroppo, ancora alcune quote relative agli iscritti morosi del Collegio IPASVI.

La realizzazione della rivista "Infermieri informati" ha registrato un impegno di spesa di Euro 10.982,80, mentre le spese impegnate per la realizzazione di eventi culturali sono state pari ad Euro 21.347,56.

Gli oneri finanziari ammontano ad Euro 765,45 e sono riferiti esclusivamente a spese e commissioni bancarie.

Gli oneri tributari ammontano ad Euro 3.627,07 e sono riferiti quasi esclusivamente all'Irap (imposta regionale sulle attività produttive) calcolata sui compensi dei consiglieri ed alle imposte e tasse versate allo Stato a fronte della presentazione della dichiarazione dei redditi.

Dal Fondo di riserva - spese impreviste nel corso del 2009 sono stati utilizzati fondi per Euro 3.596,55 per coprire l'iniziativa di solidarietà per l'Abruzzo promossa dalla FNC in occasione del terremoto che ha distrutto la scuola per Infermieri.

Tra le uscite in conto capitale si segnala l'acquisto di un Fax e di 3 sedie a norma secondo la L. 81/2008 per la segreteria del Collegio IPASVI e un PC portatile per la contabilità per un totale di Euro 1.239,72.

Per quanto concerne le uscite per partite di giro si veda quanto illustrato nella parte della presente relazione relativa alle entrate dello stesso titolo.

La gestione dei residui passivi

I residui passivi rappresentano, sostanzialmente, dei debiti che il Collegio ha nei confronti di soggetti terzi (fornitori, consulenti) ed ammontano a Euro 16.123,33. Tale gestione prende in esame tutte le somme impegnate al 31.12.2009 che saranno oggetto di pagamento nell'anno successivo.

Detti residui si riferiscono per Euro 7.550,64 alle ritenute previdenziali ed erariali effettuate sui compensi erogati ai propri collaboratori, anche per prestazioni di lavoro autonomo, nel mese di dicembre 2009 e che sono state versate nel mese di gennaio 2010.

Situazione amministrativa al 31.12.2009

La situazione amministrativa fornisce la dimostrazione, in forma sintetica, della gestione dell'esercizio finanziario, sia in conto competenza, sia in conto residui.

La situazione amministrativa, pertanto, partendo dalla consistenza di cassa di inizio esercizio, pone in evidenza, al 31.12.2009:
- la consistenza di cassa di fine esercizio che ammonta ad Euro: 187.655,99;
- il risultato totale di amministrazione che ammonta ad Euro 191.860,53.

STATO PATRIMONIALE

Lo stato patrimoniale presenta le voci delle ATTIVITA' e delle PASSIVITA' del collegio alla fine dell'esercizio, confrontate con le medesime voci alla fine dell'anno precedente.

ATTIVITA'

Le immobilizzazioni materiali per mobili ed immobili sono pari ad Euro 94.604,07 e risultano diminuite per un importo pari all'ammortamento dell'esercizio.

L'attivo circolante è costituito dai crediti (non riscossi) di 20.327,67 e dalla disponibilità liquida di 187.655,99 per cassa, banche e c/c postale.

Per un totale di attivo pari a 302.587,73.

PASSIVITA'

Totale passivo è dato dal patrimonio netto pari a 286.464,60 e dai residui passivi pari a 16.123,13 per un totale passivo di 302.587,73 in pareggio.

CONTO ECONOMICO

Il conto economico presenta le voci dei PROVENTI e dei COSTI del collegio dell'anno 2009.

I COSTI ammontano 243.154,93 e rappresentano la riclassificazione secondo il principio della competenza economica delle uscite del rendiconto finanziario.

I RICAVI ammontano a 247.219,71 e rappresentano la riclassificazione secondo il principio della competenza economica delle entrate del rendiconto finanziario.

La differenza tra i ricavi e i costi, pari a 4.064,78 al netto degli oneri finanziari dell'esercizio e delle imposte, e rettificato delle poste straordinarie di esercizio, porta ad un avanzo economico di gestione pari ad Euro 5.067,73

COLLEGIO IPASVI di Vicenza

Viale Trieste n. 29/C - 36100 Vicenza

Bilancio al 31 dicembre 2009

CONTO ECONOMICO

	2008	2009
	Totali	Totali
A) VALORE DELLA PRODUZIONE		
1) Proventi e corrispettivi per la produzione delle prestazioni e/o servizi	230.900,00	243.776,00
2) Variazione delle rimanenze dei prodotti in corso di lavorazione, semilavorati e finiti		
3) Variazione dei lavori in corso su ordinazione		
4) Incrementi di immobilizzazioni per lavori interni		
5) Altri ricavi e proventi, con separata indicazione dei contributi di competenza dell'esercizio	1.184,87	3.443,71
Totale valore della produzione (A)	232.084,87	247.219,71
B) COSTI DELLA PRODUZIONE		
6) per materie prime, sussidiarie, consumo e merci		
7) per servizi	204.666,05	214.250,59
8) per godimento beni di terzi		
9) per il personale		
10) Ammortamenti e svalutazioni	7.353,56	6.776,61
11) Variazioni delle rimanenze di materie prime, sussidiarie, di consumo e merci		
12) Accantonamenti per rischi		
13) Accantonamenti ai fondi per oneri		
14) Oneri diversi di gestione	14.433,83	22.127,73
Totale Costi (B)	226.453,44	243.154,93
DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A - B)	5.631,43	4.064,78
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI		
15) Proventi da partecipazioni		
16) Altri proventi finanziari	1.872,16	1.611,18
17) Interessi e altri oneri finanziari	484,01	765,45
Totale proventi ed oneri finanziari (15+16-17)	1.388,15	845,73
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE		
18) Rivalutazioni:		
19) Svalutazioni:		
Totale rettifiche di valore (18-19)	0,00	0,00
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI		
20) Proventi, con separata indicazione delle plusvalenze da alienazioni i cui ricavi non sono iscrisibili al n.5)		
21) Oneri straordinari, con separata indicazione delle minusvalenze da alienazioni i cui effetti contabili non sono iscrisibili al n.14)		
22) Sopravvenienze attive ed insussistenze del passivo derivanti dalla gestione dei residui		6.445,80
23) sopravvenienze passive ed insussistenze dell'attivo derivanti dalla gestione dei residui	20.920,25	2.661,51
Totale delle partite straordinarie (20-21+22-23)	-20.920,25	3.784,29
Risultato prima delle imposte (A-B±C±D±E)	-13.900,67	8.694,80
24) Imposte dell'esercizio	3.350,88	3.627,07
Avanzo/Disavanzo/Pareggio Economico	-17.251,55	5.067,73

Il bilancio di previsione 2010

Il bilancio di previsione dell'anno 2010 è stato redatto tenendo conto:

- delle somme che si prevede di accertare od impegnare a prescindere dal loro effettivo pagamento o dalla loro effettiva riscossione (conto di competenza);
- delle somme che si prevede di incassare o di pagare sia in conto competenza sia in conto residui (conto di cassa).

Ciò posto, il presente bilancio di previsione segue il criterio della competenza finanziaria ed annota, quindi, tutti gli impegni di spesa e gli accertamenti di entrate che si prevedono per l'anno 2010. Mentre il bilancio preventivo di cassa segue il criterio della liquidazione monetaria e registra, quindi, tutti gli incassi ed i pagamenti che si prevede di effettuare nel corso dell'anno 2010 per costi e ricavi di competenza e per residui attivi e passivi dell'esercizio 2009.

BILANCIO DI PREVISIONE ANNO 2010

Nel seguito della presente relazione si rappresenteranno, in forma sintetica, le motivazioni che hanno portato alle previsioni di competenza e di cassa dei più significativi capitoli o macroaggregati del bilancio di previsione dell'anno 2010.

ENTRATE

I valori riferiti ai macroaggregati delle entrate del bilancio di previsione risultano indicati nella tabella a fondo pagina.

ENTRATE	PREVISIONI DI COMPETENZA	RESIDUI	PREVISIONI DI CASSA
Titolo 1 ^A -Entrate correnti	247.472,00	20.327,67	267.799,67
Titolo 2 ^A - Entrate in c/ capitale	0	0	0
Titolo 3 ^A - Entrate per partite di giro	31.000,00	0	31.000,00
Totale entrate di competenza e di cassa	278.472,00	20.327,67	298.799,67
Utilizzo presunto dell'avanzo d'amministrazione	128.893,60		
Utilizzo presunto del Fondo di Cassa iniziale			124.689,06
Totale generale entrate	407.365,60	20.327,67	423.488,73

TITOLO I ENTRATE CORRENTI

Entrate Contributive a carico iscritti

La categoria in esame contiene i seguenti due capitoli di bilancio:

- Contributi Ordinari: per il quale si prevede di accertare una somma pari ad Euro 250.608,00 (corrispondente a 5.448 iscrizioni);
- Tassa prima iscrizione Albo: per il quale si prevede di accertare la somma di Euro 4.600,00 (corrispondente all'iscrizione di 100 nuovi iscritti), che portano ad un totale di entrate da accertare pari ad Euro 255.208,00.

Le entrate di cassa sono state calcolate aggiungendo alle previsioni di competenza il totale dei residui attivi da incassare (Euro 19.826,00).

In tale ambito si segnala che le quote non ancora incassate al 31.12.2009 sono complessivamente n. 431, così suddivise:

anno 2004:	1;
anno 2005:	2;
anno 2006:	4;
anno 2007:	33;
anno 2008:	150;
anno 2009:	241.

Per quanto concerne le altre entrate si segnala quanto segue:

- sono state previste entrate per Euro 9.000,00 a titolo di contributo da parte degli iscritti per l'organizzazione e gestione dei seminari di aggiornamento. Come di consueto, anche per quest'anno, al fine di facilitare al massimo la partecipazione dei propri iscritti ai corsi organizzati dal Collegio IPASVI, le quote di partecipazione a detti corsi sono minime (ovvero 10,00 o

- 20,00 Euro) ad evento formativo;
- i diritti di segreteria sono previsti pari ad Euro 500,00;
- si stima di incassare la somma di circa Euro 1.502 per interessi attivi sui conti correnti postali e bancari intestati al Collegio ed utilizzati per la gestione;
- i recuperi e rimborsi stimati ammontano complessivamente ad Euro 1.550,00 di cui Euro 1.500,00 sono riferiti ai pagamenti di II.PP. extracomunitari per effettuare il prescritto esame;
- le entrate diverse risultano di modesta entità ammontando complessivamente ad euro 40,00.

Nel merito occorre segnalare che il Consiglio direttivo del Collegio IPASVI, pur avendo visitato alcuni locali proposti anche da agenzie immobiliari, non è riuscito a reperire un locale idoneo nel corso del 2008, pertanto, restando del parere che l'attuale sede, data la ristrettezza degli ambienti che la compongono, non sia più in grado di ospitare razionalmente le diverse attività direzionali ed amministrative che quotidianamente si svolgono al proprio interno, intende investire il capitale accantonato per l'acquisto/affitto di una sede più grande per rispondere in modo consona alle necessità degli iscritti di questo Collegio.

TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE

Per tale titolo non è stata prevista alcuna entrata.

TITOLO III ENTRATE PER PARTITE DI GIRO

Le previsioni di queste entrate ammontano complessivamente ad Euro 31.000,00 e si riferiscono, principalmente, a somme che dovranno essere trattenute e versate all'Erario e/o agli Enti previdenziali, a titolo di ritenuta, sui compensi dei collaboratori del Collegio IPASVI (contratti di collaborazione o prestazioni di lavoro autonomo). Dette somme, pertanto, sono riferite, quasi esclusivamente, a contributi previdenziali (INPS, INAIL, ecc.) ed imposte erariali (IRE).

Le somme di cui trattasi, dato lo specifico funzionamento delle poste finanziarie iscritte nelle partite di giro, sono state contemporaneamente stanziare, per pari importo, come debiti verso l'Erario e gli Istituti Previdenziali, nel corrispondente titolo delle uscite.

USCITE

I valori riferiti ai macroaggregati delle uscite del bilancio di previsione risultano indicati nella tabella a fondo pagina.

TITOLO I USCITE CORRENTI

Uscite per gli organi dell'ente

Per l'anno 2010 sono state stanziato spese per Euro 68.200,00. Nel merito, si segnala che le previsioni di spesa relative ai compensi lordi del Consiglio direttivo sono rimaste inalterate rispetto agli anni precedenti (Euro 35.000,00) e contestualmente sono invariati anche gli stanziamenti per i compensi dovuti allo stesso Consiglio direttivo per l'effettuazione di progetti operativi (Euro 20.000,00).

Le previsioni comprendono anche le spese relative all'assicurazione dei consiglieri, i loro rimborsi spese e gli oneri previdenziali e assistenziali relativi ai compensi riconosciuti.

Uscite per l'acquisto di beni di consumo e di servizi

Lo stanziamento ammonta ad Euro 102.900,00 ed è rappresentato per circa il 49% (Euro 50.000,00) dalle spese riferite ai "servizi amministrativi" e circa il 29% (Euro 30.000,00) dalle spese riferite alle "consulenze fiscali, legali e professionali". Tali importi sono stati previsti in considerazione dei compensi che dovranno essere corrisposti per la tenuta della contabilità dell'ente e delle consulenze fiscali, legali e professionali che si otterranno nel corso dell'esercizio, determinanti per consentire al Consiglio Direttivo di prendere delle decisioni e fare delle scelte ben ponderate tenendo conto di aspetti che per competenza sono di altre figure professionali. In tali consulenze è stata prevista una spesa relativa alle prestazioni necessarie al fine della sistemazione della sede di cui si è già detto.

Per quanto concerne il capitolo di spesa riferito alle "competenze delle commissioni esami per gli extracomunitari" sono stati preventivati Euro 1.200,00 (circa 15 candidati).

Le previsioni di cassa, che ammontano complessivamente ad Euro 109.390,80, sono state aumentate dei corrisponden-

ti residui passivi (Euro 6.490,80).

Uscite per funzionamento uffici

Lo stanziamento di previsione per questo macroaggregato è pari ad Euro 20.800,00.

Tutte le previsioni di spesa sono state mantenute in linea con quelle dell'anno precedente ad eccezione di quella relativa al capitolo di spesa "Servizi postali" e "Cancelleria e stampati" che evidenziano un aumento rispetto al bilancio di previsione dell'anno 2009 in considerazione dei progetti a favore degli iscritti programmati dal Consiglio.

Le previsioni di cassa, che ammontano complessivamente ad Euro 21.841,89, sono state aumentate dei corrispondenti residui passivi (Euro 1.041,89).

Uscite per prestazioni istituzionali

Questa categoria rappresenta le spese istituzionali dell'Ente. Le previsioni di spesa ammontano complessivamente ad Euro 118.345,40, incluse Euro 79,80 di cassa. In tale contesto spiccano, per entità, gli stanziamenti dei seguenti capitoli di spesa:

- Quote spettanti alla Federazione nazionale: Euro 47.765,60;
- Rivista Infermieri informati Euro 22.000,00;
- Spese per eventi culturali e formazione iscritti Euro 28.000,00;
- Spese formazione consiglieri Euro 5.000,00;
- Spese per progetti premiazioni Tesi e ricerca Euro 5.000,0.

Come si può evincere da quanto precede, tale previsione consentirà di affrontare le spese che si dovranno sostenere per lo sviluppo di progetti e per l'organizzazione di eventi culturali e di momenti formativi ai quali potranno partecipare gli iscritti e gli stessi componenti del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI.

Nella merito, occorre sottolineare che il Consiglio direttivo del Collegio ritiene

di fondamentale importanza l'obiettivo del miglioramento della professionalità della categoria degli II.PP. e dei loro rappresentanti ed è convinto che possa realizzarsi anche mediante l'effettuazione di momenti formativi (ed informativi) promossi dal Collegio.

Oneri finanziari

Tale stanziamento di bilancio è aumentato rispetto a quello dell'anno precedente in considerazione dell'impegno ad attivare nell'anno il servizio di Tesoreria per il Collegio gestito da un istituto bancario attraverso cui regolare gli importi di entrata e uscita della gestione amministrativa dell'ente.

Oneri tributari

La previsione di spesa per gli oneri tributari ammonta ad Euro 7.000,00, rimanendo in linea con quelle dell'anno precedente. Tale voce di spesa si riferisce, quasi esclusivamente, all'Irap (imposta regionale sulle attività produttive - Euro 5.000,00) calcolata sui compensi dei consiglieri del Collegio ed alle imposte e tasse (Euro 2.000,00) che dovranno essere versate allo Stato a fronte della presentazione della dichiarazione dei redditi del Collegio.

Poste correttive e compensative di entrate correnti

Lo stanziamento di bilancio si attesta ad Euro 1.200,00, invariato rispetto all'anno precedente.

Uscite non classificabili in altre voci

Detto macroaggregato contiene esclusivamente il fondo di riserva delle spese correnti che, in base alle disposizioni regolamentari contabili, è rapportato al 3% circa (9.000,00) delle spese totali correnti. Tale Fondo è stato previsto per integrare eventuali stanziamenti insufficienti di altri capitoli di spesa inclusi nello stesso titolo o per far fronte a spese non previste nel bilancio in questione.

TITOLO II USCITE IN CONTO CAPITALE

Per quanto concerne le spese in conto capitale, sono stati creati i seguenti stanziamenti di bilancio:

- Acquisto/ristrutturazioni immobili: Euro 15.000,00;
- Acquisti mobili ed impianti: Euro 25.000,00;
- Acquisto macchine d'ufficio: Euro 5.000,00;
- Spese acquisto programmi informatici: Euro 1.000,00.

USCITE	PREVISIONI DI COMPETENZA	RESIDUI	PREVISIONI DI CASSA
Titolo 1 ^a - Uscite correnti	330.365,60	7.612,49	337.978,09
Titolo 2 ^a - Uscite in c/ capitale	46.000,00	960,00	46.960,00
Titolo 3 ^a - Uscite per partite di giro	31.000,00	7.550,64	38.550,64
Totale generale uscite	407.365,60	16.123,13	423.488,73

BILANCIO PREVENTIVO DELL'ESERCIZIO 2010

Descrizione	(in unità di euro)			
	Previsioni di competenza	Residui	Previsioni di cassa	
<i>Avanzo iniziale di amministrazione</i>	<i>191.860,53</i>			<i>187.655,99</i>
<i>Fondo di cassa iniziale</i>				
Contributi ordinari	230.782,00	19.826,00		250.608,00
Tassa prima iscrizione Albo	4.600,00	-		4.600,00
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO ISCRITTI	235.382,00	19.826,00		255.208,00
Proventi corsi	9.000,00	-		9.000,00
ENTRATE PER INIZIATIVE CULT. E AGG. PROF	9.000,00	-		9.000,00
Diritti di segreteria	500,00	-		500,00
QUOTE PARTECIP. ISCRITTI ALL'ONERE GEST.	500,00	-		500,00
Trasferimento correnti, contributi	-	-		-
TRASFERI CORR.DA STATO-REGIONE-COMUNIE.	-	-		-
Interessi attivi su depositi e c/corrent	1.000,00	501,67		1.501,67
Affitto altri locali	-	-		-
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI	1.000,00	501,67		1.501,67
Recuperi e rimborsi	50,00	-		50,00
Recupero spese esami extracomunitari n.15	1.500,00	-		1.500,00
POSTE CORRETTIVE-COMPENS.USCITE CORRENTI	1.550,00	-		1.550,00
Entrate diverse	20,00	-		20,00
Miscel. su quote iscritti	-	-		-
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	40,00	-		40,00
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	247.472,00	20.327,67		267.799,67
TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE	-	-		-
Ritenute Erariali	18.000,00	-		18.000,00
Ritenute Previdenziali e Assistenziali	8.000,00	-		8.000,00
Altre partite di giro	5.000,00	-		5.000,00
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	31.000,00	-		31.000,00
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	31.000,00	-		31.000,00
<i>Riepilogo Complessivo dei Titoli</i>				
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	247.472,00	20.327,67		267.799,67
TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE	-	-		-
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	31.000,00	-		31.000,00
Totale				
TOTALE ENTRATE	278.472,00	20.327,67		298.799,67
Utilizzo presunto dell'avanzo di amministrazione	128.893,60			124.689,06
Utilizzo presunto del Fondo di Cassa iniziale				
TOTALE GENERALE	407.365,60			423.488,73
Descrizione	Previsioni di competenza	Residui	Previsioni di cassa	
Compensi, indennità, Consiglieri	35.000,00	-		35.000,00
Assicurazione Consiglieri	2.100,00	-		2.100,00
Rimborsi spese	4.500,00	-		4.500,00
Compensi per Progetti Operativi	20.000,00	-		20.000,00
Oneri Previdenziali e Assistenziali CD	6.600,00	-		6.600,00
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE	68.200,00	-		68.200,00
Acquisti libri,riviste,giornali...	3.000,00	-		3.000,00
Competenze per formazione commissione esami OSS	3.000,00	-		3.000,00
Acq. mat consumo e noleggio mat. Tecnico	1.500,00	-		1.500,00
Consulenza informatica	2.500,00	750,00		3.250,00
Consulenza fiscale, legale, profess.le	30.000,00	5.740,80		35.740,80
Competenze Comm.ne esami extracomunitari/comunitari	1.200,00	-		1.200,00
Prestazioni occasionali	1.500,00	-		1.500,00
Spese varie documentate	3.000,00	-		3.000,00
Manutenzioni e riparazioni	1.500,00	-		1.500,00
Compensi per la riscossione	6.000,00	-		6.000,00
Servizi amministrativi	50.000,00	-		50.000,00
USCITE PER ACQUISTO BENI CONSUMO-SERVIZI	102.900,00	6.490,80		109.390,80
Affitto e Spese condominiali altri locali	2.000,00	146,00		2.146,00
Servizi di pulizia	3.000,00	420,00		3.420,00
Servizi telefonici	4.000,00	337,00		4.337,00
Servizi fornitura energia, riscaldamento	2.800,00	138,89		2.938,89
Servizi postali	5.000,00	-		5.000,00
Cancelleria e stampati	3.500,00	-		3.500,00
Spese varie documentate per ufficio	500,00	-		500,00
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI	20.800,00	1.041,89		21.841,89
Quote spettanti alla Fed. Nazionale	47.765,60	-		47.765,60
Rivista "Infermieri informati"	22.000,00	-		22.000,00
Spese di coord. Coll. Veneto	500,00	-		500,00
Spese progetti per eventi culturali, formazione iscritti Collegio	28.000,00	-		28.000,00
Spese per formazione Consiglieri (corsi codice deont., cassa)	5.000,00	-		5.000,00
Spese per progetti di premiazione Tesi e ricerca	5.000,00	-		5.000,00
Spese per progetti obiettivo residuali	4.000,00	79,80		4.079,80
Spese per manutenzione e gestione sito Internet	2.500,00	-		2.500,00
Uscite di rappresentanza	3.500,00	-		3.500,00
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI	118.265,60	79,80		118.345,40
Spese e commissioni bancarie/postali	3.000,00	-		3.000,00
Interessi passivi bancari	-	-		-
ONERI FINANZIARI	3.000,00	-		3.000,00
Imposte e tasse	2.000,00	-		2.000,00
Irap collaboratori e occasionali	5.000,00	-		5.000,00
ONERI TRIBUTARI	7.000,00	-		7.000,00
Storno residui attivi su crediti per quote da sgravare	1.000,00	-		1.000,00
Rimborsi vari	200,00	-		200,00
POSTE CORR.VE E COMPVE ENTRATE CORRENTI	1.200,00	-		1.200,00
Fondo spese impreviste	9.000,00	-		9.000,00
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	9.000,00	-		9.000,00
TITOLO I - USCITE CORRENTI	330.365,60	7.612,49		337.978,09
Descrizione	Previsioni di competenza	Residui	Previsioni di cassa	
Acquisto immobili/ ristrutturazione	15.000,00	-		15.000,00
Acquisto mobili	25.000,00	960,00		25.960,00
ACQUIS.BENI USO DUREVOLE ED OPERE IMMOB.	40.000,00	960,00		40.960,00
Acquisto programmi informatici	1.000,00	-		1.000,00
Acquisto macchine ufficio	5.000,00	-		5.000,00
ACQUISIZIONE IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE	6.000,00	-		6.000,00
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE	46.000,00	960,00		46.960,00
Ritenute Erariali	18.000,00	5.788,75		23.788,75
Ritenute Previdenziali e Assistenziali	8.000,00	1.761,89		9.761,89
Altre partite di giro	5.000,00	-		5.000,00
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	31.000,00	7.550,64		38.550,64
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	31.000,00	7.550,64		38.550,64
<i>Riepilogo Complessivo dei Titoli</i>				
TITOLO I - USCITE CORRENTI	330.365,60	7.612,49		337.978,09
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE	46.000,00	960,00		46.960,00
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	31.000,00	7.550,64		38.550,64
Totale				
TOTALE USCITE	407.365,60	16.123,13		423.488,73
TOTALE GENERALE	407.365,60	16.123,13		423.488,73



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"/> "La tosse: un sintomo Da non trascurare. Specialisti a confronto."
Docenti: Dr. Negrin Rolando, Dr. Negrin Rolando, Dr. Agostini Paolo, Prof.ssa Mazzei Teresita, Dr. Carone Nunzio, Dr.ssa Zappini Luisa
sabato 9 ottobre 2010 - Palazzo delle Opere Socieli, Piazza Duomo 2 a Vicenza
Destinatati: infermieri - Partecipanti max. 100 | Costo: gratuito |
| <input type="checkbox"/> "Il Risk Management nel governo clinico"
ottobre-novembre 2010, 2 giornate, Casa San Raffaele (informazioni definitive su www.vicenzaipasvi.it)
Destinatati: infermieri e coordinatori - Partecipanti max. 50 | Costo: <input type="checkbox"/> € 50 (per i soli iscritti)
<input type="checkbox"/> € 100 (per i non iscritti) |
| <input type="checkbox"/> "Il Fast Track: evoluzione delle competenze infermieristiche per il miglioramento della qualità dell'assistenza per i pazienti afferenti al Pronto Soccorso"
novembre-dicembre 2010, luogo da definire (informazioni definitive su www.vicenzaipasvi.it)
Destinatati: infermieri - Partecipanti max. 120 | Costo: <input type="checkbox"/> € 30 (per i soli iscritti)
<input type="checkbox"/> € 60 (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

Telefono/Cellulare

E-mail

Professione

Albo di appartenenza

Provincia Albo

Scelta corso

Data e sede

Provincia in cui opera prevalentemente

Profilo lavorativo attuale

Dipendente del SSn Convenzionato del SSN

Libero professionista in ambito sanitario Altro (specificare) _____

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 DLgs. 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.

Data

Firma