

# 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](http://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 XII - Numero 1  
GENNAIO-APRILE 2011

## Ragioniere posso fare la medicazione?



### AGGIORNAMENTO

*I corsi ECM  
e gli eventi  
formativi  
per 2011*

A PAG. 8

### APPUNTAMENTO

*25 febbraio 2011  
Assemblea annua-  
le degli iscritti al  
Collegio IPASVI  
di Vicenza*

A PAG. 9

### ATTIVITÀ

*L'Università  
di Padova  
apre un Corso  
di Laurea  
Infermieristica  
a Montecchio  
Precalcino*

A PAG. 11

### RUBRICA

*Domande  
e risposte su  
questiti  
giuridico e  
professionali*

A PAG. 18

### RUBRICA

*Emergenza  
Alluvione:  
per non rimanere  
indifferenti.  
Sospensione della  
quota annuale*

A PAG. 22

**Infermieriinformati**

ISSN 1721-2456

Quadrimestrale, anno XII – numero 1

**Direttore responsabile**

Fanchin Gianmaria

**Redazione**

Storti Matteo, Dal Degan Sonia, Pegoraro Federico  
c/o Collegio IPASVI di Vicenza

**Responsabile editoriale**

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

**Progetto grafico**

ErgonProject – Vicenza  
www.ergonproject.it

**Stampa**

Grafiche Simonato Snc - Fara Vic.no (VI)

**Abbonamenti**

Le richieste di abbonamento vanno inviate al Responsabile editoriale (Collegio IPASVI di Vicenza). Il costo dell'abbonamento annuo è: € 20 per le persone fisiche e € 40 per Enti ed Associazioni (+ 25% per l'estero).

**Diritti**

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione, anche parziale, senza l'autorizzazione dell'Editore.

**Foto:**

Archivio Ipasvi Vicenza e Gianmaria Fanchin

**Norme editoriali  
per le proposte di pubblicazione**

Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico.

La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva facoltà di apportare piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma, comunque in accordo con gli autori.

Ogni articolo esprime l'idea degli autori, i quali si assumono la piena responsabilità di quanto scritto.

Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico (word o rtf) via e-mail o su floppy disk, completo di eventuali tabelle o immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserzione di ogni allegato).

Ogni pagina dovrà essere numerata e nella prima dovrà comparire:

- titolo dell'articolo;
  - autori (nomi completi e qualifiche professionali);
  - data di completamento del lavoro;
  - recapiti per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail).
- La bibliografia va inserita nell'ultima pagina rispettando i seguenti criteri:
- per le riviste: cognome e nomi degli autori, titolo dell'articolo, nome della rivista, numero e anno di pubblicazione;
  - per i libri: cognome e nome degli autori, titolo del libro, casa editrice, anno di pubblicazione;
  - per gli atti: titolo dell'evento, città, data.

Quando il lavoro coinvolge, a vario titolo, l'Istituzione di appartenenza degli autori o soggetti diversi dagli autori, è necessario allegare una liberatoria scritta dei relativi responsabili.

Il materiale inviato non verrà restituito in alcun caso.

Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - Tel./Fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale  
Spedizione in abbonamento postale – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46), art.1, comma 2 – DCB Vicenza – Reg. Trib. Vicenza n.997 del 03/04/01

**Infermieriinformati**  
**SOMMARIO**

RAGIONIERE POSSO FARE LA MEDICAZIONE?	<b>3</b>	L'UNIVERSITÀ DI PADOVA APRE UN CORSO DI LAUREA INFERMIERISTICA A MONTECCHIO PRECALCINO	<b>11</b>
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NEL DIPARTIMENTO CHIRURGICO DELL'OSPEDALE DI CASTELFRANCO VENETO	<b>4</b>	AUMENTANO I POSTI PER LA LAUREA IN INFERMIERISTICA RISPETTANDO I NECESSARI REQUISITI PROFESSIONALI E ORGANIZZATIVI	<b>12</b>
CRONACHE SCANDALISTICHE: IL DISAGIO E L'AMAREZZADEGLI INFERMIERI ITALIANI	<b>6</b>	CONTENZIONE FISICA IN PSICHIATRIA: UNA STRATEGIA POSSIBILE DI PREVENZIONE	<b>14</b>
IL CONSIGLIO DIRETTIVO SI PRESENTA LUCA FRANZE: "VISTI DA VICINO"	<b>7</b>	DOMANDE & RISPOSTE. RUBRICA DI QUESTITI GIURIDICO PROFESSIONALI	<b>18</b>
I CORSI ECM E GLI EVENTI PUBBLICI PER IL SECONDO SEMESTRE 2010	<b>8</b>	VERSO UNA TEORIA DEL COORDINAMENTO PER LA QUALITÀ DELLE CURE	<b>20</b>
IL FAST TRACK, EVOLUZIONE DELLA COMPETENZA INFERMIERISTICA	<b>10</b>	EMERGENZA ALLUVIONE: PER NON RIMANERE INDIFFERENTI	<b>22</b>
C'È POSTA... PER NOI	<b>10</b>		



# Ragioniere posso fare la medicazione?

La congiuntura economica ha determinato lo spostamento dell'asse verso gli amministratori che decidono, in base alle disponibilità economiche, i servizi da garantire.

Nessuno lo dichiara pubblicamente ma la capacità di dare servizi ai bisogni delle persone non è più la stessa. Spesso distolti da notizie che invadono l'etere e la stampa, non ci accorgiamo che una lenta emorragia è in atto nelle aziende ULSS. Reparti che chiudono, ridimensionamenti, organici che si riducono. Il cittadino ha ancora la fiducia che l'essere ricoverati in qualche struttura pubblica è sinonimo di cure e di assistenza e non ha la capacità di vedere che la qualità non è più la stessa. Ma è solo questione di tempo e l'aumento delle controversie legali dimostreranno la mutata percezione e la caduta di questa fiducia da parte della popolazione. E questo è solo che l'inizio.

Secondo i parametri dettati dall'agenzia regionale socio-sanitaria del Veneto (ARSS - quaderno 18 del 2010), con il calcolo dei minuti di assistenza e della distribuzione delle attività agli OSS, in ogni unità operativa si dovrà procedere ad una considerevole riduzione di personale. Le aziende investite da questo provvedimento stanno attuando un confronto con altre aziende ULSS per capire cosa fare. L'ospedale di Treviso, confrontabile per dimensione e bacino d'utenza con quello di Vicenza, dimostra una dotazione organica molto più bassa. Nessuno chiede di individuare parametri qualitativi e quindi la risposta è quella di attuare un drastico ridimensionamento.

Ho osservato con attenzione questi dati e ne sono rimasto sorpreso. Che cosa può fare un infermiere di notte a Treviso per 44 pazienti ricoverati in geriatria? Non credo umanamente possibile garantire un livello minimo di assistenza e di cure a questi pazienti. Attuerà la sorveglianza, chiederà sostegno ai famigliari dei ricoverati, si improvviserà

docente sul campo per istruirli sulle situazioni che necessitano della sua supervisione, si appellerà ai santi o alla buona sorte.

Colleghi, sarà doveroso garantirci una copertura assicurativa perché buona volontà e speranza non basteranno a tutelarci.

Il mondo cambia e velocemente. Il miliardo di euro di deficit che grava sulle nostre teste sta determinando anche la riduzione dei dispositivi, di garze, di siringhe.

E gli infermieri sono nel mezzo, travolti da un'alluvione di debiti ai quali dovranno assolvere anche con tagli sul livello professionale. Progetti di miglioramento dell'assistenza, inserimento di nuove pratiche, ricerche, formazione saranno conseguentemente ridotti. E gli infermieri "impareranno", loro malgrado, a spostarsi da un'unità operativa all'altra per garantire il servizio e sostenere i colleghi di altre unità operative in grande difficoltà. In questo modo l'esperienza assimilata giorno dopo giorno viene dispersa lasciando spazio alla sfiducia, al punto che qualcuno decide di lasciare la professione, mentre ai neo laureati bastano pochi mesi per lasciarsi alle spalle il disincanto toccando con mano una realtà nemmeno ipotizzata durante il percorso formativo.

La crisi è evidente, ma questa condizione sta dettando i parametri entro i quali l'assistenza dovrà essere esercitata. Parametri che rispondono appieno al contenimento dei costi con gli amministratori che decidono il livello di assistenza da erogare, mentre ai clinici non rimane altro che adeguarsi a tali indicazioni.

È un grosso problema di tutti, la coperta è corta, ma dobbiamo essere noi clinici, noi infermieri, assieme a tanti altri professionisti, a rifiutare condizioni al di sotto di standard minimi. Non è una questione di risorse umane, ma di garantire un livello qualitativo dell'assistenza a tutela del cittadino.

La compagine infermieristica deve esprimersi in merito, deve far capire la sua forza e la dissociazione a questo "smantellamento" del servizio alla salute. Un diritto irrinunciabile oggi come ieri. Ma dobbiamo farlo uniti, facendo diventare la nostra voce un coro unanime.

Perché cari colleghi la divisione, la separazione, la frammentazione ci rende deboli, piccoli, insignificanti.

Il livello minimo da garantire al malato non è equivalente di fare il minimo, bensì dare al malato un livello qualitativo degno di tale nome in ospedale, in distretto, a domicilio, nelle residenze sanitarie.

Ma per non accettare le limitazioni imposte dobbiamo documentare gli esiti dell'assistenza: lesioni da decubito, tasso di cadute, infezioni, errori di terapia, incidenti evitabili, per avere la capacità di dichiarare e soprattutto dimostrare che oltre un certo livello non si può tagliare. Perché oltre ci sarebbe un aumento della spesa, conseguente all'aumento di outcome negativi.

Dobbiamo rendere evidente gli effetti dell'assistenza, utilizzando gli strumenti che conosciamo, impariamo a portare dati del nostro lavoro. E il collegio è il contenitore dove deporre questi risultati per poi portarli in evidenza agli organi competenti, regionali e aziendali, per renderli pubblici all'opinione pubblica, alla stampa, alla tivù. Diamo la piena disponibilità per costituire un gruppo di lavoro, con il coinvolgimento dei dirigenti infermieristici, dei coordinatori e di tutti gli infermieri che abbiano a cura l'assistenza alla persona. La sanità è dei cittadini e gli infermieri da tempo hanno siglato un patto con loro: **IO mi impegno ad ASSISTERTI ...** e da questo impegno ogni giorno migliaia di infermieri mettono in campo se stessi, la loro conoscenza, l'esperienza e la competenza senza distinzioni, senza dover decidere a chi dare e a chi togliere. Perché il rischio sta diventando questo.

# Gestione del rischio clinico nel Dipartimento Chirurgico dell'Ospedale di Castelfranco Veneto

## La nostra esperienza in un ospedale "di rete"

### Riassunto

Gli Autori presentano la loro iniziale esperienza sul risk management. Viene riportato l'andamento della raccolta delle schede di segnalazione degli eventi avversi nel periodo tra aprile 2007 ed ottobre 2009 nel dipartimento chirurgico dell'ospedale civile di Castelfranco Veneto, ospedale di rete nella provincia di Treviso. Dopo una iniziale fase di diffidenza si è passati ad un atteggiamento nettamente più collaborativo che, ha portato ad un importante aumento delle segnalazioni. È ipotizzabile che il riferimento persistente al concetto di risk management nella pratica clinica quotidiana (dialogo con i medici, passaggio consegne infermieristiche, stimoli provenienti dai mass-media, confronti con colleghi anche di altri reparti e/o enti ospedalieri) possa aver prodotto un reale aumento di interesse verso la pratica dell'incident reporting.

### Summary

Authors present their experience dealing with risk management at the surgical department of the district hospital of Castelfranco Veneto. On a table-basis they refer about incident reporting between April 2007 and October 2009. Considering the table it is possible to realize how after a sceptic start it was turned into a very effective attitude at last that, drove incident reporting to an important increase. This is probably because persistent reference to risk management during daily clinical practice (dialogues between physicians and nurses, exchanging opinions, stimulations from media) determined a wide increasing of interest for incident reporting.

### Autori:

Cesarina Bacchion\*, Flavio Colaut\*\*, Lamberto Toniolo\*\*, Elisa Ferronato°, Benedetto Marconato\*\*\*, Lorena Sandonà°, Carlo A. Sartori°°

\* Infermiere, UO Chirurgia, Presidio Ospedaliero Castelfranco Veneto

\*\* Medico, Chirurgia Toracica, Presidio Ospedaliero Castelfranco Veneto

\*\*\* Coordinatore Dipartimento Chirurgico Presidio Ospedaliero Castelfranco Veneto

° Direttore di Ospedale Ulss n. 8

°° Direttore Dipartimento Chirurgico Presidio Ospedaliero Castelfranco Veneto

### Introduzione

Il concetto di gestione del rischio clinico ha cominciato ad affermarsi nell'ultimo decennio partendo dalla constatazione, mutuata dal campo aeronautico, che l'errore umano può verificarsi non solo per colpa del singolo individuo, ma soprattutto per le condizioni di insicurezza latenti in un sistema organizzativo (1).

Si tratta dunque di superare il tradizionale concetto di colpa per arrivare a riconoscere l'errore di sistema (2); la verifica cioè delle condizioni in cui si svolge l'attività della persona e del perché le sue azioni non hanno riportato i risultati attesi (3).

Ciò rappresenta una vera e propria rivoluzione culturale: gli eventi avversi/errori percepiti come occasione di miglioramento e non solo come possibile causa di azioni disciplinari nei confronti delle persone coinvolte (4).

Il principale strumento per arrivare ad una corretta gestione del rischio clinico è il cosiddetto "incident reporting", basato sulla segnalazione volontaria e anonima degli eventi avversi da parte degli operatori (5). La metodologia consente la riservatezza delle segnala-

zioni e rappresenta la miglior garanzia possibile di attendibilità e di competenza delle stesse (6). Tale metodica è fra la più utilizzata nel campo della ricerca e, allo stato attuale, altre realtà stanno raccogliendo dati rilevanti attraverso test inerenti l'incident reporting (7). Inoltre, l'analisi delle segnalazioni permette di capire quali sono le imperfezioni del sistema e conseguentemente adottare le contromisure del caso (8).

### Materiali e Metodi

Visto il crescente interesse verso il problema legato alla gestione del rischio clinico, il Dipartimento Chirurgico (composto dai reparti di Chirurgia Generale, SSD di Chirurgia Toracica, SSD di Chirurgia Vascolare, Ortopedia e Urologia) dell'ospedale di Castelfranco Veneto si è dotato a partire dal marzo 2007 degli strumenti atti a raccogliere le segnalazioni degli operatori e a valutarle in un'ottica di miglioramento del servizio (9). Si è scelto di procedere alla nomina dei referenti di progetto e ad una serie di incontri frontali con il personale per illustrare lo scopo e le potenzialità del progetto. Sono state poi distribuite le schede di segnalazione. Queste schede, del tutto anonime, sono state realizzate in maniera da permettere solo l'individuazione del ruolo ed il reparto di provenienza del segnalatore. È stato inoltre inserito un metodo per la classificazione degli eventi secondo un crescente livello di gravità: da 1, situazione pericolosa a cui non è seguito alcun danno, ad 8, evento con gravi esiti.

*Descrizione della scheda di segnalazione spontanea degli eventi.*

La scheda di segnalazione spontanea degli eventi si compone di due parti. La prima viene compilata dall'operatore

sanitario che segnala l'evento e deve riportare dei dati relativi a se stesso e al paziente (facoltativi), sul regime di erogazione della prestazione, una descrizione dell'accaduto ed indicare quali fattori possono aver contribuito al fatto, relativi al paziente, al personale e legati al sistema in cui svolgiamo il nostro lavoro. Infine c'è uno spazio per i suggerimenti per prevenire ed evitare il ripetersi dell'accaduto.

La parte compilata dal medico referente stabilisce il livello dell'evento sia che si sia trattato di evento potenziale che effettivo e valuta il rischio che si possa ripresentare in futuro.

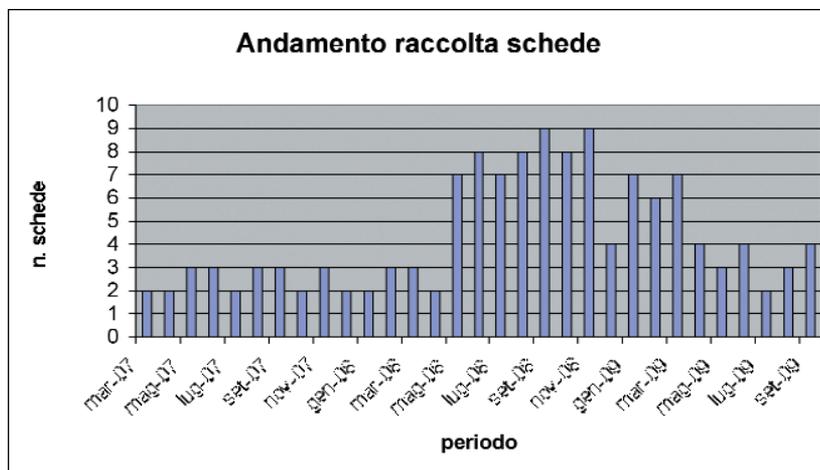
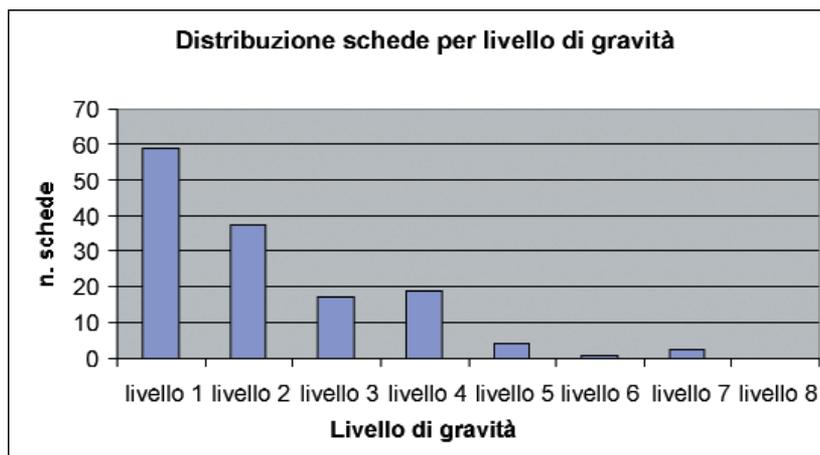
Oltre a ciò dovrà indicare se in seguito all'episodio è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie e se sono stati intrapresi degli accorgimenti per evitare l'accaduto.

### Risultati.

Nel mese di ottobre 2009 risultavano raccolte 140 schede di segnalazione. Tramite l'analisi delle stesse si sono potute fare le prime considerazioni sull'impatto del nuovo strumento: 26 schede sono state compilate da medici, 111 da infermieri 3 miste. Da questo si può dedurre che il nuovo strumento è stato maggiormente recepito a livello infermieristico. 59 segnalazioni riguardano eventi di gravità di livello 1, 37 di livello 2, 17 di livello 3, 19 di livello 4, 4 di livello 5, 1 di livello 6 e 2 di livello 7.

### I livelli di gravità sono così rappresentati:

- livello 1: situazione pericolosa, evento non occorso
- livello 2: situazione pericolosa evento occorso ma intercettato in tempo
- livello 3: evento occorso senza ripercussioni
- livello 4: evento occorso con esito minore che non ha richiesto trattamenti
- livello 5: evento occorso che ha richiesto trattamenti minori (es. bendaggi)
- livello 6: evento occorso con esiti moderati-significativi che hanno richiesto terapia farmacologia e/o intervento chirurgico senza prolungamento della degenza
- livello 7: evento occorso con esiti significativi che hanno richiesto trattamento con prolungamento della degenza
- livello 8: evento occorso con esiti severi (es. disabilità permanente/contributo al decesso)



Le segnalazioni hanno riguardato principalmente situazioni pericolose che non hanno causato alcun danno. La maggioranza delle segnalazioni è giunta dal personale del reparto di Chirurgia Generale: se ne può dedurre quindi che il nuovo strumento non è stato adeguatamente recepito nei reparti di Ortopedia e Urologia. In base ai risultati ed alle discussioni collegiali delle schede di segnalazione sono stati prodotti due documenti a livello intra-dipartimentale. Il primo riguarda un caso di intossicazione da jodio, mentre il secondo documento tratta delle raccomandazioni sulla corretta compilazione della lista operatoria.

### Conclusioni

Dopo quasi due anni di applicazione il nuovo strumento ha dimostrato tutte le sue potenzialità, ma sono prevedibili ulteriori passi avanti per il futuro insistendo sul concetto che le segnalazioni non hanno finalità punitive o disciplinari ma rappresentano un'opportunità di verifica del proprio operato e di crescita professionale.

Solo così si può sperare in un maggior interesse da parte di tutte le figure pro-

fessionali e da parte di tutti i reparti del Dipartimento Chirurgico. Dal grafico si evidenzia all'inizio un andamento sostanzialmente stabile della frequenza (bassa) delle segnalazioni. Dal nostro punto di vista ciò sta a significare che l'interesse per il risk management nel nostro dipartimento chirurgico non ha fino ad ora coinvolto adeguatamente medici ed infermieri dal punto di vista culturale. Un particolare significato può avere l'impennata nelle segnalazioni compresa nei mesi aprile-ottobre 2008: è ipotizzabile che le attese di tale lavoro possa aver prodotto un reale aumento di interesse verso la pratica dell'*incident reporting*. Tale aspetto potrebbe essere considerato un bias dello studio. Infatti tale metodica resta la metodologia più utilizzata dai professionisti clinici.

Resta però irrisolto il problema che riguarda l'atteggiamento non positivo che spesso si riscontra nelle persone chiamate a gestire procedure nuove. Risulta infatti difficile per la maggioranza degli interessati accettare i cambiamenti in quanto questi ultimi sono spesso vissuti come una fonte di preoccupazione e di possibili complicazioni

del proprio lavoro, soprattutto in termini di sovrvertimento della routine consolidata. Si ritiene che il miglioramento della qualità degli incontri per *incident reporting*, la frequenza a corsi di aggiornamento e/o seminari anche in altre sedi e il contatto abituale con specialisti che abbiano già gestito il risk management con maggiore successo, possa apportare un miglioramento alla sensibilità ed al livello culturale dei nostri operatori a tutti i livelli.

#### Bibliografia

1. Marcon G, Ciuffreda M, Corrò P  
Errori medici e danni causati dalle cure  
Professione 2001; 9: 34-41
2. DM Studdert, MM Hello, Ta Brennan  
Medical Malpractice  
Nejm January 15, 2004; 350: 283-292
3. Leape, L Bates, DW Cullen, DJ et al.  
Systems analysis of adverse drug events  
Jama 1995; 274:35-43
4. R. Shaw, F. Drewet et al.  
Adverse events and near miss reporting  
in the NHS  
Qual.Saf. Health Care. 2005; 14; 279-283
5. Baker, R & Norton, P.  
Making patients safer! Reducing error in  
Canadian healthcare.  
Care Papers 2001; Vol 2 no 1, 10-31
6. Cantor M:D;, Baraci P, Derse A., Makalan CW., Schafer Wlody G., Fox E.  
Disclosing Adverse Events to Patients.  
Jt Comm J Qual Saf, 2005, 31,1, 5-12
7. Buccoliero P, Storti M, Zucchi A, Boni D.  
L'infermiere e il risk management: rilevazioni ed analisi degli errori più frequenti in area critica. Infermieri Informati. 2010 Mag-Ago;11(2):21.
- 8 Ciuffreda M, Corrò P, Marcon G  
Come identificare e prevenire errori e danni derivanti dalle cure  
Professione 2001; 9: 41-45
9. Ciuffreda M, Corrò P, Cerutti R, Salmaso AM, Grossele R, Bustreo D, Maggiorato M, Barbiero E, Marcon G  
Hip fracture management: an internist-driven clinical pathway  
Proceeding of 1st International Symposium of Mediterranean Society for Osteoporosis and Other skeletal diseases  
Ischia, March 29-31 2001

# Cronache scandalistiche: il disagio e l'amarezza degli infermieri italiani Dichiarazione della Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi dopo le cronache apparse sui giornali

Roma, 19 gennaio 2011 – *“Abbiamo appreso con forte disagio, attraverso i giornali, di un uso del tutto indecoroso di uniformi da infermiera che sarebbe avvenuto nel corso di incontri a sfondo erotico nei quali sarebbe stato coinvolto il Presidente del Consiglio”*, afferma **Annalisa Silvestro**, Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi.

*“Se i fatti riportati venissero confermati, saremmo di fronte ad una grave offesa alla dignità della figura e dell'immagine di un grandissimo numero di infermiere che ogni giorno, tra mille difficoltà, lavorano per assicurare l'assistenza ai pazienti e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale”*.

*“L'uniforme dell'infermiere è il simbolo di competenze professionali acquisite in anni di studio e dell'impegno che ciascun infermiere assume nei confronti dei pazienti”* – aggiunge **Silvestro**: *“non è accettabile che la si ridicolizzi ed umili in contesti degradanti, a maggiore ragione se si ricoprono cariche pubbliche alle quali fa capo, direttamente o indirettamente, la responsabilità di indirizzare il Servizio sanitario nazionale”*.

*“Come donna e come infermiera esprimo una profonda amarezza per quanto emerso e solidarietà alle donne poliziotto altrettanto tristemente coinvolte in una spirale di vicende prive di ogni decoro”*.



# Il consiglio Direttivo si presenta

## Luca Franzè: "Visti da vicino"

Luca Franzè ha 29 anni ed è sposato con Elisa, una collega infermiera; diplomato Tecnico dei Servizi Sociali, ha conseguito la Laurea in Infermieristica di 1° Livello nel 2003.

Nel 2004, dopo pochi mesi dalla laurea, ha preso servizio nell'Azienda ULSS San Bortolo di Vicenza ed ha iniziato il suo percorso professionale con una prima esperienza, durata cinque anni, in Neurologia. Ha poi scelto di spostare l'attenzione professionale verso la conoscenza dell'area critica, dal 2009 infatti lavora nel reparto di Anestesia e Rianimazione.

Luca si è impegnato anche nel campo della Formazione insegnando dell'Infermieristica del paziente neurologico, modulo inserito nel corso di Laurea Infermieristica di 1° livello e Assistenza di base nel corso per Operatori Socio Sanitari.

*Qual è il tuo ruolo all'interno del Consiglio Direttivo?*

Faccio parte del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza dal 2009 e il mio mandato scadrà nel 2011.

Oltre al ruolo istituzionale di Consigliere, mi occupo di alcuni aspetti legati alla Sicurezza nell'ambiente di lavoro, limitatamente alla sede del Collegio e al personale amministrativo che vi opera. Gli impegni maggiori e anche i più interessanti riguardano alcuni progetti che il Collegio promuove: l'Immagine sociale della professione infermieristica, la Formazione permanente ECM e l'area dei Servizi per l'iscritto.

Fino a poco tempo fa non era prevista la rappresentanza della categoria infermieristica durante la valutazione finale degli Operatori Socio Sanitari, ora c'è un gruppo di infermieri appositamente formati, di cui faccio parte anch'io, che presenziano come Commissari Regionali al momento dell'esame finale.

*Cos'è il Collegio IPASVI per te ora che ne fai parte?*

Il primo approccio con il Collegio fu al momento dell'iscrizione dopo la laurea, in seguito ebbi modo di conoscere qualche consigliere e quindi collaborare con l'IPASVI nell'ambito formativo.

All'inizio della mia carriera professiona-

le mi ero fatto un'idea dell'istituzione che non corrisponde più a quella che ho adesso che la vivo attivamente; percepivo questa realtà come una entità astratta, lontana non solo dalla realtà quotidiana della corsia, ma anche dall'ambiente scolastico che continuavo a frequentare.

Il Presidente mi invitò ad avvicinarmi all'IPASVI più concretamente ed in effetti ero incuriosito e al tempo stesso attratto dall'idea di poter conoscere questo aspetto professionale e decisi di candidarmi. Una volta entrato a far parte del gruppo, ho conosciuto una realtà ricca di attività e di impegni istituzionali; una continua riflessione e valutazione delle dinamiche e delle logiche che sottendono la professione infermieristica sia a livello nazionale che locale, processi che dall'esterno non possono essere osservati e nemmeno percepiti.



Il Collegio IPASVI è un ente di diritto pubblico non economico, istituito e regolamentato da apposite leggi, al quale la norma affida una finalità esterna ed una interna: la prima è la tutela del cittadino/utente che ha il diritto di ricevere prestazioni sanitarie da personale qualificato, in possesso di uno specifico titolo abilitante, senza pendenze rilevanti con la giustizia ecc.; la seconda è rivolta agli infermieri iscritti all'Albo, esercitando il potere di disciplina, contrastando l'abusivismo, esercitando il potere tariffario ma anche favorendo la crescita culturale degli

iscritti, garantendo l'informazione, offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale.

Questa è una descrizione molto generica e tecnica di ciò che è il Collegio IPASVI ma in realtà il concetto è molto più ampio, costituendo oltre 5.000 iscritti che attraverso i 15 consiglieri vengono rappresentati a livello provinciale, regionale e nazionale. Oltre a tradurre in azioni concrete i mandati e le indicazioni della Federazione, di svolgere attività di rappresentanza nei vari tavoli di discussione, contribuisce allo sviluppo professionale attraverso proposte formative agli iscritti e cerca di costruire una rete tra i professionisti che operano nelle diverse realtà sanitarie del territorio vicentino, perché fermamente convinto che tutte le attività svolte in sinergia diano corpo al continuo percorso di crescita che contraddistingue la nostra professione. Basti pensare a come e quanto, in meno di mezzo secolo, la nostra professione sia cambiata e riconosciuta, anche se ancora non del tutto valorizzata.

Ogni anno il Consiglio Direttivo valuta le esigenze dei cittadini e dei professionisti del territorio di competenza, definisce le priorità di intervento e conseguentemente stila un piano che comprende diverse aree tematiche e che presenta in occasione dell'Assemblea Annuale degli iscritti:

- esercizio professionale
- giuridico - professionale
- formazione di base
- formazione permanente ECM
- ricerca infermieristica
- organizzazione
- biblioteca
- informazione
- sviluppo e diffusione della cultura infermieristica
- libera professione
- infermieri non comunitari.

A nome del Collegio invito tutti gli iscritti, che desiderassero approfondire queste tematiche, a contattare la segreteria per trovare le giuste modalità per collaborare e insieme produrre quei cambiamenti che sono necessari, promuovere la cultura della condivisione delle esperienze e insieme mirare gli interventi del Collegio su aree concrete di miglioramento possibile.



# I corsi ECM e gli eventi formativi per 2011

## Il Codice deontologico dell'infermiere

Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009

**Capo III Articolo 11:** L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Nessun professionista, tanto meno quello sanitario, può fare a meno della formazione per continuare a lavorare bene, lo stesso Codice Deontologico dell'infermiere lo afferma chiaramente. Anche la normativa vigente impone ai professionisti di acquisire 50 crediti ECM all'anno, quindi, è compito di ogni infermiere curare il proprio sviluppo professionale e lo può fare attraverso diverse modalità: i corsi proposti dalle Aziende Sanitarie, che sono obbligatori ma gratuiti per il personale dipendente, quelli residenziali, che spesso sono costosi e lontani da casa, i corsi FAD, che richiedono un collegamento telematico e una certa abilità nell'uso del computer; la formazione sul campo, che è sicuramente il metodo più efficace, ma che ancora non ha trovato una piena applicazione. Ci sono poi le diverse proposte universitarie con la laurea di secondo livello, i master post laurea di primo e di secondo livello, percorsi impegnativi e costosi che spesso non si conciliano con le proprie scelte di vita personale. Ci sono anche altri approcci, che sono meno consueti agli infermieri e che il Collegio raccomanda e suggerisce, come lo studio personale di argomenti e tematiche inerenti al proprio contesto clinico; la lettura di riviste specializzate e di libri aggiornati, la consultazione delle fonti autorevoli. Queste sono modalità che comportano prevalentemente un investimento in termini di tempo perché tutta la bibliografia è ormai reperibile sia attraverso la biblioteca dell'Azienda ULSS n. 6, con la quale il Collegio IPASVI ha fatto un accordo per l'accesso gratuito a tutti gli iscritti di Vicenza, sia con la biblioteca del Collegio.

Il Collegio IPASVI ritiene che la formazione sia l'alimentazione dei processi di

miglioramento e di cambiamento di ogni contesto, è consapevole che sempre più bisogna lavorare in team sia nei contesti assistenziali quanto in quelli strategici decisionali e, per la prima volta, i componenti del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza hanno partecipato ad un percorso formativo sulle tematiche del lavoro di squadra e della comunicazione efficace.

Ad ottobre, insieme ad alcuni componenti del Collegio dei Revisori dei Conti e le due segretarie amministrative del Collegio, abbiamo fatto questa esperienza formativa dal titolo **"Team work - Il lavoro di squadra e la comunicazione"** durante il quale sono state affrontate le tematiche inerenti all'acquisizione dell'abilità e le competenze per comunicare in modo efficace e per costituire e motivare gruppi in grado di lavorare in maniera efficace in ambienti stimolanti. Per la prima volta il gruppo dirigente del Collegio ha avuto la possibilità di confrontarsi sulla condivisione dei valori e delle strategie per far sì che questi si affermino a beneficio di tutti gli infermieri. Per la prima volta ci si è concessi il tempo per riflettere, non solo sulle decisioni da prendere, cosa che facciamo durante i consigli periodici, ma anche per riflettere su dove stiamo andando, sulla coesione e sulla coerenza del gruppo dirigente.

È emersa forte la consapevolezza della responsabilità che il gruppo sente di avere nel rappresentare gli oltre 5000 infermieri vicentini, una consapevolezza che spesso viene data per scontata ma che ha bisogno di essere periodicamente rielaborata, considerato che viviamo in una società in continuo e rapido movimento.

Sono state tre giornate intense durante le quali ognuno di noi ha potuto espri-

mere la propria visione delle diverse tematiche affrontate e durante le quali si è potuto verificare che il gruppo attuale, nonostante le irrinunciabili diversità di pensiero all'interno di valori condivisi, ha dimostrato di essere una squadra tesa verso l'unico obiettivo sintetizzato con uno slogan: "NOI, CON NOI, PER NOI E PER GLI ALTRI". Questo slogan sta a significare che NOI, infermieri componenti del Consiglio lavoriamo CON NOI, ovvero noi e voi infermieri di corsia, di ambulatorio e/o servizio, domiciliare, della Casa di Riposo, della Sanità Penitenziaria, libero professionista, formatore, coordinatore, dirigente,... PER NOI E PER GLI ALTRI ovvero per gli infermieri e per il cittadino.

In questo obiettivo ci siamo riconosciuti tutti, per questo dedichiamo parte del nostro tempo libero e cerchiamo le strategie migliori per favorire la comunicazione tra noi e verso l'esterno.

In questo difficile periodo in cui le Aziende stanno cambiando il modello organizzativo, dove la convivenza di diverse professionalità richiede sempre più sinergia, condivisione di chiari intenti, collaborazione e alleanze con i pazienti, i familiari, i volontari; dove i posti letto sono sempre meno e le risorse messe disposizione sempre più preziose e scarse, dove il paziente in reparto è sempre più bisognoso di cure ma si trattiene sempre meno in corsia, il nostro pensiero corre al Coordinatore. Chi lo aiuta? Con chi può fare squadra?

Il coordinatore è un "capo" e come tale è solo, ha una tale quantità e varietà di incombenze e responsabilità per cui non può che lamentare sempre la mancanza di tempo, soprattutto mancanza di tempo per riflettere e ripercorrere quanto è accaduto durante il giorno, ripensare a come ha risolto una certa situazione, il tempo per documentare il suo sapere e la sua esperienza per trasmetterli, per lasciarne traccia. Il Collegio vuole essere vicino ai Coordinatori perché fermamente convinto che questa figura sia determinante per il buon andamento dell'assistenza, per la soddisfazione dei pazienti, per la garanzia di livelli di competenza, professionalità e umanità per il cittadino e i suoi familiari.

Per il 2011, quindi, vogliamo proporre un percorso formativo per Coordinatori con l'intento di fornire degli strumenti conoscitivi ed operativi a supporto di chi ha la responsabilità di condurre dei team di lavoro per continuare a lavorare bene e, se possibile, facilitare il compito, ecco perché la seguente proposta formativa è dedicata ai soli colleghi infermieri che svolgono attività di Coordinatori/Caposala: **"Essere" o "Fare" i coordinatori? Un percorso formativo/esperienziale per lo sviluppo delle competenze del coordinatore infermieristico**

**Docenti:**

Dott.ssa Marta Boaretto

Psicologa-psicoterapeuta

Dott. Alessandro Copes

Psicologo - Psicoterapeuta

Verranno proposte 3 edizioni nell'arco del 2011 per dare la possibilità di partecipare a quanti più Coordinatori lo desiderino, per ogni edizione sono previsti al massimo 25 partecipanti. Il corso avrà una durata di 20 ore distribuite in tre giornate di cui due da 8 ore, a distanza di una settimana l'una dall'altra ed una giornata di 4 ore, a distanza di tre mesi dai primi due giorni. Il costo del corso sarà di 100,00 per gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza e di 150,00 per i non iscritti con le consuete modalità di iscrizione. Il calendario proposto è il seguente:

Venerdì 18 - 25 marzo 2011 (8.30-17.30) e sabato 11 giugno (8.30-13.00)

Sabato 26 marzo - 9 aprile 2011 (8.30-17.30) e sabato 18 giugno (8.30-13.00)

Venerdì 23 - 30 settembre (8.30-17.30) e sabato 17 dicembre (8.30-13.00)

I docenti, nella prima giornata, **"Quale coordinatore?"** affronteranno le tematiche che quotidianamente coinvolgono i Coordinatori quali: la posizione che occupano come figura ponte tra le altre figure presenti nei contesti in cui lavorano, le aspettative dei differenti interlocutori, le criticità e le richieste che ogni giorno affrontano. Ogni discente potrà fare un percorso per comprendere le proprie caratteristiche di coordinatore e il proprio stile di leadership prendendo in esame i fattori bloccanti e quelli motivanti, le difficoltà maggiori e i successi, i bisogni che ricercano e quelli che trovano soddisfazione.

Verranno proposti alcuni modelli di leadership che consentano al coordinatore di trovare il giusto equilibrio tra orientamento al compito e attenzione alle relazioni e verranno prese in esame alcune strategie della comunicazione efficace e dell'assertività per acquisire altri strumenti che possano facilitare la chiarezza di espres-

sione e favorire la comunicazione.

Nella seconda giornata, **"Le risorse del coordinatore"** si affronteranno le tematiche relative alle risorse del coordinatore intese come competenze relazionali nella gestione dei conflitti tra esigenze di accoglimento e necessità di autorevolezza; si proporranno delle strategie per monitorare e migliorare il clima organizzativo e per motivare il gruppo di lavoro. Nell'ultima giornata, **"Il coordinatore nella prassi quotidiana"** verrà proposta la condivisione dei percorsi avviati, la verifica delle abilità acquisite e delle criticità restanti e la condivisione di strategie per proseguire l'esperienza tra percorsi individuali o di gruppo.

Per gli infermieri si propone:

**"Collaborare in equipe: strategie e strumenti per potenziare le risorse del gruppo di lavoro"**

**Docenti:**

Dott. Alessandro Copes

Psicologo - Psicoterapeuta

Dott.ssa Marta Boaretto

Psicologa - psicoterapeuta

Verranno proposte 3 edizioni nell'arco del 2011 per dare la possibilità a quanti più Infermieri lo desiderino e per ogni edizione sono previsti al massimo 25 partecipanti. Il corso avrà una durata di 16 ore distribuite in due giornate di 8 ore a distanza di una settimana l'una dall'altra. Il costo del corso sarà di 80,00 € per gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza e di 120,00 € per i non iscritti con le consuete modalità di iscrizione. Il calendario proposto è il seguente:

Sabato 21 - 28 maggio 2011 (8.30-18.00)

Sabato 15 - 22 ottobre 2011 (8.30-18.00)

Sabato 12 - 19 novembre (8.30-18.00)

Un "gruppo di lavoro" può raggiungere i propri obiettivi professionali solo lavorando in condizioni di "interdipendenza positiva"; diventa necessario acquisire consapevolezza della propria identità professionale e apprendere strumenti che consentano di lavorare facendo dell'ete-

rogeneità (di competenze, di strumenti, di punti di vista, di ruoli) una risorsa.

Nella prima giornata, **"Il gruppo di lavoro e l'integrazione professionale"**, verrà stimolata una riflessione relativa alla differenza tra un semplice "gruppo" ed un "gruppo di lavoro", incoraggiando i partecipanti ad analizzare concretamente il proprio contesto lavorativo, anche con l'aiuto di parametri di valutazione. Si inviteranno i partecipanti a riflettere su ruoli, responsabilità e competenze delle varie figure professionali all'interno dell'équipe. Si cercherà inoltre di sperimentare e confrontare gli effetti di modalità lavorative differenti, suggerendo la necessità, soprattutto in un contesto di cura, di soluzioni di tipo "collaborativo". Nella seconda giornata, **"Strategie di integrazione"**, verrà quindi affrontata la questione del "come" lavorare in gruppo, approfondendo i temi dell'assertività e della comunicazione efficace. Verranno forniti nuovi strumenti di lavoro orientati ad esprimere critiche o apprezzamenti costruttivi, a migliorare la circolazione delle informazioni, la presa di decisioni e le discussioni all'interno dell'équipe di lavoro. Grazie all'uso di esercizi e simulate, sarà possibile applicare e verificare le abilità apprese durante il corso ricevendo importanti feedback dal gruppo stesso.

25 febbraio 2011

dalle ore 15.00 alle ore 18.00

**"ASSEMBLEA ANNUALE" degli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza**

Aula Magna "Onza" della Scuola per Operatori Sanitari  
Relazione del Presidente  
Approvazione del Bilancio Preventivo, del piano programmatico per il 2011 e del Bilancio Consuntivo 2010

Tutti gli eventi formativi proposti potrebbero subire delle variazioni, pertanto, si suggerisce di visitare il nostro sito [www.vicenzaipasvi.it](http://www.vicenzaipasvi.it) per gli aggiornamenti e per le modalità di iscrizione.



# IL FAST TRACK, evoluzione della competenza infermieristica

## Un modello organizzativo per il miglioramento qualitativo delle prestazioni con la riduzione dei tempi d'attesa per i pazienti afferenti al Pronto Soccorso

Il problema di sovrappollamento nei Pronto Soccorso si è generalizzato in tutti i paesi industrializzati e nei centri urbani maggiori.

Il sovrappollamento è causa di disorganizzazione e disagio sia per gli utenti che per i professionisti sanitari. Una situazione che, per i ritmi ai quali sono sottoposti gli operatori sanitari (Medici e Infermieri), può generare errori ed esporre i pazienti ad una risposta inappropriata, con aumento dei tempi di attesa per i pazienti critici.

Tuttavia la letteratura evidenzia che quasi il 70% delle richieste di intervento in pronto soccorso risulta essere inappropriata per diversi fattori, tra questi il problema del sovrappollamento deve essere affrontato.

Il solo aumento del personale non basta, è necessario attivare un diverso sistema operativo in grado di determinare un miglioramento organizzativo con la riduzione dei tempi d'attesa.

Il Fast Track è un nuovo sistema che consente di inviare i pazienti, affetti da traumi minori, direttamente alle cure degli infermieri, riducendo notevolmente i tempi d'attesa.

Ma il Fast Track dove è nato, quali vantaggi offre e a quali rischi legati alla responsabilità professionale espone l'infermiere? E ancora, vi sono già esperienze in atto in Italia?

Queste domande troveranno risposte in occasione del corso di formazione che il Collegio IPASVI di Vicenza, assieme alla SIMEU, sta organizzando.

Il corso sarà rivolto ad infermieri e medici dei Pronto Soccorso di Vicenza e provincia ma anche del Veneto.

### OBIETTIVI

Conoscere i sistemi operativi in grado di determinare un miglioramento organizzativo con la riduzione dei tempi d'attesa per pazienti 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.

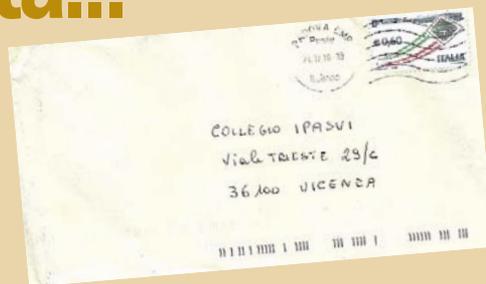
Individuare la formazione necessaria per le funzioni di triage Fast Track. Presentare esperienze in corso nel panorama Italiano.

### SEDE e QUOTE ISCRIZIONI

In definizione -

Per **INFORMAZIONI** sull'evento resta collegato al Sito del Collegio IPASVI di Vicenza

## C'è posta... per noi



NATALE 2010

Gentile Presidente GIANMARIA, Gentili Colleghi e Infermieri del Consiglio direttivo con il 31 dicembre conclude la mia attività professionale presso l'azienda USS di Vicenza poi anch'io entrato nel gruppo dei "pensionati", comunque è mia intenzione rimanere "social" al Collegio.

In occasione di questo traguardo vorrei esprimere la mia riconoscenza al Collegio per le competenze, la cultura professionale che ho imparato in me, per il contributo che ho dato allo sviluppo della mia professionalità.

SEQUE PETRO

L'appartenere a questa Associazione mi ha fatto sentire forte ed entusiasta di essere parte di una categoria veramente unica e straordinaria.

A voi tutti la mia ammirazione per l'impegno e la tenacia nel portare avanti l'attività associative e nel realizzare i grandi e nobili obiettivi che la Federazione Nazionale suggerisce - Vi ringrazio ancora per la grande opportunità che mi avete dato fatta c'è facendo al precedente Congresso del 2003 a Firenze.

Auguro a tutti voi Buon Natale e un Anno Nuovo ricco di lavoro ma anche ricco di tante soddisfazioni per i nuovi traguardi raggiunti.

Carlo Arnesi

# L'Università di Padova apre un Corso di Laurea Infermieristica a Montecchio Precalcino

A partire dall'a.a. 2010/2011 è stato attivato a Montecchio Precalcino, in convenzione con l'ULSS n° 4 "Alto Vicentino", un Corso di Laurea in Infermieristica, abilitante alla professione di infermiere, di durata triennale, canale parallelo della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova.

Il corso, autorizzato dalla Regione Veneto nell'ambito del protocollo di intesa con l'Università di Padova, è stato fortemente voluto dalla Direzione dell'Azienda ULSS 4 e dalle Istituzioni Locali.

All'inaugurazione del corso e apertura dell'Anno Accademico sono intervenuti rappresentanti della struttura sanitaria, tra cui l'ex direttore generale e ora Segretario Regionale alla Sanità Domenico Mantoan, ideatore del progetto, Annamaria Tomasella direttore generale ff; oltre ad autorità del mondo accademico, come il Preside del Corso di Laurea Daniele Rodriguez e il Coordinatore Didattico Graziano Cosaro, il Presidente della Conferenza dei Sindaci Alberto Toldo e il Sindaco di Montecchio Precalcino Imerio Borriero.

In modo unanime è stato messo in evidenza che la decisione di diventare In-

fermiere rappresenta una vera scelta di vita. Si tratta di un lavoro fonte di forti emozioni e su cui si dovrà riuscire a mantenere sempre una grande componente di umanità.

Con i 160 posti assegnati per il primo anno, si va a incrementare l'offerta formativa per Infermieri in un territorio carente di tale figura professionale.

Rappresenta il Corso di Laurea in Infermieristica con maggior numero di studenti al primo anno fra i corsi presenti nella Regione Veneto, è situato nel complesso della bellissima Villa Nievo Bonin Longare di Montecchio Precalcino (Vicenza). Il percorso formativo, che si articola in lezioni frontali, laboratori didattici e periodi di tirocinio clinico, dà la possibilità di raggiungere gli obiettivi formativi definiti con il supporto, oltre che di docenti universitari, con la supervisione e guida di Infermieri Esperti con competenza tutoriale.

Pertanto, gli studenti, "guidati" nella loro esperienza formativa e di tirocinio, avranno modo di misurarsi sulle abilità acquisite e di definire la loro reale motivazione alla professione.

Gli studenti sono supportati dai tutor didattici sui quali possono contare in ogni momento del loro percorso formativo.

Le lezioni possono essere seguite sia in aula, con il docente, che in videoconferenza, con la possibilità di interagire in ogni momento con il docente stesso.

Gli iscritti al Corso possono, inoltre, esercitarsi per l'acquisizione di abilità manuali nei due laboratori didattici a disposizione e nell'aula informatica (FAD).

Lo staff è fortemente motivato e in possesso di conoscenze teoriche acquisite nel percorso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche, senza tralasciare il prezioso contributo costituito dalle abilità pratiche maturate nel corso dell'attività professionale di coordinamento delle attività assistenziali nelle unità operative e servizi dell'Azienda ULSS n.4. Per questo inizio di esperienza lo staff è composto da:

- un Coordinatore degli insegnamenti teorico-pratici;
- tre Tutor clinici;
- un Infermiere;
- un Amministrativo.



# Aumentano i posti per la laurea in infermieristica

## Attenzione a garantire i requisiti professionali e organizzativi

*“Laddove il contesto clinico è permeato da buone relazioni fra il personale e con i pazienti e prevale una struttura poco gerarchica in cui il coordinatore crea i presupposti per l'accoglienza dello studente e la valorizzazione dell'attività di tutorato, si riscontrano i migliori ambienti di apprendimento clinico”.*

Le iniziative volte ad ampliare l'offerta formativa per l'infermiere rispondono alla necessità di dare una risposta alla carenza infermieristica nelle strutture pubbliche e private. Il Collegio IPASVI di Vicenza ha accolto positivamente l'attivazione del polo formativo di Montecchio Precalcino per il percorso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Padova. Tuttavia l'attivazione di un nuovo polo universitario deve necessariamente prevedere la disponibilità di risorse umane adeguate dal punto di vista della preparazione professionale, in rapporto al numero di studenti, con una struttura organizzativa in grado di garantire lo sviluppo culturale, professionale ed umano degli studenti.

Un progetto formativo deve creare i presupposti organizzativi volti a ridurre il divario tra teoria e pratica, attraverso il coinvolgimento dei contesti operativi clinici per creare le condizioni che permettano allo studente di sperimentare modalità operative coerenti con il profilo professionale e con il percorso di studi previsto.

Per tali ragioni il collegio IPASVI di Vicenza ha dato vita ad un **gruppo di lavoro** con il mandato di individuare una serie di requisiti che, a complessità crescente, possano guidare le Direzioni Aziendali delle ULSS e, più specificatamente, le Direzioni Infermieristiche nell'individuare le sedi di tirocinio più idonee e pianificare, progettare i necessari cambiamenti organizzativi in coerenza con i requisiti professionali da raggiungere nel percorso di laurea in infermieristica.

**L'obiettivo**, condividendo che la formazione dello studente infermiere è una responsabilità di tutti aveva lo scopo di individuare i requisiti irrinunciabili per favorire il miglior apprendimento dall'esperienza agli studenti del corso di laurea in infermieristica, in coerenza con i principi teorici forniti in aula.

### REQUISITI ORGANIZZATIVI

#### 1. La sede di tirocinio ha risorse materiali ed umane quali-quantitativamente commisurate a favorire l'acquisizione di competenze cliniche degli studenti

La dotazione organica di infermieri ed operatori di assistenza:

- garantisce lo standard assistenziale concordato, per ogni specifica U.O., tra il responsabile della funzione assistenziale aziendale e il coordinatore infermieristico dell'U.O.
- garantisce la presenza di almeno un supervisore con specifica formazione per U.O.

#### 2. Il modello assistenziale della sede di tirocinio favorisce l'assunzione di responsabilità clinica infermieristica

In ogni unità operativa sede di tirocinio:

- sono esplicitate le competenze infermieristiche di base e avanzate per ogni figura professionale presente nell'équipe,
- viene effettuata sistematicamente la revisione continua della pratica clinica infermieristica con la conseguente adozione sistematica di protocolli, procedure, linee guida ed altri strumenti di standardizzazione dei processi lavorativi secondo i principi EBN. Tali strumenti sono conosciuti e utilizzati dal tutor professionale, dal supervisore, da tutti gli infermieri dell'U.O. e dai professori a.c. in infermieristica.

#### 3. il modello organizzativo della sede di tirocinio è orientato alla personalizzazione dell'assistenza e alla presa in carico

L'U.O. utilizza gli opportuni modelli organizzativi, i relativi strumenti di accertamento del grado di complessità assistenziale e di documentazione dell'assistenza.

### REQUISITI PROFESSIONALI e Funzioni Direttore della didattica professionale (DM 270/2004, art 4.)

Garantito in ogni sede aziendale nella quale si svolge formazione sia d'aula che clinica:

- Progetta, coordina e gestisce le attività di tirocinio clinico e di laboratorio degli studenti considerando i criteri formativi, organizzativi e clinici dei servizi, nonché le linee di indirizzo degli organi universitari e professionali;
- Individua i criteri e le modalità per la sele-

zione dei tutor della didattica e della clinica coerentemente con la normativa vigente;

- Coordina i tutor afferenti alla sede formativa per tutte le attività professionalizzanti e di integrazione alla didattica garantendo l'inserimento e lo sviluppo formativo;
- Coordina i docenti del settore scientifico disciplinare specifico promuovendo l'integrazione degli insegnamenti teorici con quelli professionali;
- Fornisce attività consulenza pedagogica e attività di orientamento agli studenti attraverso colloqui ed incontri programmati;
- Promuove strategie di integrazione con i referenti dei servizi sanitari a tutti i livelli per facilitare e migliorare la qualità dei percorsi formativi professionalizzanti;
- Produce report ed audit rispetto all'attività formativa professionalizzante realizzata.

### Tutor professionale

- Uno per anno di corso (almeno), in carico alla sede del corso di laurea e con rapporto di lavoro a tempo pieno,
- In possesso di competenze pedagogiche avanzate nella metodologia della didattica acquisite attraverso percorsi di formazione e/o di sperimentazione sul campo (accreditati):
- interviene nella progettazione e conduzione di laboratori di formazione professionale e crea le condizioni per la realizzazione di tirocini di qualità;
- supervisiona i percorsi formativi professionalizzanti nelle sedi di tirocinio;
- aiuta i supervisori a selezionare le opportunità di apprendimento in coerenza con gli obiettivi ed il piano di tirocinio dello studente;
- facilita i processi di valutazione dell'apprendimento in tirocinio.

### Supervisore

- infermiere esperto dell'U.O. sede di tirocinio, incaricato con funzioni di guida per gli studenti assegnati mentre svolge le sue normali attività professionali;
- si coordina con il tutor professionale per la selezione delle opportunità di apprendimento in coerenza con gli obiettivi ed il piano di



- tirocinio dello studente;
- è garante della sicurezza dello studente e degli utenti;
- vigila e garantisce la qualità dell'assistenza attraverso la supervisione;
- collabora nel processo di valutazione dell'apprendimento con il tutor professionale.

**Coordinatore infermieristico dell'unità operativa**

- Collabora con il direttore, il tutor ed il supervisore per la progettazione dei percorsi formativi professionalizzanti;
- Concorda l'individuazione dei criteri per la scelta dei supervisori con il Direttore della didattica professionale e con il tutor professionale;
- Concorda modalità organizzative per facilitare i percorsi di apprendimento degli studenti;
- Garantisce la sicurezza a pazienti e studenti durante il tirocinio.

Questi requisiti sono stati favoriti al Direttore della didattica professionale del polo didattico di Montecchio Precalcino Dr. Graziano Cosaro affinché possa avere degli strumenti con cui condividere con i propri collaboratori elementi di coerenza, volti alla maggior possibilità di sviluppo professionale degli studenti di infermieristica.

A lui e al suo staff i migliori auguri di buon lavoro e la disponibilità piena da parte del direttivo IPASVI di Vicenza per un confronto o forme di collaborazione.

**Gruppo di Lavoro:**

IPASVI Vicenza

Fanchin Gianmaria (Presidente), Pegoraro, Federico (Vicepresidente), Vicariotto Fabio, Dal Degan Sonia (Tesoriera), Storti Matteo, Bertozzo Loretta, Rossetto Valeria, Franzè Luca;

**ULSS 4 THIENE – SCHIO**

Pagin Cristina, Morini Cristina (Direzione Professioni Sanitarie)

**ULSS 3 BASSANO DEL GRAPPA**

Mosele Antonella (Responsabile), Scoccia Gabriella (Servizio delle Professioni Sanitarie)

**ULSS 5 ARZIGNANO**

Degan Mario (Dirigente) Dalla Riva Cristina (Servizio delle Professioni Sanitarie)

**ULSS 6 VICENZA**

Vicariotto Fabio (Servizio delle Professioni Sanitarie), Scacco Carla, COORDINAMENTO PROVINCIALE CAPOSALA VICENZA

Cesta Antonia (Presidente)

**UNIVERSITA' di VERONA – POLO di VICENZA**

Baldinazzo Suor Nadilla (Coordinatore), Savio Michela (Tutor)

**IPAB SALVI VICENZA**

Morandini Paola (Responsabile Servizio Infermieristico)

COORDINAMENTO COLLEGI IPASVI VENETO

# La formazione ECM-FAD Un'agevole opportunità per l'aggiornamento continuo

L'avvio del programma nazionale di ECM nel 2002, in base al DLgs 502/1992 integrato dal DLgs 229/1999 che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, ha rappresentato un forte messaggio nel mondo della salute.

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale. La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta. Per poter acquisire queste buone pratiche è necessario, oggi più di ieri, spendere una parte delle proprie energie per l'aggiornamento.

Dall'istituzione del sistema ECM sono state attivate numerosissime opportunità formative, tradizionalmente di forma residenziale; alla fine del 2009 è stato delineato un nuovo regolamento del sistema ECM (in vigore dal 2010), che ha dato nuova spinta verso altre tipologie di formazione.

Tra le opportunità non ci sono più solo il congresso, il convegno o il corso residenziale d'aula, ma anche altre forme di aggiornamento come la formazione sul campo (che deve rispondere ai criteri di appropriatezza tra l'esercizio della professione e l'aggiornamento) e la formazione a distanza (che riesce a raccogliere un numero elevato di partecipanti abbattendo i costi e coniugando strategie formative universali che arrivano agli operatori in modo omogeneo).

In particolare, con la formazione a distanza (FAD) l'operatore sanitario ha la possibilità di aggiornarsi tramite contenuti didattici fruibili a distanza.

I corsi ECM-FAD infatti possono essere svolti in diverse modalità: attraverso lo studio di monografie e la compilazione di questionari valutativi, video con modalità sincrona o asincrona, studio di diapositive on line, casi clinici interattivi.

L'introduzione della FAD è stata particolarmente apprezzata dagli infermieri che, vincolati dalla struttura organizzativa del loro lavoro, hanno maggiori difficoltà a partecipare ai tradizionali corsi residenziali.

Il Collegio IPASVI di Vicenza, nel presentare il piano formazione per il secondo semestre 2010, ha raccolto questa opportunità, proponendo ai propri iscritti in regola con il pagamento della quota annuale due eventi formativi in FAD ad un prezzo agevolato (in collaborazione con SANITANOVA), che consentono l'acquisizione di 30 crediti al completamento positivo di ciascun corso.

È opportuno ricordare che la normativa in vigore prevede che il numero massimo dei crediti acquisibili in FAD non può superare nel triennio di riferimento il 60% dei crediti totali (n. 90 crediti formativi su 150), in relazione alla specificità delle competenze infermieristiche.

Tutte le informazioni relative alla tipologia dei corsi, all'iscrizione ed ai costi per la partecipazione sono disponibili nel sito [www.vicenzaipasvi.it](http://www.vicenzaipasvi.it) oppure su [www.obiettivoinfermiere.it/ecmipasvi/](http://www.obiettivoinfermiere.it/ecmipasvi/).

**25 febbraio 2011**

dalle ore 15.00 alle ore 18.00

## "ASSEMBLEA ANNUALE"

degli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza

Aula Magna "Onza" della Scuola per Operatori Sanitari

Relazione del Presidente

Approvazione del Bilancio Preventivo, del piano programmatico per il 2011 e del Bilancio Consuntivo 2010

# Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione

Legare una persona mani e piedi con fasce o cinghie ad un letto è una pratica consolidata nella maggioranza dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura<sup>1</sup>, sulla cui liceità si discute da sempre. La sua diffusione nel territorio nazionale non è però omogenea e "non trova giustificazioni di ordine epidemiologico"<sup>2</sup>. In genere più che cercare il modo per superarla, si studia il metodo per eseguirla nel modo tecnicamente più sicuro ed efficace, nella convinzione così di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori. Ecco quindi che fioriscono protocolli ad hoc che, se si escludono quelli finalizzati all'eliminazione a breve termine di questa pratica, finiscono per darle una cornice di ufficialità e un'apparenza di legalità, contribuendo così al suo mantenimento. Alcune realtà invece hanno servizi con porte e finestre aperte e non legano le persone da quasi quarant'anni<sup>3</sup>. C'è sempre comunque chi rimane scettico su questa scelta o la taccia di ideologismo o estremismo.

Credo che ora non sarà più possibile fare queste critiche, in quanto la **Conferenza Delle Regioni e delle Provincie autonome**<sup>4</sup> è intervenuta autorevolmente sull'argomento con il documento: "contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione"<sup>5</sup>. Si tratta di una serie di raccomandazioni, che non si propongono di dare delle indicazioni tecniche, ma di definire una strategia per la prevenzione ed il superamento della contenzione fisica delle persone. Sebbene il documento sia discutibile per alcuni aspetti e non sia di certo la soluzione definitiva del problema, gli va comunque riconosciuto il merito di aver rotto il muro del silenzio che avvolge questa pratica, "diffusa e sottovalutata" (vedi nota 2) e di aver ristabilito alcune verità. L'intervento della Conferenza è stato a sua volta sollecitato dal **Comitato Europeo per la prevenzione della tortura e delle pene** (CPT) nella sedicesima relazione del 2006 (capitolo: MEZZI DI CONTENZIONE IN ISTITUTI PSICHIATRICI PER ADULTI).<sup>6</sup> La Conferenza fa pro-

prie le tesi del CPT, le richiama continuamente nel proprio documento e ne riporta anche un sunto.

## Concetti principali del documento

Sono le tesi che supportano le raccomandazioni la parte più importante del documento. Ecco in sintesi:

### Eliminare la contenzione è un obiettivo realistico e possibile.

"...È possibile porsi realisticamente l'obiettivo di eliminare la contenzione fisica dalla pratica psichiatrica... Obiettivo finale delle Raccomandazioni è che tutte le Regioni si attivino per introdurre nell'assistenza psichiatrica le modificazioni (di conoscenze, di atteggiamenti, di risorse, di gestione, di organizzazione) in grado di portare al valore zero, in modo stabile e sicuro, il numero delle contenzioni praticate nei Servizi di Salute Mentale". (ibidem)

È sicuramente il concetto più importante di tutto il documento. Stabilito però questo principio, credo risulti subito evidente, che ciò che viene indicato come una possibilità, per un infermiere, in base ai valori della sua professione, dovrebbe diventare un dovere, un imperativo morale.

### In alcune realtà questo già avviene.

È il giusto riconoscimento di chi fa coincidere salute mentale con rispetto della dignità e promozione dei diritti delle persone. Viene elencata una serie di iniziative intraprese dalle regioni. Fra queste cito solo quella della regione Toscana che con il PSR 2008-2010 *proibisce l'uso della contenzione fisica* e ordina il monitoraggio delle prescrizioni psico-farmacologiche che potrebbero assumere il significato di contenzione chimica.

### La contenzione è una pratica anititerapeutica.

Viene usata come "punizione" e sanzione per cattiva condotta, "misura di comodo del personale", "danneggia il paziente anche quando non ne mette a rischio la integrità fisica, e danneggia la credibilità della psichiatria come scienza terapeutica", alimenta il "mito della natura intrinsecamente violenta della cura psichiatrica" ?ibidem? e alimenta

lo stigma verso la malattia mentale e conseguentemente la diffidenza e l'allontanamento delle persone con disagio dai servizi psichiatrici.

Si sfa anche il mito che si ricorra a questo pratica per mancanza di personale.

"Diverse volte la giustificazione fornita al CPT è stata quella secondo cui la penuria di personale obbligava ad un maggior ricorso ai mezzi di contenzione. Questo ragionamento è infondato. Il corretto utilizzo di mezzi di contenzione in un ambiente appropriato richiede più – e non meno – personale medico, poiché ogni caso di ricorso alla contenzione comporta la mobilitazione di un membro del personale per assicurare una sorveglianza diretta, personale e permanente (cf. paragrafo 50)."<sup>7</sup>

### La contenzione è un reato al di fuori dello "stato di necessità".

"...al di fuori di queste condizioni per compiere un intervento, che altrimenti si configurerebbe come un reato, può essere invocata un'urgenza indifferibile, qualora si ravvisino condizioni eccezionali di necessità e ove ricorrano oggettive esigenze di salvaguardare la persona dal pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile." (vedi nota 2)

Lo "stato di necessità" è una circostanza limite - e lo è ancora di più in un servizio psichiatrico<sup>8</sup> - Questa causa di giustificazione, definita in modo rigoroso dall'art. 45 del c.p. ha perso completamente il suo significato originale in ambiente psichiatrico. La locuzione è diventata la formula magica, che pronunciata dal medico, renderebbe possibile la contenzione a la discrezione. In realtà il solo che può riconoscere uno stato di necessità come tale è il giudice con una sentenza.

In genere i protocolli prevedono sia il medico a prescrivere la contenzione quasi fosse una terapia. A questo proposito, l'ordine dei medici della provincia di Trieste ha compiuto per primo un passo molto importante dichiarando la **non prescrivibilità della contenzione in quanto non atto medico**.<sup>9</sup>

### Non contenere è un indice di qualità del miglioramento continuo.

"...a partire da questi assunti può dise-



gnarsi un percorso per giungere alla meta costituita dal superamento della contenzione fisica, facendo di tale superamento un elemento di qualità del miglioramento continuo della pratica psichiatrica...". (ibidem)

In questo modo si mette fine all'ipocrisia che considera la contenzione meccanica delle persone una dolorosa necessità. È in realtà, nella stragrande maggioranza dei casi, un abuso e, da ora è lecito dire, un indice di pessima qualità del servizio.

### **Molti ricoveri psichiatrici sono impropri.**

Riporto questo dato che non è così marginale come si potrebbe pensare, perché rivela il nodo centrale, il grande equivoco della psichiatria.

Chiunque abbia esperienza di servizi psichiatrici non può che constatare che sono diventati i luoghi ai quali pervengono, spesso con l'intervento delle stesse forze dell'ordine, ogni tipo di comportamento violento, condotte aggressive o che suscitino allarme sociale. "... In tal modo si fa della psichiatria, e dei suoi luoghi di cura, un contenitore aspecifico destinato a separare, accantonare, nascondere la violenza...molto spesso comportamenti che sollecitano pratiche di contenzione fisica vengono tradotti in richieste psichiatriche quando addirittura non comportino un ricovero inappropriato in SPDC." (ibidem)

E' evidente che nell'immaginario della gente, ma anche di molti psichiatri, non è ancora del tutto accettato che la salute mentale non ha il mandato di "controllo sociale"<sup>10</sup>.

Lo ha avuto in origine e nel passato recente, esercitandolo con la coercizione e con la segregazione nei manicomi (è un errore rimuovere certe pagine di storia anche se sono terribili<sup>11</sup>).

Michel Foucault, il filosofo francese che si è occupato di potere e psichiatria, ha analizzato il costituirsi di un sapere medico sulla follia e la nascita del manicomio come luogo di "trattamento" dei folli, ne ha mostrato i suoi effetti e la creazione del dispositivo psichiatrico, un dispositivo disciplinare-normalizzante all'interno dell'assetto sociale e ne ha analizzato le tecnologie di controllo. Il potere nella società contemporanea, non si cala più dall'alto, ma la pervade da dentro e si costruisce in una serie di relazioni di potere multiple, «un nuovo modo per ottenere potere mentale sulla mente, in maniera e quantità mai vista prima».<sup>12</sup> La legge Basaglia ha

capovolto il paradigma: non più il controllo dei corpi e delle menti. Diventa centro dell'interesse l'individuo visto come possessore di diritti, dignità e di una sua storia personale.

C'è chi pensa che la psichiatria ancora oggi eserciti un ruolo mascherato di controllo sociale in associazione con lo stato e le case farmaceutiche.<sup>13</sup>

### **Il ricorso alla contenzione non è un'esigenza clinica, è una scelta che risponde ad un modello culturale. I responsabili dei servizi hanno un ruolo decisivo in questa scelta.**

Questi concetti, peraltro già noti, sono contenuti non nel documento della Consulta ma in quello del CTP nelle Raccomandazioni Finali. Vale la pena riportarli integralmente:

*"È opportuno riconoscere che il ricorso a misure di contenzione sembra essere influenzato in modo non trascurabile da fattori non clinici come la maniera in cui il personale percepisce il proprio ruolo e la sensibilizzazione dei pazienti ai propri diritti. Degli studi comparati hanno mostrato che il ricorso frequente alla contenzione, ivi compreso l'isolamento, non solamente dipende dagli effettivi, dalle diagnosi sui pazienti o dalle condizioni materiali del servizio, ma anche "dalla cultura e dalle attitudini" del personale ospedaliero.*

*Limitare il ricorso ai mezzi di contenzione ad un minimo vitale richiede un cambiamento culturale all'interno di numerosi istituti psichiatrici. A questo riguardo, il ruolo della direzione è decisivo. Una pratica ben consolidata di ricorso frequente ai mezzi di contenzione rischia di perdurare, a meno che la direzione non incoraggi e non proponga al personale soluzioni diverse."*

Aggiungo solamente la conclusione dello studio di Fischer (1995) che è ancora più esplicita *"L'uso delle contenzioni e dell'isolamento non è strettamente legato allo stato psichico del paziente, ma è da ricondurre all'impronta culturale dei responsabili ospedalieri, che incide significativamente sul modus operandi del servizio."*

### **Discussione**

Innanzitutto bisogna considerare il fatto molto rilevante che il superamento della contenzione negli ambienti psichiatrici è diventato un obiettivo di interesse anche europeo.

Come già accennato, si riconosce alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il merito aver sollevato

to il problema e di aver espresso tesi determinanti contro la contenzione. Tali posizioni erano sostenute da tempo da una minoranza considerata ideologica. Con queste d'ora in poi la psichiatria dovrà confrontarsi. Il discorso manca però di un finale logico e coerente, è privo dell'unica conclusione possibile: una condanna definitiva e inequivocabile delle contenzione fisica.

Concordo con Livia Bicego<sup>14</sup> quando afferma che nel documento *"Emerge qua e là il concetto di inevitabilità, sia pur in poche ed identificabili situazioni. La contenzione, in tutte le sue forme, è un approccio da condannare in modo inequivocabile in quanto privazione e lesione di diritti, atto antiterapeutico e anticura, fonte di complicità e nocività, spesso terribile antepresa di esiti infelici. Non va prevenuta, ma evitata e basta."*

Il problema della contenzione sarà risolto solo quando non saranno più tollerati i così-detti casi eccezionali, perché in fatto di reati, di crimini contro la persona, non si può scendere a compromessi, non se ne può permettere una modica quantità considerandola lecita. La pratica di legare le persone è inspiegabilmente radicata, quasi fosse un vizio, negli operatori che la praticano e difesa strenuamente quasi fosse una prerogativa irrinunciabile (un diritto, un dovere, un privilegio?). Cercare di ridurla progressivamente, piuttosto di eliminarla d'embellée, credo sia una strategia inefficace, insincera, e neppure accettabile sul piano etico. La sostituzione di un modello culturale con un altro non è mai indolore e come ogni rivoluzione non può che avvenire senza tentennamenti e il più rapidamente possibile.

Condivido pienamente l'articolo di Livia che è allo stesso tempo molto appassionato e di una logica stringente, articolo che invito a leggere integralmente. Cito testualmente alcuni concetti:

*"Non dobbiamo pensare di "porre limitazioni alla contenzione" o "introdurre criteri razionali nella sua gestione" semplicemente perché non esistono criteri razionali che la giustificano". Contenere o meno è "solo" una scelta fondata su in base alla propria cultura e valori morali. La gradualità del superamento della pratica di contenzione (dopo quasi 40 anni dall'inizio del processo di deistituzionalizzazione?) è un'illusione o meglio un'ipocrisia.*

*"Le Regioni e le Province Autonome avrebbero dovuto interrogarsi sulle culture e relative modalità operative con cui, in alcune realtà, si riesce a rinunciare e condannare da anni la contenzione in tutte le sue forme (meccanica, farmacologica ed ambientale). Sulla scorta di queste risposte concrete di negazione delle pratiche del legare avrebbero dovuto chiaramente esprimersi con un: "se si può, si deve!"*

### Brevi considerazioni sul ruolo infermieristico

Riprendo gli interrogativi di Livia per focalizzare il ruolo dell'infermiere all'interno del problema contenzioni:

*"se un professionista della salute possa avallare una pratica inefficace e nociva, se possa accettare di essere un sorvegliante, un secondino, un controllore sociale, se sia davvero questo il suo ruolo, se possa coprire, subire e compensare vuoti di risorse umane e limiti organizzativi, pur sapendo che si può fare diversamente e meglio".*

Si è detto che l'uso della contenzione è una scelta derivata dal modello culturale trasmesso dai responsabili dei servizi. Viene da chiederci se gli infermieri possano avere un ruolo attivo nelle scelte di carattere generale che comunque hanno implicazioni etiche sia professionali che personali.

In ogni realtà gli infermieri, come ogni altra figura professionale, sembrano perfettamente omologati alle logiche del servizio, quali che siano, quasi a permettere il dissolvimento della personalità e della moralità individuale - fermo il fatto che l'organico di un servizio è in gran parte il frutto di una selezione, di chi ha scelto di rimanere o di andarsene.

Interessante è l'analogia con la Germania nel 1500, divisa in staterelli cattolici e protestanti. Il diritto alla scelta della confessione, era attribuito non ai singoli individui, ma ai ceti imperiali, ai principi (*cuius regio, eius religio*: colui al quale appartiene il territorio, determina la religione), fatto salvo il diritto dei sudditi di emigrare.

Il focus del nursing è la persona e l'infermiere è il professionista della salute che le è più vicino, che ha il compito di aiutarla, salvaguardandone la dignità, difendendone i diritti. Sorprende quindi che riguardo alla contenzione, pratica che più umilia la persona, non abbia saputo prendere una propria posizione, ma si sia allineato alla dottrina e alla prassi medica. Forse all'infermiere man-

ca una propria autonomia culturale?

### Le risposte che mi sono dato a questo problema:

Non essere contenuto con mezzi fisici è un diritto umano primario, ma stranamente in medicina non sempre viene riconosciuto come tale<sup>15</sup>.

Il riconoscimento dei diritti fondamentali delle persone non è così evidente ed immediato come si potrebbe pensare, ma è frutto di un lungo processo di maturazione delle coscienze. *I diritti umani non sono un concetto statico ma in continua evoluzione. La storia ci mostra che la definizione categoria "diritti umani" è stata, ed è, in continua evoluzione*<sup>16</sup>.

Si consideri che la storia dei diritti fondamentali delle persone è recentissima: L'abolizione ufficiale della schiavitù in Europa è avvenuta solo nel 1926 con la "Convenzione internazionale sulla schiavitù di Ginevra" emessa dalla Società delle Nazioni. La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, è avvenuta il 10 Dicembre 1948. Il suffragio universale, maschile e femminile, è stato adottato in Europa attorno alla prima metà del ventesimo secolo, in Svizzera nel 1971 ed in Portogallo nel 1974.

Non c'è da stupirsi quindi che anche il diritto a non essere contenuto in ambiente sanitario sia per tutti così evidente e necessari di tempo per essere universalmente riconosciuto. Credo che fra qualche anno ci scandalizzeremo ad immaginare dei malati legati ai letti.

Viene anche spontanea la riflessione che le forme di violazione dei diritti umani sono le più varie e minacciano sempre le categorie di persone particolarmente indifese.

Sotto l'aspetto sociologico, mi sembra calzante la teoria della **spirale del silenzio** per spiegare l'attitudine del singolo all'omologazione verso la maggioranza, verso la filosofia dominante. Ritengo poi attinenti le conclusioni dell'

**esperimento Milgram**, per quanto riguarda la tendenza a sottomettersi al volere di chi detiene autorità e potere.

**La spirale del silenzio** è una espressione coniata negli anni Sessanta dalla politologa tedesca Elisabeth Noelle Neumann, indica quel timore reverenziale a esprimere critiche nei confronti degli orientamenti maggioritari.

Le persone si espongono al giudizio altrui manifestando le proprie opinioni solo se queste sono allineate con le posizioni espresse dal gruppo sociale di appartenenza, pena l'emarginazione sociale temuta da ciascun individuo. Per evitare ciò, il singolo si autocensura. La pressione alla conformità e il timore di essere in minoranza agiscono sull'individuo costringendolo a scegliere tra l'adattarsi all'opinione dominante o tacere e chiudersi nel silenzio.

Tale sistema si autoalimenta in modo circolare, rendendo il gruppo dominante più forte di quanto non lo sia realmente rispetto al gruppo recessivo; questo poiché circola una sola versione dei fatti ovvero quella dominante.

Le persone hanno una specie di sesto senso, che gli permette di capire l'opinione prevalente e di conoscere i comportamenti che aumentano i rischi di isolamento.

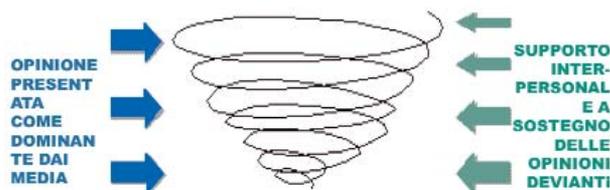
Tale teoria riesce a spiegare il conformismo, i comportamenti passivi e di adattamento. Prefigura inoltre il forte potere dei media e la loro capacità di uniformare le masse.

### Chi è nella maggioranza

*Si sente appoggiato dalla società. Ha più argomentazioni a favore della sua tesi. È più disposto a parlare e ad alta voce delle sue opinioni.*

### Chi è in minoranza

*Ha paura di essere escluso dalla società. Ha meno argomentazioni a favore della sua tesi. Nasconde la sua opinione (raramente la cambia) ed è spesso in silenzio.*



La quota di persone che non hanno apertamente espresso un'opinione deviante e/o hanno modificato la loro idea deviante originaria

**L'esperimento Milgram**, che si integra perfettamente con la spirale del silenzio, fu un esperimento di psicologia sociale condotto nel 1961 dallo psicologo statunitense Stanley Milgram. La tendenza ad uniformarsi non fa parte solo dei gruppi, ma anche dei singoli che tendono a sottomettersi a coloro che esercitano una forma di potere e autorità. Ci si può sottomettere anche ad una forma di autorità distruttiva che induca a compiere atti di crudeltà o violenza verso altri, azioni che confliggono con i valori etici e morali, perché si è convinti che siano azioni legittime, che si eseguono poiché ordinate da persone che si ritengono superiori.

Lo psicologo attraverso i giornali convocò 40 volontari, spiegando che voleva effettuare uno studio sugli effetti della punizione per una prestigiosa università. A questi spiegò che essi svolgevano il ruolo di "maestri" e che erano incaricati di punire gli "allievi" (già in precedenza istruiti dallo sperimentatore). Mise i maestri davanti a dei pulsanti che producevano delle scariche elettriche fino a 450 volt. L'allievo era invece collocato su una sedia nella sala affianco a quella dei maestri. Milgram spiegò che le scariche erano fondamentali per la riuscita dell'esperimento e se non avessero seguito le sue direttive l'esperimento non avrebbe avuto senso. Così persone normalissime hanno subito scariche elettriche anche fino a 300 volt (anche se questo era simulato) e questo perché i maestri eseguivano tutte le direttive di Milgram.

Da questo esperimento si dedusse che persone normali, sotto dei precisi comandi dimostrano un tale rispetto alle autorità, fino a riuscire a compiere atti inumani: basti pensare ai comportamenti all'interno di organizzazioni militari o di polizia.

Questo vale anche per l'infermiere. Non è detto che tutto ciò che prescrive un "superiore" sia sempre moralmente e legalmente accettabile. In ogni caso bisogna far appello al proprio codice etico e tener presente anche che *la responsabilità penale è personale* (articolo 27 della Costituzione Italiana), non la si può estendere al gruppo a cui si appartiene o rimetterla all'autore della prescrizione. Come ricorda Toresini<sup>17</sup> dal processo di Norimberga in poi è certo che il fatto che qualcuno abbia agito su ordine di un superiore non è esimente dalla responsabilità di reato.

**Note al testo**

1. Si stima che i servizi psichiatrici che legano siano dal 88% (indagine del 2001 dell'Istituto Mario Negri di Milano), al 70 % (ricerca "Progress Acuti" del 2005).
2. Contenzione Fisica In Psichiatria: Una Strategia Possibile Di Prevenzione - Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - 29/7/2010
3. vedi "Club SPDC aperti no restraint" <http://www.news-intercompartmentale/club-spdc-aperti-no-restraint/>
4. **La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome** è un organismo di coordinamento politico fra i Presidenti delle Giunte Regionali e delle Province autonome. Fra le priorità che hanno portato alla nascita della Conferenza c'è l'instaurazione di un confronto permanente interregionale per favorire il diffondersi delle "migliori pratiche".
5. Il testo è stato approvato il 29 luglio 2010 e pubblicato nella sezione "conferenze" del sito [www.regioni.it](http://www.regioni.it). Il link è: [http://www.regioni.it/mhonarc/details\\_confres.aspx?id=186623](http://www.regioni.it/mhonarc/details_confres.aspx?id=186623).
6. Il documento si trova al sito: <http://www.cpt.coe.int/lang/ita/ita-standards.pdf>
7. da "Mezzi di contenzione in istituti psichiatrici per adulti" - Comitato Europeo per la prevenzione della tortura e delle pene
8. "Va ricordato che, per pacifico riconoscimento della letteratura dedicata al tema, l'urgenza vera è rara in psichiatria" Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale" - Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - 29 aprile 2009.
9. Rivista bimestrale di informazione medica" Anno XXII n. 4 e 5 settembre ottobre 2007 -
10. Edward Alsworth Ross (Social Control: A Survey of the Foundations of Order (1901) propone il termine riferendosi al meccanismo che intenzionalmente viene esercitato dalla collettività sull'individuo per indurlo alla conformità rispetto all'insieme di valori che compongono l'ordine sociale in una società non tradizionale.
11. "Così ancora oggi nella stragrande maggioranza dei trattati di psichiatria e nei testi di storia della psichiatria disponibili manca il racconto di quanto accadde in Germania dal 1933 al 1945 in nome, tragicamente, del progresso di una nazione e della salute (anche mentale) dei suoi cittadini. ... Quanto è accaduto con la soppressione delle vite "indegne di essere vissute", infatti, è potuto accadere perché medici, psichiatri, infermiere ed infermieri hanno attivamente collaborato per programmare, dirigere e gestire l'uccisione dei pazienti loro affidati". Medici che uccisero i loro pazienti - ?gli psichiatri tedeschi e il nazismo; ?Luigi Benevelli; 2005 by Mantova ebraica
12. Testo del corso dell'anno accademico 1973-1974 dal titolo Le pouvoir psychiatrique, pubblicato per la prima volta nel 2003 (trad. it. Il potere psichiatrico, Feltrinelli, 2004)
13. " Il modello medico è una metafora, ossia: è l'uso del linguaggio della malattia fisica per descrivere pensieri, emozioni e comporta-

menti; e in esso vi è uno scopo. Piuttosto che un concetto o una teoria, esso è un'ideologia, nel senso che le ideologie promuovono interessi e l'ideologia promossa dal modello medico è l'ideologia del controllo sociale. ??La mia opinione è, quindi, che l'unica funzione del modello medico, l'unica funzione della diagnosi medica e l'unica funzione della psichiatria medica - che significa "psichiatria coercitiva" - è il controllo sociale. Perciò, io accuso la psichiatria di non essere una scienza, bensì un'ideologia, che, in collaborazione con lo Stato, asserva la funzione di controllo sociale mascherato. (...)??Io accuso la psichiatria di collusione con le industrie farmaceutiche al fine di rafforzare la propria identità. (...)?? Questa alleanza tra la psichiatria, le case farmaceutiche e lo Stato — quella che io chiamo "l'alleanza Stato/scienza" - la funzione di questa "alleanza Stato/scienza" è il controllo sociale. E l'unico modo in cui questo controllo sociale può essere effettuato è disumanizzando la gente, dicendo che i loro pensieri, emozioni e comportamenti sono causati anziché scelti. Negando che la mente abbia senso." - A critique of psychiatry and an invitation to dialogue - Dott. Ron Leifer, M.D. Psichiatra (USA) pubblicato il 27/12/2000 in Ethical Human Science and Services.

14. Livia Bicego è responsabile del servizio infermieristico del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste. Ha commentato le "Raccomandazioni" con l'articolo "Se si può, si deve" - 28 settembre 2010 - <http://www.news-salutementale.it/se-si-puo-si-deve/> . Ha prodotto numerose pubblicazioni, fra queste - "I Vecchi siamo noi", "Malato? Colpevole!!!", "Anziani, cattive pratiche d'assistenza", "Assistenza e diritti: critica alla contenzione e alle cattive pratiche" . È in fase di pubblicazione "Salute Mentale e organizzazione che cura. Infermiere, spazi, azioni, vissuti di cura".
15. "Il più elementare dei diritti di libertà solennemente garantiti dalla costituzione è il diritto alla libertà del proprio corpo, il diritto a non essere contenuti, a non essere legati. Quello di potersi muovere liberamente è il diritto primario, al quale conseguono tutti gli altri diritti. Tale diritto spetta a chiunque. Anche gli autori dei più gravi reati hanno la libertà di muoversi, seppur entro i limiti del carcere e delle sue regole. E' qualcosa di ancora più forte di un diritto, è la condizione necessaria per una vita umana. Eppure basta una malattia, una perturbazione della mente, uno stato di dipendenza da droghe o da alcool, oppure semplicemente la vecchiaia, perché questo fondamentale diritto venga messo in discussione." LA CONTENZIONE - a cura di Leonardo Grassi e Fabrizio Ramacciotti
16. Diritti Umani - Scheda didattica. Elena Perla Simonetti - <http://www.volint.it/scuolevis/diritti2/scheda.htm>
17. Lorenzo Toresini è Direttore del D.S.M. Di Merano, Presidente della Società Italo Tedesca per la Salute Mentale.
18. Autore di circa 60 pubblicazioni, di cui quattro libri: Il lavoro rende liberi? (1990), La testa tagliata (1998), Psichiatria e Nazismo (1999), Il tunnel di Sarajevo (2000).



# Domande & risposte

## Rubrica di quesiti giuridico professionali

### Quesito

Buongiorno,  
sono una vostra iscritta e lavoro presso un poliambulatorio privato con un contratto a tempo determinato.  
Le scrivo per sapere se il Collegio può intervenire in difesa di un infermiere se esso è fatto oggetto di una serie di comportamenti discriminatori e ingiusti da parte del coordinatore o di colleghi. Vorrei anche conoscere come eventualmente vi muovereste. Se risponderà in maniera affermativa la contatterò per avere un appuntamento e chiarirle personalmente la situazione.  
Grazie

Carissima collega,  
i Collegi provinciali sono enti di diritto pubblico non economici, istituiti e regolamentati da apposite leggi (Dlcp 233/46 e Dpr 221/50).  
La norma affida ai Collegi una finalità esterna e una finalità interna.  
La prima è la tutela del cittadino/utente che ha il diritto, sancito dalla Costituzione, di ricevere prestazioni sanitarie da personale qualificato, in possesso di uno specifico titolo abilitante, senza pendenze rilevanti con la giustizia.  
La seconda finalità è rivolta agli infermieri iscritti all'Albo, che il Collegio è tenuto a tutelare nella loro professionalità, esercitando il **potere di disciplina**, contrastando l'abusivismo, vigilando sul rispetto del Codice deontologico, esercitando il potere tariffario, favorendo la crescita culturale degli iscritti, garantendo l'informazione, offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale.  
La sua richiesta rientra nella seconda fattispecie, in particolare per quello che concerne la facoltà di interporre, se richiesto, nelle controversie fra iscritto e iscritto per questioni inerenti all'esercizio professionale; procurando la conciliazione sulla vertenza, dando pareri sulle controversie stesse e sanzionando gli iscritti che si rendano colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio professionale. Recentemente il Consiglio Direttivo del

Collegio è intervenuto a favore di un proprio iscritto che era stato sospeso dal servizio dalla Direzione della Casa di Riposo presso cui lavorava e denunciato alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Vicenza. In quel caso l'Amministrazione del Centro Servizi Sociali si era mossa sulla base della ricostruzione dei fatti stilata dalla coordinatrice. Il GIP aveva poi disposto l'archiviazione del procedimento ritenendo che l'infermiere non fosse imputabile di alcun reato. Il collega si era rivolto al Collegio chiedendo l'apertura di un procedimento disciplinare nei confronti della coordinatrice perché con una falsa attestazione non aveva tutelato la sua dignità e il prestigio della professione.  
Senza entrare nel merito della specifica vicenda, le descrivo come si è mosso il Consiglio Direttivo in questa circostanza perché il caso le chiarirà le competenze del Collegio in merito ai procedimenti disciplinari.  
La normativa di riferimento si richiama al Codice Civile, al DPR 221/1950, alla giurisprudenza della Corte di Cassazione e al combinato disposto di varie altre fonti legislative.  
Ogni procedimento disciplinare si compone di quattro fasi: pre-istruttoria, istruttoria, deliberativa, dibattimentale. La fase pre-istruttoria ha avuto inizio con la segnalazione della mancanza disciplinare e si è esplicitata con una sommaria raccolta di informazioni da parte del Presidente.  
La fase istruttoria ha avuto luogo con l'audizione preliminare, in cui il Presidente ha convocato e incontrato personalmente la collega imputata, raccogliendo la sua versione dei fatti e le ragioni del comportamento tenuto.  
Nella fase deliberativa il Presidente ha riferito al Consiglio Direttivo il contenuto della segnalazione, la descrizione delle circostanze e l'esito dell'audizione. Il Consiglio ha deciso di aprire il procedimento disciplinare.  
La fase dibattimentale si è concretizzata in una seduta per il giudizio in cui la collega era assistita dal proprio legale e

il Consiglio era presente con la maggioranza dei componenti. Il relatore incaricato ha esposto i fatti addebitati e le circostanze emerse dall'istruttoria, la collega e il legale hanno risposto alle domande dei consiglieri e rilasciato le proprie dichiarazioni. Al termine della trattazione il Consiglio si è riunito a "porte chiuse" e ha deciso in merito all'esito. Per inciso, la decisione è stata quella di sanzionare la collega coordinatrice con una dichiarazione scritta di censura. Altre sanzioni irrogabili sono l'avvertimento (diffida verbale), la sospensione dall'esercizio della professione (per la durata da uno a sei mesi), la radiazione dall'Albo.



### Quesito

Siamo due infermiere che lavorano, in ruolo, all'interno della Casa di Riposo xxx. Dall'inizio di Luglio 2010 siamo rimaste senza la caposala che coordinava i 5 IP di ruolo, i 3 IP libero professionisti oltre i vari OSS che assistono circa i 100 ospiti della casa di riposo.  
Successivamente è stato indetto un concorso pubblico con il quale è stato istituito un nuovo ruolo di Coordinatore di struttura.  
Il concorso è stato vinto da uno psicologo, già dipendente dell'ente, che attualmente "coordina" OSS e IP.



*Noi vorremmo sapere se da un punto di vista legislativo sia consentito che un gruppo di infermieri di un IPAB, possa essere coordinato da una figura, che non ha il titolo di caposala.*

*Figura che oltre che coordinarci ci rappresenti e svolga tutte le mansioni specifiche, alcune delle quali ci sono state delegate informalmente.*

Carissime colleghe, dalle ricerche effettuate ho dedotto quanto segue:

La Casa di Riposo in cui lavorate è riconosciuta come IPAB.

Il regime contrattuale a cui è sottoposto il personale dipendente è il vigente CCNL per il Personale del Comparto delle Regioni e delle Autonomie Locali, quadriennio normativo 2006-2009 e biennio economico 2008-2009.

La determinazione degli standard relativi ai servizi sociali da essa erogati è normata dalla Legge Regionale 55 del 15 dicembre 1982 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale". I decreti attuativi conseguenti sono sostanzialmente il Regolamento Regionale 17 dicembre 1984, n. 8 (BUR n. 59/1984) e la più recente Deliberazione della Giunta Regionale Veneta n. 84 del 16 gennaio 2007 (in particolar modo l'allegato A). In esse sono definiti i requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dei servizi socio-sanitari della Regione Veneto.

Il personale addetto alle attività infermieristiche deve essere in possesso del diploma di laurea o equipollente.

Per quanto concerne il Coordinatore della casa per anziani, le funzioni a lui attribuite sono:

*"Responsabile dei servizi di comunità e del buon governo della casa. Verifica del livello delle prestazioni del personale che opera a contatto diretto con l'anziano, programmazione e coordinamento del servizio (turni di lavoro e sostituzioni); avvio e inserimento professionale del personale di assistenza neo assunto; coordinamento dei rapporti con volontariato organizzato".*

Il Coordinatore, così inteso, deve essere in possesso del titolo di diploma di scuola media superiore o diploma di laurea, o laurea specialistica.

L'individuazione e la descrizione dei profili professionali operanti all'interno di un ente assistenziale privato accreditato è materia strettamente correlata al modello organizzativo da esso adottato e, quindi, la relativa disciplina trova fondamento nel potere unilaterale che i

singoli enti possono esercitare nell'ambito della propria autonomia ordinamentale.

Tra i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio di centro di servizi per persone anziane non autosufficienti, la funzione di coordinamento è attribuita a personale appartenente alle professioni sanitarie o sociosanitarie solo in riferimento ai singoli nuclei o alle singole unità di offerta. La funzione di coordinamento, in tal caso, deve garantire l'elaborazione e analisi dei dati relativi ai progetti personalizzati, i rapporti con i familiari degli ospiti, le attività funzionali all'organizzazione.

Il citato DGRV 84/2007 stabilisce che nella parte di retta a carico del SSN sia compresa l'assistenza sanitaria, tramite la presenza di alcune figure professionali in un numero ivi stabilito. Le figure professionali individuate sono: "il coordinatore, l'infermiere, l'operatore socio-sanitario". Come si può notare, nella voce "coordinatore" non è esplicitato se esso debba appartenere o meno alla professione infermieristica.

La competenza a coordinare un gruppo di lavoro la cui composizione non sia professionalmente omogenea è sempre stato oggetto di contenzioso. La questione è chiara: può una figura non infermieristica coordinare personale infermieristico? La domanda non è sorta esclusivamente nelle IPAB o nelle Case di Riposo ma si presenta anche nei contesti di strutture sanitarie pubbliche e private. Cito i Laboratori Analisi, i Centri Autorizzati di Diagnostica per Immagini (Radiologia, Neuroradiologia, Radioterapia, Medicina Nucleare...), i reparti di Ostetricia, i servizi di Riabilitazione ed altri ancora.

Alcune indicazioni normative, pur opinabili, provengono direttamente dal Ministero della Sanità. Il D.M. 24 aprile 2000 indica, all'interno delle unità operative di ostetricia, la figura dell'ostetrica coordinatore, come la figura deputata al coordinamento.

Depone in tal senso anche la declaratoria del CCNL - Comparto Sanità del 1999, laddove specifica che compete al collaboratore professionale sanitario (ex operatore professionale coordinatore) il compito del coordinamento del personale addetto, senza specificarne l'appartenenza professionale.

È chiaro che il coordinamento di figure infermieristiche da parte di un coordinatore non infermiere, nel caso in esame uno psicologo, deve attenere essenzialmente a questioni di stretto

carattere organizzativo e operativo e non può in alcun modo, per difetto assoluto di competenza, rivolgersi a questioni di carattere professionale, su cui l'infermiere ha la propria autonomia, riconosciuta dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42 e relativi corollari. Questa interpretazione è avvalorata anche dalle declaratorie presenti in tutti i Contratti Collettivi, in cui si specifica che la predisposizione dei piani di lavoro deve avvenire " [...] nel rispetto dell'autonomia operativa del personale", autonomia che viene riconosciuta anche in caso di stessa provenienza professionale del coordinatore e che aumenta in caso di diversa provenienza professionale.

La lettura dei bandi pubblicati nel 2010 in Veneto mi ha consentito di notare che nei concorsi attinenti all'attribuzione di incarichi di coordinamento nelle IPAB vi è una sconcertante varietà di denominazioni. Si parla alternativamente di:

- Istruttore Direttivo - Coordinatore servizi residenziali (Diploma di laurea in Psicologia oppure Diploma di Infermiere Professionale, almeno 24 mesi di servizio, cat. D1);
- Istruttore Direttivo - Coordinatore di Struttura (Diploma di Infermiere Professionale, almeno 3 anni di esperienza, cat. D1);
- Coordinatore di Residenza (Laurea specialistica, esperienza di coordinamento di almeno 3 anni, cat. D1);
- Funzionario Direttivo - Coordinatore Socio-Sanitario (Laurea in Scienze Infermieristiche, almeno 5 anni di coordinamento, cat. D5);
- Coordinatore di nucleo (Diploma universitario in Scienze Infermieristiche, 2 anni di esperienza, cat. D1)
- Coordinatore Socio-assistenziale (Laurea quinquennale o Laurea specialistica in Psicologia, cat. D1);
- Coordinatore servizi socio sanitari di modulo (Diploma di Laurea in Scienze Infermieristiche, Laurea in Sociologia, Psicologia, Scienze dell'Educazione, Diploma in Servizio sociale, 2 anni di esperienza, cat. D1);
- Infermiere professionale coordinatore reparto assistenziale (Master di 1° livello in management o coordinamento, esperienza di almeno 2 anni, cat. D).

Questa difformità di denominazione e requisiti convalida il parere espresso sopra: non esiste una individuazione legislativa uniforme.

Cordiali saluti.



# Verso una **teoria del coordinamento** per la **qualità delle cure** **Dalla prassi alla conoscenza professionale** **Si è svolto a Torino il 10<sup>^</sup> Congresso Nazionale** **dei Caposala/Coordinatori Infermieristici**

Il 13/14/15 Ottobre scorso si è svolto a Torino, presso il Centro Congressi del Lingotto il **10<sup>^</sup> Congresso Nazionale** organizzato dal Coordinamento Nazionale dei Caposala Coordinatori Infermieristici con il titolo *“Verso una teoria del coordinamento per la qualità delle cure - Dalla prassi alla conoscenza professionale”*.

Il programma congressuale e la grande competenza scientifica e dialettica dei relatori hanno reso il congresso molto gradito.

È emerso il bisogno di avere modelli e teorie capaci di sviluppare conoscenza e di orientare la pratica, la necessità di riflettere criticamente sull'essere e sul proprio agire come coordinatore e di valorizzare un sapere che viene dalla propria esperienza e che lo accrediti professionalmente al fine di migliorare l'assistenza e la relazione con la persona assistita.

Considerando che allo stato attuale non esistono modelli e teorie italiani specifici sulla funzione 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, questo congresso ha voluto raccogliere la sfida di intraprendere un ulteriore percorso di ricerca finalizzato a porre le basi di una teoria del coordinamento.

È emerso dai lavori congressuali che l'approccio di riferimento attualmente 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 che prevede che la teoria debba necessariamente precedere la pratica.

Un tale approccio riconosce all'esperienza il valore fondante di una professione, essenzialmente pratica, e quindi il suo essere risorsa essenziale di un'or-

ganizzazione che persegue istituzionalmente la qualità delle cure.

Infatti è stato dimostrato, dai lavori congressuali, quali sono i benefici che potrebbero trarre i cittadini e la collettività dall'aver professionisti che sviluppano e costruiscono conoscenza e la sua positiva ricaduta sulla qualità delle cure.

Si è intravisto inoltre come la riflessione sulla pratica possa consentire il comprendere meglio quali sono le discipline che meglio formano il coordinatore e gli consentono lo sviluppo continuo della conoscenza a partire dalla pratica.

Condizione indispensabile diventa, oltre l'acquisizione della capacità di riflettere come richiede la metodologia della pratica riflessiva, la possibilità effettiva di acquisire l'esperienza permanendo nell'esperienza stessa senza timori di revoche della funzione.

Il percorso ha avuto inizio con una ricerca qualitativa condotta dalla epistemologa, prof. Luigina Mortari dell'Università di Verona, che ha dimostrato come sia possibile costruire conoscenza riflettendo sull'esperienza.

L'individuazione dei nuclei epistemologici su cui costruire il modello teorico si è avvalsa delle riflessioni sulla pratica rilevate dalle interviste che hanno sondato quelle competenze distintive del coordinatore e che sono state anche oggetto delle narrazioni nelle quali i coordinatori si sono raccontati esprimendo le loro emozioni, pensieri ed azioni.

Sono intervenuti con relazioni dotte e coinvolgenti i docenti universitari Ugo Morelli, Gian Piero Quaglino, Carla Weber, Alvisa Palese, Stefano Tomelleri, Sergio Manghi, Giuseppe Marmo e l'attore Roberto Scarpa.

Gli interventi alla tavola rotonda nella sessione conclusiva del Congresso, sostenuti da rappresentanti delle Istituzioni (Ministero della Salute, Ammini-

stratori della Sanità, Università), della cultura, esperti di organizzazione, del mondo dell'informazione e della professione medica e infermieristica e moderati dal giornalista Enrico Franco, si sono basati sui bisogni espressi dai coordinatori la cui soddisfazione nel lavoro diventa indispensabile per contribuire allo sviluppo della funzione di coordinamento affinché possa incidere sensibilmente sulla qualità delle cure come

- una maggiore autonomia per la realizzazione completa della professionalità e per una maggiore identità professionale;
- un potere inteso come possibilità di avere un maggiore spazio per condividere le decisioni operative con il proprio gruppo di lavoro;
- la necessità di chiarire le loro reali responsabilità di coordinamento motivata dalla sovente attribuzione di varie e nuove attività che la struttura organizzativa non sa a chi attribuire, le quali ostacolano il dedicarsi alle funzioni di gestione e organizzazione dell'assistenza proprie del ruolo;
- la possibilità di maturare l'esperienza nel tempo, senza timori di revoche della funzione, affinché divenga in grado di produrre nuovo sapere.

I relatori hanno delineato alcune ipotesi, di **spazi, risorse attivabili, strategie da intraprendere e modelli da implementare** suscettibili di favorire, a livello operativo, la costruzione, la condivisione e l'utilizzo di nuova conoscenza.

L'evento ha ricevuto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica, che ha inoltre inviato un caloroso saluto ai partecipanti, ed 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 e della Federazione dei Collegi IPASVI.



*Fatti non foste a viver come bruti,  
ma per seguir virtute e canoscenza.*  
(Dante, Inferno XXVI)



## È nata AVCPS l'Associazione Vicentina Coordinatori delle Professioni Sanitarie

È un'associazione culturale e le motivazioni che ci hanno spinto a fondarla risiedono nel fatto che crediamo nella formazione e divulgazione della cultura scientifica e del sapere nato dall'esperienza pratica di tutte le professioni sanitarie.

Riteniamo inoltre utile che la conoscenza non resti sapere di pochi ma diventi patrimonio dell'intera comunità professionale.

Per perseguire questo scopo ci siamo riuniti in questa Associazione culturale che si propone di promuovere e diffondere la conoscenza della cultura organizzativa nell'ambito delle professioni sanitarie non mediche. Pensiamo di fare questo tramite corsi, conferenze, convegni, congressi, pubblicazioni ed ogni altra iniziativa che sarà ritenuta adatta allo scopo.

**Ma soprattutto riteniamo utile creare "un luogo" dove le persone che condividono l'esperienza del coordinamento possano incontrarsi, conoscersi, confrontarsi e crescere.**

Se condividi le nostre idee o solo per informazioni contattaci!

### I Soci Fondatori

Baccarin Flavio, Riabilitazione  
Baldinazzo Teresa, Riabilitazione  
Barbarigo Fabio, Nefrologia  
Fontana Barbara, Pneumologia  
Mantoan Paola, Malattie Infettive  
Pagiusco Gaetana, Oncologia  
Sartori Roberta, Dirigenza Medica Ospedaliera  
Thiella Michele, Centro Raccolta Sangue  
Tonini Renata, Ortopedia

## CONVENZIONI

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

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

### British Institute Vicenza

Via Legione Antonini 135/c

Tel. 0444 524521

Fax 0444 235032

[vicenza@britishinstitutes.it](mailto:vicenza@britishinstitutes.it)

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

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

Corsi organizzati con solo partecipanti IPASVI:

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

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

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

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

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

### "Centro Odontoiatrico IL SORRISO"

AUT. SAN. N. 2008/C5/0397

Via Verlatto, 15

36030 Villaverla (VI)

Tel. 0445 855015

[ilsorrisosnc@alice.it](mailto:ilsorrisosnc@alice.it)

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

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

### Centro di Estetica FOCUS presso centro commerciale Schiavotto a Laghetto (Vicenza)

propone di usufruire SENZA LIMITI i seguenti servizi

- solarium esafacciale, docce, lettini
- estetica (manicure, pedicure, pulizia viso, massaggio corpo, presso terapia, paraffina mani e piedi)
- acconciatura per donna e uomo-

A 85 euro al mese offrendo agli iscritti IPASVI di vicenza un ulteriore sconto del 10%. La tessera ha validità di un anno è nominale e vi è la possibilità di finanziare il costo totale con un finanziamento a tasso zero.



# Emergenza Alluvione: per non rimanere indifferenti



Il 1 novembre scorso, durante una condizione climatica particolarmente sfavorevole, la nostra provincia è stata colpita duramente da un evento che ha determinato danni enormi alla popolazione interessata. L'esondazione del Bacchiglione, avvenuta in provincia e in città, ha avuto come conseguenza il danneggiamento (anche in modo grave) delle abitazioni di migliaia di persone, invase dal fango che ne ha irrimediabilmente distrutto il contenuto, portando via sia le automobili che si trovavano nel suo passaggio di piena, sia ricordi che non potranno più essere recuperati.

Lo scenario trasmesso dalle emittenti televisive a livello nazionale ha dato la notizia dell'evento alla popolazione italiana, ma il primo aiuto è venuto da quella locale, che (come spesso è successo in passato) si è immediatamente attivata per arginare il più possibile i risultati del dramma.

In particolare, il ringraziamento va a molti colleghi infermieri si sono impegnati a vario livello (professionale, di volontariato o per puro spirito di altruismo) nel supportare le autorità competenti ed i singoli cittadini nelle ore più critiche.

Anche il Collegio IPASVI di Vicenza non ha voluto rimanere indifferente di fronte alla situazione: il Consiglio Direttivo ha deliberato un sostegno economico di € 5000 a favore delle popolazioni dei comuni provinciali più colpiti e danneggiati, versando il contributo nei conti correnti attivati per l'emergenza alluvione.





Al fine di manifestare vicinanza ai colleghi iscritti che hanno subito danni e perdite ingenti, il Collegio ha inoltre deliberato un provvedimento che prevede l'esonero per gli stessi del versamento della quota associativa per l'anno 2011.

Per beneficiare della decisione è necessario che gli interessati facciano domanda scritta al Collegio IPASVI di Vicenza entro il 31 marzo 2011, utilizzando il modulo presente in queste pagine ed allegando allo stesso copia della documentazione attestante l'avvenuta richiesta di usufruire del contributo di sostegno presentata presso il proprio Comune di appartenenza. Il Consiglio Direttivo è consapevole che l'intervento del Collegio IPASVI non rappresenterà la soluzione del problema, ma lo ritiene un piccolo segno di solidarietà concreta a coloro che sono stati colpiti in modo pesante da un evento di portata così catastrofica.



AI PRESIDENTE  
Collegio IPASVI  
Provincia di Vicenza

La/Il Sottoscritt/a/o \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

REGOLAMENTE ISCRITTO AL COLLEGIO IPASVI DI VICENZA,

**RICHIEDE**

L'ESONERO DAL PAGAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA 2011.

AL FINE DI USUFRUIRE DEL BENEFICIO, ALLEGA COPIA DELLA "RICHIESTA DI CONTRIBUTO A SEGUITO DEI DANNI RIPORTATI DA BENI IMMOBILI (abitazione principale) E MOBILI" (OPCM 3906/2010), INOLTRE AL PROPRIO COMUNE DI APPARTENENZA.

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INVIARE RICHIESTA E DOCUMENTAZIONE ALLEGATA, **ENTRO IL 31 MARZO 2011**, UTILIZZANDO LE SEGUENTI MODALITÀ:

POSTA RACCOMANDATA: Collegio IPASVI di Vicenza, viale Trieste 29/c, 36100 VICENZA

FAX allo 0444 303313

CONSEGNA A MANO presso la Segreteria del Collegio, nei giorni martedì e giovedì dalle ore 14 alle ore 18, mercoledì dalle ore 10 alle ore 12.



# 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](mailto: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](mailto: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

- “Essere” o “Fare” i coordinatori? Un percorso formativo/esperienziale per lo sviluppo delle competenze del coordinatore infermieristico** Costo:  € 100 (per i soli iscritti)  
 € 150 (per i non iscritti)  
Docenti: Dott.ssa Marta Boaretto – Psicologa-psicoterapeuta  
Dott. Alessandro Copes – Psicologo – Psicoterapeuta  
Casa San Raffaele – Monte Berico – Via X Giugno Vicenza  
Destinatati: Coordinatori/ Caposala Infermieristici max. 25  
Venerdì 18 - 25 marzo 2011 (8.30-17.30) e sabato 11 giugno (8.30-13.00) / Sabato 26 marzo - 9 aprile (8.30-17.30) e sabato 18 giugno (8.30-13.00)  
Venerdì 23 - 30 settembre (8.30-17.30) e sabato 17 dicembre (8.30-13.00)
- “Collaborare in equipe: strategie e strumenti per potenziare le risorse del gruppo di lavoro”** Costo:  € 80 (per i soli iscritti)  
 € 120 (per i non iscritti)  
Docenti: Dott.ssa Marta Boaretto – Psicologa-psicoterapeuta  
Dott. Alessandro Copes – Psicologo – Psicoterapeuta  
Sede: Casa San Raffaele – Monte Berico – Via X Giugno Vicenza - Destinatati: Infermieri max. 25  
Sabato 21 - 28 maggio 2011 (8.30-18.00) / Sabato 15 - 22 ottobre 2011 (8.30-18.00) / Sabato 12 - 19 novembre (8.30-18.00)
- “Il Fast Track: evoluzione delle competenze infermieristiche per il miglioramento della qualità dell'assistenza per i pazienti afferenti al Pronto Soccorso”** (informazioni definitive su [www.vicenzaipasvi.it](http://www.vicenzaipasvi.it))

Per le proposte ECM-FAD (informazioni definitive su [www.vicenzaipasvi.it](http://www.vicenzaipasvi.it) e [www.obiettivoinfermiere.it/ecmipasvi/](http://www.obiettivoinfermiere.it/ecmipasvi/))

\* I dati relativi ai corsi sono indicativi, fare riferimento al sito [www.vicenzaipasvi.it](http://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