

INFERMIERI *informati* notizie dal Collegio IPASVI di Vicenza



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

ISSN: 1721-2456

Anno XII - Numero 2
MAGGIO-AGOSTO 2011



Sanità povera. Un nuovo piano

APPROFONDIMENTO

*Un approccio
pratico
dell'Evidence-based
Health Care:
le linee guida*

A PAG. 5

ESPERIENZE

*Fast Track e
Triage Avanzato
in Pronto
Soccorso: nuove
responsabilità
per l'infermiere*

A PAG. 20

ATTUALITÀ

*L'infermiere,
il fulcro della
Sanità del futuro,
tra competenze
e nuove
responsabilità*

A PAG. 23

AGGIORNAMENTO

*I corsi ECM
e gli eventi
formativi
per il secondo
semestre 2011*

A PAG. 24

NORMATIVA

*Prestazioni
professionali
infermieristiche
in farmacia.
Illegittimità
Costituzionale
LR 17/2010*

A PAG. 31

Infermierinformati

ISSN 1721-2456
Quadrimestrale, anno XII – numero 2

Direttore responsabile
Fanchin Gianmaria

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

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

Progetto grafico
ErgonProject – Vicenza
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

Infermierinformati
SOMMARIO

SANITÀ POVERA. UN NUOVO PIANO	3	FAST TRACK E TRIAGE AVANZATO IN PRONTO SOCCORSO: NUOVE RESPONSABILITÀ PER L'INFERMIERE CON COMPETENZE AVANZATE. L'ESPERIENZA DI VICENZA.	20
UN APPROCCIO PRATICO DELL'EVIDENCE-BASED HEALTH CARE: LE LINEE GUIDA	5	L'INFERMIERE, IL FULCRO DELLA SANITÀ DEL FUTURO, TRA COMPETENZE E NUOVE RESPONSABILITÀ	23
CORRETTO POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE SUL LETTO OPERATORIO	8	I CORSI ECM E GLI EVENTI FORMATIVI DEL SECONDO SEMESTRE 2011	24
AREE METROPOLITANE, SEMPRE PIÙ A RISCHIO LA SALUTE, DI AMBIENTE E CITTADINI.	12	LA TESORERIA. IL RENDICONTO GENERALE 2010	25
EFFICACIA DELLA SUPERVISIONE CLINICA	13	IL CARICO DI LAVORO IN REPARTO	29
IL CONSIGLIO DIRETTIVO SI PRESENTA. BARBARA POZZA: "METTERSI IN GIOCO CONTINUAMENTE"	18	PRESTAZIONI PROFESSIONALI INFERMIERISTICHE IN FARMACIA	31
		MODULO DI ISCRIZIONE AI CORSI	32



Sanità povera Un nuovo piano

Con questo titolo esordiva un articolo apparso su "il Giornale di Vicenza" (domenica 29 maggio 2011) per sottolineare la grave difficoltà che stanno attraversando le aziende ULSS, soffermandosi in particolare sulla situazione provinciale. Con le risorse sempre più scarse le ULSS rischiano di collassare. Senza soldi l'unica via è di riorganizzare un sistema ancora troppo ospedalecentrico e non più in grado (come un tempo) di soddisfare i bisogni di cura e assistenza della popolazione. Il trend demografico evidenzia che la popolazione veneta sta invecchiando e tale caratteristica è maggiormente accentuata nei piccoli comuni montani. Conseguentemente il soggetto anziano diventa sempre più spesso caratterizzato da patologie cronico-degenerative, assumendo più farmaci in contemporanea creando una situazione di "fragilità" con una maggiore ricorrenza ai servizi socio-sanitari. L'anziano, con tali caratteristiche si colloca nella fascia degli ultra 75enni, e rappresenta il 9,4% della popolazione residente.

Le azioni strategiche, fin qui viste, sono state quelle di ridurre i posti letto come evidenziato dall'inchiesta dell'Espresso (numero 20 -maggio 2011) e questa manovra ha consentito di contenere la spesa sanitaria a discapito della qualità assistenziale erogata. I conti con l'equazione meno letti e meno spesa, ma più anziani più domanda sanitaria non tornano tanto da spingere i cittadini di diversi comuni a vere e proprie "battaglie" a suon di raccolte firme contro le aziende sanitarie (ad esempio la raccolta firme fatta dai cittadini residenti dei comuni di Recoaro Terme, Valdagno, Comedo, Brogliano, Castelgomberto e Trissino per il mantenimento dei servizi nell'Ospedale Civile di Valdagno o piuttosto la raccolta firme effettuata a Noventa Vicentina contro la chiusura di servizi).

La riorganizzazione è necessaria se impiega al meglio le risorse disponibili, verifica i processi di lavoro per evidenziarne le incongruità, impiegando al meglio le professionalità presenti. Su tale aspetto è necessario un approfondimento. L'infermiere infatti nella

sua storia ha sempre lavorato duramente ma impiegato male, spesso in attività prive di caratteristiche sanitarie creando tre ordini di problemi:

1. **scarso appeal sulle nuove generazioni**, che, considerano l'infermiere una figura scarsamente professionale;
2. **basso riconoscimento sociale** dalla popolazione, dalla politica e dai media (con atteggiamenti di riverenza verso alla classe medica). Accettabile dai primi, in quanto dipendente dal nostro agire, ma assolutamente no dagli altri due;
3. **carriera inesistente** che non riconosce né valorizza la formazione continua e l'esperienza maturata, né tanto meno riconosce la dirigenza infermieristica (*La Corte Costituzionale dichiara l'illegittimità costituzionale della legge della Regione Veneto 4 marzo 2010, n. 17 "Istituzione delle direzioni aziendali delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche e delle professioni riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione"*).

Sulla sanità veneta incombe un altro spauracchio, determinato dall'orientamento di costruire un processo di definizione ed applicazione dei costi standard che si traduce in una rivisitazione delle dotazioni organiche. Fondamentalmente oltre al taglio dei posti letto si prosegue al taglio del personale. Questi tagli rischiano di mettere in crisi un sistema già sotto tensione ed acuire il problema di garantire il servizio pubblico. Un servizio che già soffre la carenza di 100.000 infermieri rispetto agli standard europei (fonte OCSE).

Ma tagliare/ridurre non può essere l'unica soluzione. Se l'imprinting è questo siano riviste le organizzazioni del lavoro, rimaste inalterate nel tempo, resistenti ad ogni cambiamento. Basta con il "giro medico" a discrezione del medico di turno, ad indagini richieste in qualsiasi orario senza considerare né concordare la richiesta con l'attività infermieristica e all'incompleto utilizzo della figura di supporto.

Il nuovo PSSR Veneto 2011 - 2013 (in fase di definizione) considera questo cambiamento tenendo conto delle



La copertina de L'Espresso contenente il dossier sui tagli al sistema Salute

risorse disponibili. In particolare tende, da un lato alla valorizzazione delle competenze in termini organizzativi e, della relativa responsabilità del personale infermieristico e tecnico-sanitario, anche con assunzione di ruoli gestionali all'interno del percorso ospedaliero. Dall'altro al consolidamento, in tutto il contesto veneto, del modello di Distretto socio-sanitario "forte". Il modello a cui si riferisce interpreta il Distretto come il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali, nelle piene funzioni di committenza-governo e di produzione-erogazione.

In attesa dell'applicazione del PSSR Veneto si possono osservare già delle esperienze in atto, messe in piedi da quella parte dell'organizzazione che vive a contatto diretto con l'utenza, che parla con l'utenza, e risponde all'utenza anche sotto il profilo legale. Quella parte che vive realmente il problema della scarsità delle risorse e, per non rimanere schiacciata, sperimenta nuove forme assistenziali e organizzative. Il ricorso a nuove forme organizzative consente di liberare il capitale professionale "prigioniero" di un sistema centrato sulla divisione dei compiti e sul basso livello di integrazione multi professionale come:

- l'infermiere case manager (ruolo dell'infermiere nel prendersi cura auto-

mamente del processo di *nursing* nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di *manager del caso*, operativo della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e comunque coordinandosi con il medico/pediatra di famiglia);
 - l'infermiere di fast track nel pronto soccorso. Tale figura accoglie i codici bianchi e verdi, di bassa complessità, senza attendere l'intervento medico, attraverso procedure chiare e condivise, riducendo significativamente i tempi d'attesa e migliorando l'appropriatezza delle prestazioni infermieristiche.

I risultati presentati nel corso del convegno tenutosi a Vicenza il 19 maggio presso l'istituto dei Saveriani hanno dimostrato che la via da percorrere è questa. Un servizio in grado di trovare nuove forme, in grado di rispondere alle mutate esigenze del cittadino.

Non abbiano paura! Gli Ordini dei Medici che hanno espresso la loro perplessità, se non contrarietà (*esposto dell'Ordine dei Medici di Bologna alla procura della Repubblica di Bologna e di Firenze contro gli infermieri che esondano dalle proprie competenze e abuso di professione medica*), nel caso della sperimentazione decisa dalla Regione Toscana di coinvolgere gli infermieri per curare alcuni problemi clinici minori nel pronto soccorso, in modo da ridurre le attese.

Una nuova programmazione correlata ai bisogni consolidati ed emergenti della società veneta di oggi deve prevedere interventi di riorganizzazione strutturale e funzionale, coinvolgendo gli infermieri e promuovendo la diretta correlazione tra responsabilità, risorse disponibili ed azioni di miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, in sintonia con quelle specificità che rendono unico il modello veneto. E la recente approvazione del decreto che prevede l'erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali, in particolare infermieristiche, conferma questo orientamento (DM 16 dic. 2010 - G.U. N. 90 del 19/4/11).

La professione infermieristica è pronta a fare la sua parte con una nuova consapevolezza, le istituzioni siano pronte a riconoscere l'impegno e la professionalità anche sul piano sociale, politico ed economico aspetti fino ad ora scarsamente considerati.

In rappresentanza del Direttivo IPASVI di Vicenza alla sesta Conferenza Nazionale GIMBE

L'11 Febbraio 2011 a Bologna, presso il Royal Hotel Carlton si è svolta la 6° Conferenza Nazionale del Gruppo Italiano per la Medicina Basata sull'Evidenza (GIMBE).

In tale evento il Direttivo IPASVI aveva deliberato la sua presenza con la rappresentanza di un Consigliere. La conferenza è stata gratuita per tutti i 600 partecipanti provenienti da tutte le regioni italiane (esclusione di: Molise, Calabria e Valle D'Aosta). I partecipanti appartenevano a 27 professioni differenti e la più rappresentativa era quella infermieristica (43%) seguita da quella medica (32%). Le spese dell'evento sono state tutte a carico del GIMBE ed i relatori non hanno percepito nessun compenso né rimborsi spese. La presentazione della giornata formativa è stata fatta dal Direttore Scientifico dott. Antonino Cartabellotta il quale ha illustrato il trend positivo di abstract inviati dai professionisti allo scopo di presentarli alla conferenza stessa. Infatti, dai 74 abstract ricevuti sono stati selezionati 16 contributi di organizzazioni sanitarie e professionisti impegnati nella diffusione dell'Evidence-based Practice e nella realizzazione di progetti di Clinical Governance. Il filo conduttore della Conferenza - tracciato dalla lettura inaugurale - è stato "l'approccio di sistema alla Clinical Governance", previsto anche dal Piano Sanitario 2011-2013. Si è quindi articolata una variopinta

kermesse di **progetti realizzati** nelle organizzazioni sanitarie italiane, integrando vari strumenti di Governo Clinico: evidence-based practice, linee guida, percorsi, procedure, protocolli, audit clinico e indicatori di qualità, formazione e sviluppo professionale continui, gestione del rischio, health technology assessment, strategie e modelli organizzativi, coinvolgimento degli utenti.

Il programma era suddiviso in due sessioni e all'interno di essi non mancavano gli argomenti di scienze infermieristiche. Nell'occasione sono stati assegnati dei riconoscimenti e più precisamente il GIMBE Award individuale è stato assegnato ex aequo ai progetti presentati da Marco Masina (Azienda USL di Bologna) e da Paola Ferri (Università degli studi di Modena e Reggio - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena): al primo perché "configura l'approccio di sistema alla Clinical Governance, per l'utilizzo di numerosi strumenti integrati nei processi di governo aziendale"; al secondo perché "dimostra che gli esiti assistenziali non sono condizionati solo dall'appropriatezza dei processi (fare le cose giuste), ma anche dalla conformità delle procedure operative (fare le cose bene)". L'Azienda Ospedaliera di Perugia si è aggiudicata il GIMBE Award aziendale per aver contribuito alla Conferenza con ben cinque progetti di elevata qualità.



Un approccio pratico dell'Evidence-based Health Care: le linee guida

Summary

In recent years it has increased the process of implementation of guidelines in various healthcare settings. The development of this practice led to the formation of new obstacles arising in part from the limited knowledge of the methodology of evidence based health care professional and the common thought that the guidelines are only recommendations to be used in the absence of well defined scientific processes.

This work emphasizes the importance of using tools to improve the quality of care, as may be the guidelines during nursing practice. Describes the characteristics of the guidelines and the difficulty of their implementation in a settings of increasingly limited resources.

Key words Guideline, effectiveness, implementation, evidence based nursing.

Riassunto

Negli ultimi anni è incrementato il processo di implementazione delle linee guida nei vari ambienti sanitari. Lo sviluppo di tale pratica ha portato alla formazione di nuovi ostacoli dovuti in parte, dalla ridotta conoscenza della metodologia evidence based del professionista sanitario e dal pensiero comune che le linee guida siano semplici raccomandazioni da utilizzare in assenza di processi scientifici ben delineati.

Il presente lavoro sottolinea l'importanza dell'utilizzo di strumenti di miglioramento della qualità assistenziale, come possono essere le linee guida, durante la pratica infermieristica.

Vengono descritte le loro caratteristiche e la loro difficoltà di implementazione in un scenario di risorse sempre più limitate.

Parole chiave Linea guida, efficacia, implementazione, evidence based nursing.

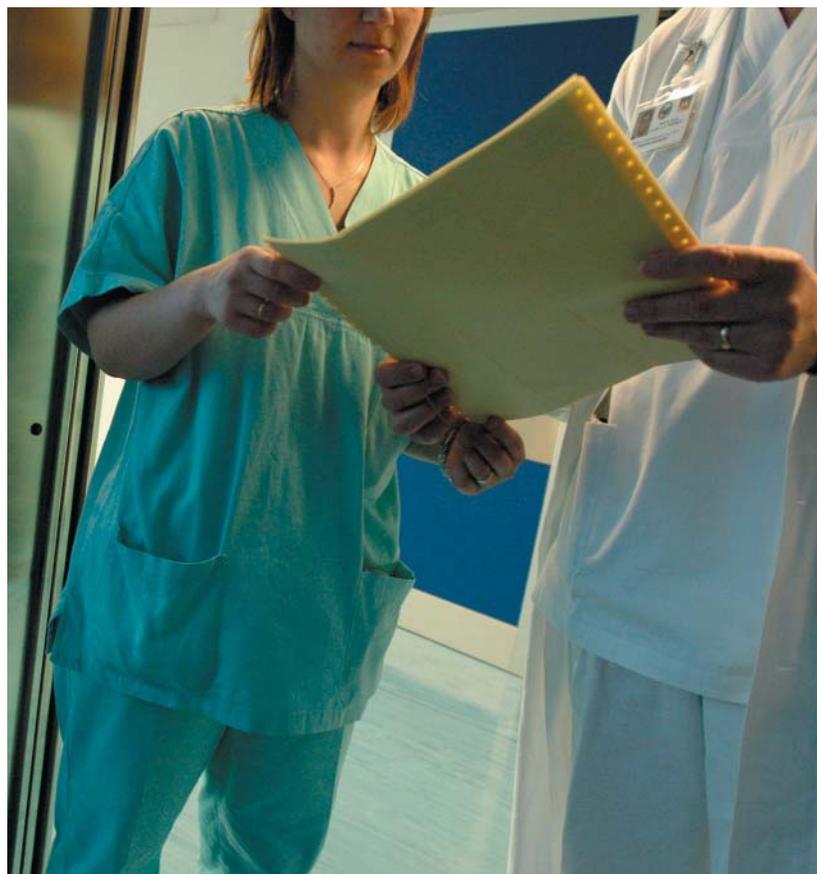
Introduzione

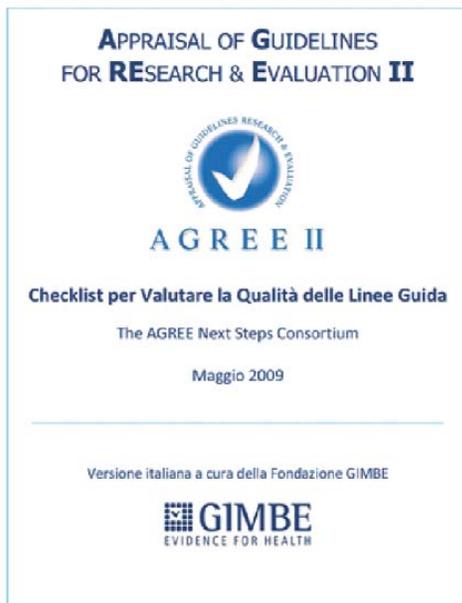
La crescente attenzione della politica sanitaria, verso la razionalizzazione delle spese per il Servizio Sanitario Nazionale, ha portato la necessità di introdurre i criteri per la scelta della destinazione delle risorse per la salute l'efficacia e l'appropriatezza. Per tale motivo l'assistenza sanitaria basata su prove di efficacia, definita Evidence-based Health Care, condiziona i professionisti sotto tutti gli aspetti: dalla formazione universitaria alla pratica clinica, dall'educazione continua alla ricerca. Lavorare secondo criteri di efficacia impone al professionista sanitario un continuo rinnovamento delle proprie conoscenze e competenze inteso come una costante ricerca delle fonti di evidenza scientifica, la valutazione critica delle informa-

zioni reperite e l'applicazione degli esiti nella pratica per raggiungere maggiori e migliori outcome dei cittadini.

L'integrazione dei risultati della ricerca scientifica all'interno dei processi decisionali può essere complicata per l'infermiere a causa di alcuni motivi tra i quali:

- esistenza di "zone grigie" (zone in cui vi è incertezza sull'efficacia di un trattamento o della sua alternativa);
- mancanza di tempo del professionista;
- caratteristiche organizzative nei vari setting lavorativi;
- limitata disponibilità delle riviste scientifiche;
- limitata generalizzabilità dei trial clinici;
- scarsa conoscenza della lingua inglese;





AGREE II
Checklist per Valutare la Qualità delle Linee Guida
 Versione italiana

Secondo la definizione dell'Institute of Medicine (1990) le linee guida sono «raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte con metodi sistematici per assistere medici e pazienti nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche».

Oggi le linee guida costituiscono uno strumento di governo clinico per definire standard assistenziali con cui valutare le performance di professionisti e organizzazioni sanitarie; tuttavia, considerato che i benefici potenziali delle linee guida sono proporzionali alla loro qualità, è indispensabile disporre di uno strumento di valutazione standardizzato.

Con questo obiettivo nel 2001 nasce lo strumento AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation), divenuto negli anni il riferimento internazionale per valutare la qualità delle linee guida.

Nel 2010 l'AGREE Next Step Consortium ha pubblicato AGREE II, la nuova versione dello strumento.

Grazie alla Fondazione GIMBE, che ne ha sostenuto la traduzione e la pubblicazione, è oggi disponibile la versione italiana ufficiale di AGREE II.

[Download AGREE II in versione italiana](#)

[Vai al sito dell'AGREE Trust](#)

- la difficoltà a convertire il bisogno d'informazione in quesiti ben precisi;
- l'inadeguata sintesi di "multiple bits of evidence" in uno statement utile clinicamente;
- lacune nell'abilità a reperire articoli rilevanti;
- difficoltà nell'applicare le regole della valutazione critica della letteratura;
- difficoltà ad integrare le evidenze scientifiche nella propria pratica clinica.

Non a caso la ricerca della migliore evidenza scientifica viene percepita da molti infermieri come un lavoro prettamente teorico e di scarsa utilità pratica. Un pensiero diffuso nella società ritiene l'infermiere una figura sanitaria ausiliaria con mansioni definite e con ridotta responsabilità. Tale pensiero obsoleto che, ormai dovrebbe essere superato grazie anche all'istituzione della Legge n. 42 del 1999, è considerato una delle cause per cui la ricerca infermieristica in Italia è limitata.

Dopo l'abrogazione del DPR n. 225 del 1974 e con l'introduzione nella formazione universitaria di materie come l'inglese scientifico, l'informatica, l'epidemiologia e la statistica medica l'infermiere possiede maggiori basi culturali che gli consentono di essere produttore o fruitore di ricerca scientifica e di attuare una pratica infermieristica basata sulle evidenze scientifiche.

Come se non bastasse, l'articolo 11 del Codice Deontologico dell'Infermiere (2009) afferma che "L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze valide 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". Inoltre l'articolo 12 esplicita che "L'infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito".

Tale professionista essendo il responsabile dell'assistenza generale infermieristica deve predisporre di strumenti idonei a realizzare un alto grado di qualità assistenziale, attraverso una corretta individuazione dei problemi infermieristici della persona assistita, un'opportuna pianificazione ed un'erogazione corretta delle prestazioni identificate.

Breve descrizione delle linee guida

Le linee guida (LG) sono tra gli strumenti che possono supportare l'infermiere nella propria pratica clinica aiutandolo ad innalzare la qualità assistenziale. Esse sono state definite dall'Institute of Medicine (USA) "raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere i clinici e i pazienti nel decidere quali siano le modalità più appropriate in specifiche circostanze cliniche". Tali raccomandazioni non hanno in nessun caso un carattere prescrittivo, ma la loro finalità è di fornire un prezioso supporto informativo, utile soprattutto laddove sia necessario prendere decisioni su procedure e pratiche sanitarie da erogare. Pur essendo solo "suggerimenti", le LG affermano i comportamenti validi che l'infermiere può adottare per risolvere i quesiti che quotidianamente emergono dall'attività clinica e per erogare un'alta qualità di cura alle persone

assistite.

L'utilizzo di tali supporti è sostenuto dal decreto legislativo n. 229 del 1999 che richiama l'impiego di linee guida per un'efficace ed efficiente utilizzo delle risorse disponibili e per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni. La scelta e la definizione dell'argomento su cui verte la LG è definita in base a decisioni di politica sanitaria o, a livello di azienda sanitaria, dal collegio di direzione e/o dall'ufficio qualità.

Il Department of Health ha riportato, secondo logica di priorità, i requisiti che il cliente e l'infermiere devono avere affinché si possano utilizzare le LG considerando diversi aspetti generali. Tali aspetti sono: la variabilità della pratica clinica corrente, la multidisciplinarietà, la frequenza della condizione, la gravità in termini di morbilità-mortalità, l'ansia dei professionisti nella gestione del problema clinico (ad es. nelle situazioni di urgenza), l'impatto economico rilevante, la disponibilità delle migliori evidenze scientifiche attualmente sviluppate.

La progettazione, lo sviluppo e l'implementazione delle LG devono rispettare i seguenti criteri:

- multidisciplinarietà del gruppo: ciò significa che la LG deve essere redatta da un gruppo di lavoro multidisciplinare formato da tutte le figure professionali coinvolte nella gestione della condizione o patologia su cui verte la raccomandazione;
- validità: poiché le LG rappresentano un prodotto di ricerca secondaria devono esplicitare il processo d'identificazione delle evidenze. Con tale



affermazione si vuole intendere che in esse vengono descritte in modo esaustivo le varie banche dati, le strategie di ricerca usate, il range di tempo della ricerca bibliografica ed altre fonti. Si può dire che lo sviluppo delle raccomandazioni sia fondato sulla metodologia evidence-based;

- determinazione dello schema grading: le raccomandazioni vengono quantificate con un certo grado di "Livello di Prova" (LDP) e di "Forza di Raccomandazione" (FDR), espressi rispettivamente in numeri romani (da I a VI) ed in lettere (da A ad E). Con l'espressione LDP viene inteso il tipo di studio dal quale deriva l'informazione utilizzata e conseguentemente la validità dell'informazione stessa, possibilmente priva di errori metodologici e sistematici. FDR rappresenta la probabilità che l'applicazione alla pratica clinica determini un effettivo miglioramento delle condizioni del paziente;
- costo-efficacia: è l'esplicitazione del rapporto tra benefici ed eventi avversi (trade off), per la quale è condizione necessaria la multidisciplinarietà del gruppo di lavoro, garante di professionalità cliniche diverse, dei pazienti, di erogatori e amministratori capaci di rappresentare dimensioni cliniche, etiche ed economiche differenti;
- consistenza: una LG è consistente quando un'altra LG, basandosi sulle stesse evidenze, conduce ad analoghe raccomandazioni;
- monitoraggio di utilizzazione: le LG indicano il modo in cui viene verificata l'adesione alle raccomandazioni attraverso la presenza di indicatori specifici;
- indicazioni per l'aggiornamento: tali raccomandazioni sono regolarmente aggiornate nel loro contenuto in base alla continua progressione della ricerca scientifica;
- affidabilità: una LG risulta affidabile quando nelle stesse condizioni cliniche un altro gruppo di operatori sanitari l'applica in maniera simile;
- chiarezza: essendo un comportamento utilizzato da più persone, tali raccomandazioni, sono redatte in modo da favorire la comprensione attraverso frasi semplici e con un lessico appropriato;
- flessibilità clinica: le LG specificano quali sono le eccezioni rispetto alle raccomandazioni ed indicano in quali circostanze le preferenze dei pazienti sono prese in considerazione. Infatti

la completa rigidità di tali strumenti rappresenta uno svantaggio che porterebbe a delle errate pianificazioni dell'assistenza, provocando la mancanza di raggiungibilità degli esiti.

La produzione di un documento ad hoc che contenga tutti gli ingredienti descritti pocanzi determina una spesa non indifferente e scarsamente sostenibile dalle strutture sanitarie.

Discussione e conclusione

Malgrado la loro importanza, la diffusione di queste raccomandazioni non risulta uniforme e la loro trasferibilità nei vari ambienti assistenziali non sempre modifica l'operato dei professionisti. Un ulteriore gap è che i professionisti si ritrovano, soprattutto in patologie molto comuni, numerose LG di differente costruzione metodologica. In riferimento alla scelta più consona è necessario affidarsi all'**Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation (AGREE)**, strumento di riferimento internazionale per la valutazione della qualità delle LG. Per essere precisi, recentemente è stato introdotto lo strumento nella versione aggiornata (AGREE II) costruito da 23 item organizzati in sei domain, ciascuna delle quali "esplora" i vari aspetti che condizionano la qualità di una LG. Le sei domain sono identiche allo strumento AGREE originale, ma sono state apportate modifiche a 11 dei 23 item. Inoltre, è stato eliminato l'item n. 7 ed aggiunto uno nuovo, per cui la numerazione non ha subito variazioni. Anche l'assegnazione del punteggio è stata oggetto di revisioni: la scala a quattro punti dello strumento originale è stata soppiantata dalla scala a sette punti dell'AGREE II. Per facilitarne l'applicazione pratica di AGREE II è stato ridisegnato il manuale d'uso originale. La traduzione in lingua italiana dell'AGREE II è stata sostenuta dal Gruppo Italiano per la Medicina Basata sull'Evidenza. Il download è disponibile in free full text al <http://www.gimbe.org/agree/>. Una LG considerata e valutata positivamente dovrà seguire lo step di implementazione. In questo percorso è essenziale: coinvolgere i diretti interessati (in particolare i leader); progettare una proposta per il cambiamento scientificamente provata; analizzare i possibili ostacoli e selezionare strategie appropriate ai problemi. Nell'implementazione è importante avere ben presenti gli indicatori per misurare l'outcome e monitorare i progressi, in maniera continua o ad intervalli regolari.

Concludendo, l'approccio più efficace ed efficiente per utilizzare le LG nelle organizzazioni sanitarie prevede una loro ricerca condotta in modo sistematico, la selezione di una LG di riferimento utilizzando lo strumento AGREE, il suo adattamento locale e la costruzione del percorso assistenziale ottimale. In altre parole, per la corretta applicabilità delle LG risulta strategico adattare le raccomandazioni alle risorse disponibili, all'organizzazione locale e alla condizionalità del gruppo infermieristico attraverso protocolli assistenziali.

Bibliografia e sitografia

1. Storti M. Le sezioni fondamentali di un lavoro di ricerca. *Infermieri Informati* 2007; 8(1): 8.
2. Institute for Medicine, Guidelines for clinical practice: from development to use, National Academic Press, Washington, DC, 1992.
3. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Hanna SE, Makarski J; AGREE Next Steps Consortium. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *CMAJ* 2010; 182(10): 1045-52.
4. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Hanna SE, Makarski J; AGREE Next Steps Consortium. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *CMAJ* 2010; 182(10): 472-8.
5. Carroll DL, Greenwood R, Lynch KE, Sullivan JK, Ready CH, Fitzmaurice JB. Barriers and facilitators to the utilization of nursing research. *Clin Nurse Spec* 1997; 11(5): 207-12.
6. Cartabellotta A. AGREE II: appraising the clinical practice guidelines. *Recenti Prog Med* 2011; 102(5): 217-19.
7. Cartabellotta A, Potena A. La Guideline entra in azienda. *Sole 24 Ore Sanità e Management*, Aprile 2001: 35-40.
8. Haynes RB, Hayward RS, Lomas J. Bridges between health care research evidence and clinical practice. *J Am Med Assoc* 1995; 2(6): 342-50.
9. Chiari P, Mosci D, Naldi E. L'infermieristica basata su prove di efficacia. McGraw-Hill, Milano 2006.
10. Ballini L, Liberati A. Linee-guida per la pratica clinica metodologia per l'implementazione. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2004.
11. Santullo A. L'infermiere e le innovazioni in sanità, 2/ed. McGraw-Hill, Milano 2004. Gruppo Formatori. Dispensa corso Base-intermedio EBN, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi 2007.
12. Sistema Nazionale Linee Guida: <http://www.snlg-iss.it/> (ultimo accesso 10 ottobre 2010).

Corretto posizionamento del paziente sul letto operatorio

Numerosi dibattiti avvenuti tra cinesio- logi, fisiologi ed educatori fisici hanno riconosciuto come **corretta** quella postura che "presenta caratteristiche di equilibrio, stabilità, economicità e naturalezza". Questa definizione non può, però, e non deve far corrispondere la definizione di postura a principi e situazioni biomeccaniche rigide e prefissate, perché ogni soggetto "... la adatta a condizioni fisico-strutturali, emotive e psicosociali personali ed individuali". Questo concetto potrebbe far pensare che, il posizionamento del paziente richiesto sul lettino operatorio, essendo quasi obbligato ai fini dell'espletazione delle procedure chirurgiche, appartenga proprio a quelle situazioni biomeccaniche rigide e prefissate sopracitate, comportando rischi alla sicurezza dello stesso.

Raccomandazioni del Ministero della Salute

Puntualmente, però il Ministero della Salute, considerando la probabile insorgenza di questi rischi e al fine di rafforzare i processi preoperatori, intraoperatori e postoperatori, ha provveduto a diffondere delle **Raccomandazioni** per implementare gli standard di sicurezza, tramite una checklist per la sicurezza in sala operatoria rivolta a tutte le sale operatorie e riferite a tutte le procedure chirurgiche effettuate.

In particolare, le raccomandazioni riferite alla posizione del paziente, specificano l'importanza:

- di "... adottare una procedura per il corretto posizionamento dei pazienti e per le tecniche da adottare nelle diverse tipologie di interventi, con particolare riferimento alle manovre da evitare"
- di "... prevedere un addestramento specifico degli operatori" e che "tutti i componenti dell'equipe operatoria condividano la responsabilità per il corretto posizionamento del paziente ... evitando di procurare danni fisici da compressione e/o stiramento di strutture nervose, articolazioni e/o tessuti"
- che "tutti i componenti dell'equipe operatoria ... collaborino all'identificazione ed esecuzione della posizione ..."

- che "l'anestesista deve controllare e verificare il corretto posizionamento ..."

- che "l'infermiere di sala operatoria deve posizionare il paziente secondo le indicazioni del I° operatore e dell'anestesista"

- che "l'infermiere di sala operatoria deve ... assicurare la protezione dei punti di compressione".

Da queste raccomandazioni si possono evincere INDICAZIONI, TECNICHE, CONTROINDICAZIONI (danni fisici e "manovre da evitare") e RESPONSABILITA' degli operatori, incoraggiando l'elaborazione di una procedura in grado di rispondere ad uno dei 16 obiettivi specifici raccomandati dall'OMS e dallo stesso Ministero della Salute, ossia "**Preparare e Posizionare in modo corretto il paziente**".

Posizione: definizione

È un adattamento personalizzato all'ambiente fisico, psichico ed emozionale, che prevede un corretto allineamento e una corretta gestione motoria dello stesso in rapporto alla forza di gravità. Si definisce **corretta** quando le varie parti del corpo si dispongono in maniera fisiologica, ossia quando si ottiene l'ideale allineamento dei baricentri corporei. Più precisamente quando il baricentro generale del corpo, rappresentante il centro di gravità (che è il punto in cui si applica la risultante delle forze di gravità che agiscono nei diversi punti del corpo umano) risulta allineato col baricentro della parte superiore del corpo (anteriore alle prime vertebre dorsali) ed è anteriore alla terza vertebra lombare. La posizione rappresenta un adattamento all'ambiente ed una situazione attiva per contrastare la forza di gravità. Infatti, per mantenerla si attiva il cosid-

detto tono posturale, che è quel grado di tensione a carico della muscolatura antigravitaria. La posizione presume una serie di piccoli aggiustamenti, ossia veri e propri interventi muscolari automatici per meglio sopravvivere ai cambiamenti ambientali.

Il paziente, durante l'intervento chirurgico, sia esso in anestesia generale, locale o periferica, deve esporre il sito da operare e mantenerlo tale per tutto l'intervento.

Gli vengono, quindi, richieste posizioni che favoriscono la migliore esposizione chirurgica per l'ottenimento di un buon esito chirurgico. Questo, però, lo induce a perdere parzialmente o totalmente la sua capacità di rispondere alle modifiche ambientali attraverso la postura, rischiando di compromettere la sua sicurezza.

Ciò, purtroppo, comporta spesso la manifestazione di quei segni e sintomi indicativi di un posizionamento non fisiologico e che si possono osservare solo nel postoperatorio e che vengono riconosciuti come complicanze da mal posizionamento.

Pertanto, il **posizionamento** verrà definito **corretto** solo quando nella sua applicazione si considerano quanto e come incide la forza di gravità su un corpo e i fattori che lo rendono più fisiologico possibile.

Più precisamente nello scenario operatorio, i più importanti fattori che rendono fisiologico il posizionamento del paziente sono:

- tipologia di anestesia adottata:
 - se locale il paziente può collaborare e informarci dei suoi eventuali disagi posturali;
 - se generale il paziente non collabora, poiché incosciente e quindi la sua postura è affidata completamente all'equipe, che dovrà garantire sicurezza, confort e assenza di danni intra e postoperatori;
- lettino con relativi supporti predisposti, che dovranno essere scelti in base alla tipologia dell'intervento e del tipo di soggetto (se grasso, magro, con deficit posturali), dotato di





caratteristiche il più possibile ergonomiche e confortevoli;

- tecniche posturali adeguate:
 - al tipo di intervento: ginecologico, neurochirurgico, ortopedico, addominale, dorsale;
 - alla tipologia fisica del soggetto: obeso, magro, brachilineo, longilineo
 - alle patologie osteo-muscolari di cui può essere portatore: cervicali, contratture, algie alla schiena, alle ginocchia;
 - ad eventuali lesioni da traumi o precedenti interventi: operazioni all'anca, alla colonna vertebrale.

Questi fattori dovranno essere tenuti ben in considerazione dagli operatori sanitari nel posizionare l'operando, proprio perché durante l'intervento il paziente potrà trovarsi limitato (se sottoposto ad anestesia spinale o loco-regionale) o addirittura perdere la capacità percettive (se in anestesia generale) e, quindi, non poter individuare e segnalare gli stimoli dolorosi.

In definitiva, viene considerato corretto quel posizionamento che interferisce il meno possibile con le funzioni vitali e non provoca traumatismi legati ad un' inadeguata posizione del paziente stesso.

Responsabilità del posizionamento

L'applicazione del posizionamento, come ogni altra prestazione a cui è tenuto l'operatore sanitario, richiede la consapevolezza delle proprie azioni e la coscienza delle conseguenze che ne derivano.

Ogni componente dell'equipe rispetto a tale prestazione assume una responsabilità, il cui limite fino a pochi anni fa non era ben specificato.

L'unico riferimento di carattere legale che definisce abbastanza specificatamente i campi di azione delle figure professionali di sala operatoria, rimane ancora oggi la sentenza n. 7082 del 27-07-83 della Cassazione Penale Sez. IV, che recita: "Il posizionamento del paziente sul letto operatorio costituisce per l'infermiere professionale attività ausiliaria o di assistenza al medico, che deve essere sempre svolta sotto il controllo del sanitario, e più precisamente, sotto il controllo del medico anestesista, il quale è presente in pre-sala e deve vigilare al regolare posizionamento del paziente nel momento stesso in cui questo avviene". Tuttavia, il Ministero della Salute, attraverso il Manuale per la Sicurezza in sala operatoria dell'ottobre 2009, ha precisato che: "... Tutti i componenti del-

l'equipe operatoria condividono la responsabilità del posizionamento del paziente, collaborano all'identificazione ed esecuzione della posizione che garantisce la migliore esposizione chirurgica in relazione al tipo di intervento e alla tecnica chirurgica, compatibilmente con la necessità di assicurare la sorveglianza anestesiológica e le condizioni ottimali di omeostasi respiratoria e cardiovascolare, evitando di procurare danni fisici da compressione e/o stiramento di strutture nervose, articolazioni e/o tessuti". Ha, inoltre, ulteriormente specificato che "... L'anestesista deve controllare e verificare il corretto posizionamento del capo e assicurare la pervietà delle vie aeree" e che "... L'infermiere di sala operatoria deve posizionare il paziente secondo le indicazioni del I° operatore e dell'anestesista ed assicurare la protezione dei punti di compressione".

Vengono, così, delineati i Campi di Responsabilità del:

- I° operatore, che dovrà identificare la posizione che garantisce la migliore esposizione chirurgica in relazione al tipo di intervento e alla tecnica chirurgica, compatibilmente con la necessità di assicurare le migliori condizioni di omeostasi respiratoria e cardiovascolare
- Anestesista, che dovrà collaborare con il I° operatore nell'identificare la posizione, controllare e verificare il corretto posizionamento del capo e assicurare la pervietà delle vie aeree
- Infermiere, che dovrà posizionare il paziente secondo le indicazioni del I° operatore e dell'anestesista e assicurare la protezione dei punti di compressione.

Conseguenze di un errato posizionamento

Un posizionamento errato può provocare:

1. compromissione dei nervi periferici, più precisamente:

- a. n. ulnare, che può avvenire all'altezza del gomito o a livello del polso, con conseguenti effetti:
 - motori, come: riduzione o abolizione dei movimenti della mano (es: mano ad artiglio);
 - sensitivi, come: ipoestesia del lato ulnare dell'avambraccio e della mano
 - trofici, come: atrofia dei muscoli della mano, per cui il pollice si appiana come le altre dita (es: mano da scimmia);
- b. n. radiale, che può avvenire dall'ascella al polso, con conseguenti effetti:

- motori, quali: deficit relativi ai movimenti di flesso-supinazione dell'avambraccio, estensione di mano e dita, abduzione del pollice e lateralità del polso (es: mano cadente);
- sensitivi, quali: ipoanestesia della cute della faccia posteriore dell'avambraccio e della metà interna del dorso della mano;

c. n. cutaneo-laterale dell'anca, che può interessare la zona della spina iliaca anteriore superiore, con effetti relativi ad una sintomatologia dolorosa e parestetica sulla superficie esterna della coscia, detta "meralgia parestetica";

d. n. peroneale comune, che interessa la fossa poplitea e il tratto laterale del ginocchio, con effetti di carattere esclusivamente sensitivo che possono estendersi dalla faccia mediale della coscia e gamba fino alla caviglia;

e. n. femorale;

f. n. sciatico.

2. compressione di alcuni punti,

quali: occipite, gomiti, polsi, anca, sacro, talloni

3. rischi, causati essenzialmente dall'immobilità intraoperatoria e dal tempo chirurgico:

- lombalgia, indolenzimento cervicale;
- compressione, macerazione della cute;
- stiramento del plesso brachiale e del nervo sciatico;
- anestesia o ipoestesia della coscia e della gamba;
- stiramento della zona inguinale;
- lussazione dell'anca;
- dolori articolari alle spalle e ginocchia;
- cefalea, edema cerebrale e distacco di retina (nei pazienti a rischio);

Prevenzione

È un aspetto fondamentale, che richiede un'attenzione interdisciplinare e, quindi, il coinvolgimento di tutta l'equipe, già in fase perioperatoria, soprattutto nei confronti di pazienti anziani, molto magri, obesi o portatori di deformità fisiche. Perciò, sarà opportuno prendere in considerazione:

- L'esposizione del campo operatorio, attraverso idonei adesivi per evitare inutile umidità delle diverse soluzioni disinfettanti;
- La vascolarizzazione dei distretti corporei, che dev'essere mantenuta indipendentemente dal tipo di posizionamento che il paziente assumerà;
- La respirazione che non deve venir ostacolata da un errato posizionamento degli arti superiori o del collo;

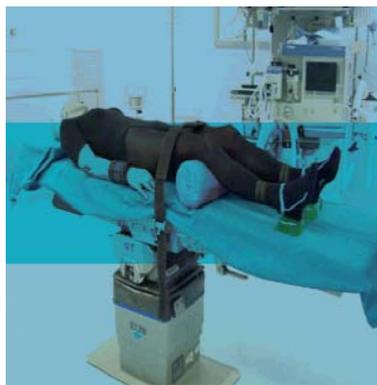
- I nervi che devono essere protetti da eventuali compressioni;
 - La temperatura che deve venire monitorata e mantenuta costante;
- Prima del trasferimento dell'operando sul lettino operatorio bisognerà:
- Verificare che gli accessori o i vari dispositivi che si utilizzeranno per il posizionamento siano disponibili, puliti e appropriati;
 - Verificare che il letto operatorio sia bloccato e munito dei supporti/accessori imbottiti necessari per il corretto posizionamento;
 - Chiedere aiuto al momento del trasferimento in modo da essere almeno in 4 per garantire la sicurezza;
 - Utilizzare i presidi ergonomici e posturarsi correttamente per prevenire danni a se stessi durante la movimentazione del carico (vedi Direttiva Europea 269/90, Decreto Legislativo 626/94 trasfuso nel cosiddetto Testo Unico Sicurezza Lavoro con il Decreto Legislativo 81/08, a sua volta integrato da quello n. 106/09 recante disposizioni integrative e correttive entrate in vigore il 20/08/09);
 - Spostare lentamente il paziente per controllare meglio il comportamento di eventuali cateteri, drenaggi, tubi collegati al paziente durante il trasferimento.

Precauzioni

Prevedono:

1. l'applicazione:

- di gelatine sotto le prominenze ossee per evitare il loro decubito;
- di un cuscino o di una ciambella sotto la testa per allinearla e fissarla;
- di fascette ferma-mano e ferma-braccio, che non devono stringere eccessivamente;
- di un reggibraccio imbottito;
- di posizioni con "curvature adattate", ossia che permettano di scaricare la forza di gravità, attraverso l'ausilio di cuscini di varie forme e dimensioni scelti rispettando le caratteristiche del paziente e la tipologia dell'intervento



- della cintura o fascia agli arti inferiori sopra il terzo medio della coscia e non sopra l'articolazione del ginocchio;
- di una protezione alla mano nella posizione litomica, per evitare eventuali pizzicamenti o decubiti tra il morsetto e l'anca;



2. il posizionamento:

- dell'avambraccio pronato e capo ruotato di 15° verso uno delle due braccia aperte per evitare lesioni del plesso brachiale;
- di abduzione del braccio rispetto al corpo inferiore a 90° per evitare lesioni del plesso brachiale;
- degli arti superiori dei pazienti obesi sempre sopra il reggibraccio e non lungo il busto, perché rischiano di cadere o debordare dal piano del lettino;
- corretto del bracciale della pressione onde evitare decubiti;

3. la verifica della tensione dei muscoli adduttori dopo aver correttamente eseguito la posizione ginecologica e l'appoggio degli arti inferiori dopo ogni loro variazione di posizione

4. il controllo del paziente:

- ad eventuali pressioni esterne a cui viene involontariamente sottoposto per l'appoggio di operatori o di carrelli servitori sullo stesso o spostamento dei reggibraccia;
- durante e dopo ogni cambiamento di posizione, soprattutto i punti critici di trazione e compressione, come: braccia, gambe negli appositi reggibraccia, articolazione coxofemorale;

5. la protezione del paziente da cadute accidentali, applicando presidi di contenzione laterali prima che esca dalla sala operatoria.

Descrizione delle posizioni: definizioni, effetti, punti di compressione, protezione dei punti di compressione

Le posizioni di seguito illustrate vengono applicate a seconda del tipo di intervento a cui il paziente dovrà venir sottoposto.

È, comunque, opportuno posizionare il paziente nel decubito richiesto in base al tipo di intervento, preferibilmente quando ancora vigile e sveglio, proprio perché lui stesso possa indicarci eventuali disagi o scomodità procurati dal posizionamento, che poi con la durata dell'intervento potrebbero diventare compressioni, decubiti, lesioni da sfregamento, ulcerazioni, arrossamenti fino a stiramenti o patologie osteo-muscolo-articolari vere e proprie.

Gli obiettivi dovranno essere:

- Diminuire le "spine irritative" (dolore, disagio, stress);
- Favorire la respirazione;
- Rilassare globalmente con conseguente diminuzione della tensione muscolare.

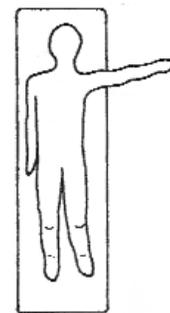
Posizione supina

Si definisce quando "il corpo è in appoggio al piano con tutta la sua parte posteriore" o dorsale.

I punti di compressione sono: zona sacrale, talloni, zona scapolare.

La protezione dei punti di compressione consiste nel:

- Applicare un rotolino imbottito sotto le caviglie per evitare il decubito dei talloni;
- Applicare un cuscino sotto le cosce per evitare lo stiramento della zona poplitea e l'iperlordosi lombare;
- Applicare sopra il letto operatorio dei cuscinetti in gel per evitare il decubito sacrale e scapolare;
- Applicare tra tavolo operatorio e la zona lombare un cuscino per prevenire sofferenze del plesso lombare, specie in interventi di lunga durata.



Posizione rective o trendelenburg

Prende il nome da Friedrich Trendelenburg, chirurgo tedesco (Berlino 1844-



1924) ed è una posizione che si fa assumere al malato, " ... posto supino sul letto operatorio, inclinando il lettino obliquamente in modo che la testa si trovi più in basso del bacino".

Gli **effetti** sono:

- Aumento del ritorno venoso;
- Aumento della pressione intracranica e intraoculare;
- Diminuzione della frequenza cardiaca, della compliance polmonare e della capacità vitale;
- Aumento della pressione intragastrica
- Stasi venosa al capo (con cianosi e edema al volto e al collo).

I **punti di compressione** sono:

- n. radiale quando il paziente scivola cranialmente, premendo la faccia laterale del braccio contro l'archetto;



- plesso brachiale tra clavicola e prima costa quando il reggispalla viene appoggiato al centro della clavicola e non sull'acromion.

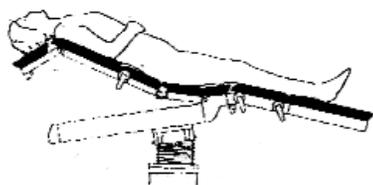


La protezione dei punti di compressione:

- applicare il reggispalla sull'acromion e non sulla clavicola; se non si può applicare il reggispalla sull'acromion evitare lo scivolamento del corpo ricorrendo a materassi antiscivolo.

Posizione antireclice o antitrendelenburg

Prende il nome da Friedrich Trendelenburg, chirurgo tedesco (Berlino 1844-1924) ed è una posizione che si fa assumere al malato, " ... posto supino sul letto operatorio, inclinando la testa più in alto dei piedi".



Gli **effetti** sono:

- Riduzione del ritorno venoso, della gittata e della pressione arteriosa;
- Migliore frequenza cardiaca, compliance polmonare e capacità vitale.

Posizione prona

Si definisce quando "il corpo è in appoggio al piano con tutta la sua parte anteriore" o ventrale.



Gli **effetti** sono:

- Dislocamento e/o inginocchiamento del tubo endotracheale e del catetere vescicale e deflussori vari;
- Edema oculare con possibile danno ischemico del nervo ottico;
- Compressione del nervo ulnare sul margine del letto operatorio;
- Stiramento del nervo sciatico per estensione degli arti;
- compressione del nervo ulnare sul margine del letto operatorio.

I **punti di compressione** sono: parte toracica e addominale, occhi e naso, genitali, mammelle.

La protezione dei punti di compressione:

- Capo ruotato lateralmente o flessa avanti su un apposito supporto frontale forato in gel, che lo sostiene appoggiandosi sui due punti laterali della fronte e quelli laterali della mandibola, dotato di un pertugio per il passaggio del tubo endotracheale;
- Creste iliache sostenute da un cuscino per alleviare la compressione del n.cutaneo laterale dell'anca;
- Ginocchia moderatamente flesse per alleviare lo stiramento del nervo sciatico;
- Braccia addotte di 90° dal corpo;
- Avambraccia flesse in pronazione;
- Protezione adeguata degli occhi con cerotti imbottiti da applicare sopra le palpebre chiuse.

Posizione litotomica o ginecologica

Si definisce quando il busto è supino, con cosce flesse a 90° sul tronco e gambe parallele al piano del pavimento, appoggiate su appositi reggigambe, chiamati stivali, ed eventualmente anche leggermente addotte.



Gli **effetti** sono:

- Dolore lombare post-operatorio per stiramento delle strutture legamentose della zona lombo sacrale da accentuata iperlordosi e mancato scarico della schiena;
- Dolori articolari dell'anca e ginocchio
- Stiramento dei legamenti dell'anca per eccessiva abduzione degli arti inferiori;
- Stasi venosa alle caviglie per eccessivo abbassamento del piede rispetto al ginocchio sul reggigamba;
- Lesione del n. peroneale comune per compressione laterale del reggigamba sulla testa della tibia;
- Lesione del n. safeno per compressione mediale del reggi gamba sul condilo mediale della tibia;
- Lesione del nervo femoro-cutaneo per eccessiva flessione-rotazione della gamba;
- Lesione del nervo sciatico-femorale con lussazione dell'anca per eccessiva extrarotazione degli arti inferiori;

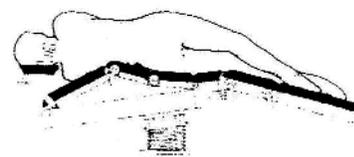
I **punti di compressione** sono: occipite, scapole, gomiti, poplite, anche, sacro.

Posizione laterale

Si definisce quando "il corpo è in appoggio al suolo con una delle due parti laterali".

Gli **effetti** sono:

- Instabilità della posizione;
- Lesione del n. cutaneo laterale dell'anca per compressione sulla spina iliaca;
- Lesione del n. peroneale comune per compressione sulla testa tibiale.



I **punti di compressione** sono: capo, spalla, gomiti, parete toracica e addominale, trocantere.

La protezione dei punti di compressione:

- Capo, collo e colonna devono essere allineati sullo stesso piano con cuscini o supporti in gel;
- Spalla a contatto col letto appoggiato su un cuscino rullato o un rullo ascellare per evitare il suo sovraccarico;
- L'arto superiore libero flessa non meno di 30° su un reggibraccio elevato al capo, evitando di estendere l'articolazione della spalla;
- Il tronco deve appoggiare su supporti imbottiti: anteriormente a livello toraco-sternale, posteriormente a livello lombo-sacrale per renderlo stabile;
- Arti inferiori: l'arto inferiore su cui pog-

gia il paziente va flesso non più di 90° e quello libero va esteso: Framezzo deve essere applicato un cuscino per contenere l'adduzione e ridurre il contatto.

Conclusioni

L'eliminazione definitiva delle conseguenze riguardanti il mal posizionamento del paziente sul letto operatorio è un obiettivo arduo e difficile da raggiungere, in quanto molti sono i fattori che interagiscono tra loro, tra cui le caratteristiche proprie del paziente e dell'intervento (= fattori intrinseci). Pur tuttavia le conoscenze, le competenze, la capacità di applicarle e soprattutto di collaborazione tra i vari membri dell'equipe può, ridurre l'incidenza di quei fattori di rischio estrinseci, ossia dipendenti dal mondo esterno.

Bibliografia

1. Arcangelo Pasqualino e Enzo Nesci (1980), *Anatomia Umana fondamentale*, UTET.
2. Cassazione Penale Sez. IV, sentenza n. 7082 del 27-07-1983.
3. Dizionario della Salute *Posizione di Trendelenburg*. <http://www.corriere.it/salute/dizionario/trendelenburg_posizione_di/index.shtml>
4. F.Casolo (2002), *Lineamenti di Teoria e Metodologia del Movimento Umano*, Casa Editrice V&P.
5. Giovanni Chetta *La postura*. <<http://www.giovanichetta.it/postura.html>>
6. Gruppo di Lavoro *La gestione del rischio nel posizionamento del paziente sul letto operatorio in anestesia generale*. <<http://www.slideshare.net/parrinello/prevenzione-errori-posizionamento-del-paziente-sul-letto-operatorio-2>>, Aprile 1999
7. Gruppo di Lavoro C.I.O. *Linee Guida sulla Prevenzione e Trattamento delle LDD*. <http://www.lesionicutaneecroniche.it/PDF%20LINEE%20GUIDA/protocolli/Linee%20-%20guida%20-%20LDD%20vers.%202007%20.pdf>, 2004, revisione n° 1/2007
8. Gruppo Operatorio Tolmezzo *Best Practice per le posture in sala ginecologica*. <<http://www.ass3.sanita.fvg.it/pls/ass3doc/docs/F24900/Ricerca+infermieristica.pdf>>, 1° edizione, ottobre 2007.
9. Luisa Signorin & altri (mar'2007) "Schede pratiche per l'operatore socio-sanitario - O.S.S. - in sala operatoria", USSL 6, Ospedale Civile di Vicenza.
10. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Italia (ott'09) *Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist*, Roma, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.
11. Umberto Mosca (gen'2003), *Manuale professionale di STRETCHING tecniche di allungamento muscolare per applicazioni cliniche e sportive*, Red Edizioni, Studio Collana.
12. Maria Chiara Patriarca *Il posizionamento dei pazienti in Stato Vegetativo*. <http://www.associazionerisveglio.net/index.php?option=com_content&id=80%3Ail-posizionamento-dei-pazienti-in-stato-vegetativo>.

Aree metropolitane, sempre più a rischio la salute, di ambiente e cittadini.

E gli infermieri continuano a scarseggiare ...

Il primo *Rapporto Osservasalute*, redatto dall'Osservatorio nazionale per la Salute delle Regioni italiane, ha analizzato lo stato della salute e l'offerta dei servizi sanitari nelle maggiori province italiane.

È emersa una vasta gamma di aspetti e problematiche che confermano l'immagine di un **Paese complesso**: quasi tutte le metropoli italiane hanno ansie sul fronte della salute dell'ambiente, con ovvie ripercussioni su quella dei cittadini. Per quanto riguarda, invece, l'offerta dei servizi sanitari, quelle del Nord sono i più avanti rispetto a quelle del Sud, ma tutte le aree analizzate hanno un volto simile:

- sono molto popolate, anziane

soffrono di malattie spesso evitabili con programmi di prevenzione ed assistenza sul territorio.

Le aree metropolitane italiane, ad oggi, sono 15: Torino, Milano, Venezia, Trieste, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Reggio Calabria, Palermo, Messina, Catania, Cagliari.

Napoli è la città più giovane, Trieste la più vecchia. La provincia in cui si è registrato il maggior incremento per la classe di età 65-74 anni è, per gli uomini, Venezia; per le donne, Roma. Relativamente al tasso di fecondità totale, fra il 2001 e il 2005, si registra una lieve ripresa, seppur con valori molto bassi (1,3 figlio per donna) e inferiori al livello di sostituzione (2 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale.

Le province più "feconde" risultano Napoli e Palermo, con valori, comunque, mai al di sopra di 1,5 (Cagliari registra un tasso particolarmente basso: 0,98). A Milano si è registrato un incremento maggiore dell'età media in cui le donne partoriscono: da 30,3 anni nel 2001 a =2,1 anni nel 2005. Inoltre, **ad eccezione di Bologna e Firenze, è emerso che in città si muore di più** che altrove.

Quanto l'offerta sanitaria, tra il 2001 e il 2005, è **evidente una tendenza alla diminuzione dei ricoveri in regime ordinario (Ro) e un maggior ricorso alle prestazioni in day hospital**, ad eccezione di Trieste, Bologna, Cagliari e Venezia. I tassi standardizzati di dimissione ospedaliera, in Ro, sono più elevati a Napoli e più bassi a Torino; per il *day hospital*, Messina è la provincia coi tassi maggiori.

Si è osservata anche una complessiva riduzione di posti letto per acuti, mentre la dotazione di quelli per la lungodegenza e riabilitazione è in lieve aumento. A Roma, Reggio Calabria, Cagliari, Firenze e Catania vi è più privato accreditato, con tassi che superano il valore di 11 posti letto per 10mila abitanti, contro un valore medio nazionale del 7,98.

Carente il personale medico e infermieristico, non distribuito omogeneamente.

Rispetto al 2001, la maggior parte delle aree metropolitane presentano valori più bassi della media italiana (45,25 per 10mila abitanti) che, a sua volta, risulta molto al di sotto della media stabilita dall'Ocse.

Efficacia della supervisione clinica

*Matteo Storti, Sonia Cappozzo, Federico Pegoraro, Barbara Pozza, Valeria Rossetto.

Abstract

La supervisione clinica è definita come parte di un processo di addestramento ed è considerata una funzione essenziale per il supporto del personale neo-laureato e neo-assunto. Soltanto negli ultimi anni è stata messa in rilievo l'importanza di tale processo. Lo scopo di questa revisione della letteratura è quello di provare l'efficacia della supervisione clinica infermieristica consultando 11 banche dati di letteratura bio-medica. In tali banche dati sono state inserite le parole chiave attinenti al quesito di ricerca e successivamente sono stati inseriti dei limiti. I risultati mostrano che da 430 studi rilevati soltanto 8 sono meramente attinenti a tale argomento. Gli studi confermano l'importanza della supervisione clinica sugli esiti dell'utente, del supervisionato e del supervisore. L'efficacia della

supervisione clinica comporta una riduzione del carico lavorativo e dello stress del sanitario, con un aumento della motivazione del lavoratore ed una conseguente ripercussione positiva nei malati.

Parole chiave: *supervisione infermieristica, infermieristica, evidence-based practice*

Introduzione

L'evoluzione della professione infermieristica ha comportato all'introduzione di nuovi modelli organizzativi e alla necessità di raggiungere nuove competenze più avanzate. Per tale motivo diventa fondamentale permettere agli infermieri un percorso di apprendimento e di supporto necessario a migliorare le competenze del professionista e la qualità delle prestazioni erogate (1). Il termine supervisione clinica (SC) nasce dalla psicoanalisi e dal counseling come parte di un processo di addestramento che nella letteratura bio-medica trova

come target di riferimento l'infermiere neo-laureato e neo-assunto.

Lo scopo di questo contributo è quello di verificare l'efficacia della SC infermieristica attraverso una revisione della letteratura su 11 banche dati di letteratura bio-medica primaria e secondaria.

Materiali e metodi

La prima tappa per ricercare gli articoli recensiti dalle numerose banche dati revisionate è stata quella di porsi un quesito di *foreground* con il relativo acronimo PICO. Successivamente, si è provveduto a tradurre le parole chiave (o descrittori) dall'italiano all'inglese, in modo tale che potessero essere impiegate nei vari browser delle banche dati, alle quali è stato effettuato l'accesso attraverso la piattaforma presente all'interno del sito internet del Centro Studi EBN dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (2). La ricerca del materiale bibliografico è avvenuta fra i mesi di Marzo e Agosto 2009, consultando le seguenti banche dati di letteratura primaria e secondaria:



Tabella 1 - Risultati della revisione della letteratura

Database	Documenti rilevati	Documenti selezionati
Canadian Medical Association (CMA)	0	0
Cochrane Database of Systematic Reviews	2	0
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)	74	1
Joanna Briggs Institute	4	0
National Guideline Clearinghouse	0	0
New Zealand Guidelines Group	164	0
PubMed	178	7
Registered Nurses' Association of Ontario	8	0
Royal College of Nursing	0	0
Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN)	0	0
Sistema Nazionale Linee Guida	0	0

- Cochrane Database of Systematic Reviews;
- Joanna Briggs Institute;
- Canadian Medical Association (CMA);
- PubMed;
- National Guideline Clearinghouse;
- Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN);
- New Zealand Guidelines Group;
- Royal College of Nursing;
- Sistema Nazionale Linee Guida;
- Registered Nurses' Association of Ontario;
- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

Le voci di thesaurus immesse nei vari query box delle banche dati sono state: "nursing supervisory", "nursing", "evidence-based practice". Tali descrittori, dove possibile, sono stati combinati utilizzando l'operatore booleano "AND" in modo tale da restringere il campo dei record e l'operatore booleano "OR" per

allargare la ricerca. È importante utilizzare entrambi gli operatori booleani su una stringa di ricerca perché consentono di aumentare la sensibilità della ricerca, cioè ampliarla, attraverso l'operatore "OR" e aumentare allo stesso tempo la specificità, ovvero restringerla, attraverso l'operatore "AND" (3). In tutte le banche dati bio-mediche sono stati immessi descrittori in inglese ad eccezione del "Sistema Nazionale Linee Guida" in cui sono stati cercati documenti immettendo parole chiave in italiano. I limiti che, dove possibile, sono stati utilizzati includono: articoli pubblicati negli ultimi 5 anni, articoli in inglese o italiano con il campione composto da soggetti umani. Gli studi considerati nella ricerca comprendono: studi clinici randomizzati e controllati (RCT), revisioni (review), studi clinici (clinical trial), meta-analisi (meta-analysis), linee guida (practice guideline), studi comparativi o di confronto (com-

parative study), studi multicentrici (multicenter study), studi di validazione (validation study).

Risultati

Nella Tabella n. 1 vengono riassunti i risultati della ricerca bibliografica. Tale tabella mostra nella colonna di destra i vari database considerati, nella colonna centrale gli articoli individuati grazie all'impiego delle parole chiave ed i limiti, nella colonna a sinistra gli articoli selezionati in base ad una prima valutazione iniziale. Sulle due colonne "Documenti" vengono già sommati i risultati degli articoli prodotti dalle stringhe di ricerca basate sulle tre parole chiave scritte pocanzi. Le banche dati sono elencate in ordine alfabetico.

Complessivamente, inserendo le varie parole chiave nei database, sono stati trovati 430 articoli. Dai 430 studi sono stati esclusi tutti i lavori che non avessero l'abstract disponibile, non perti-

nenti alla ricerca bibliografica o che presentassero conflitti di interesse, articoli doppi individuati in più database. Con l'applicazione di tali criteri di eleggibilità sono stati selezionati 8 studi che a loro volta sono stati valutati criticamente attraverso uno schema già predisposto e valido (4).

Di seguito vengono elencati gli studi selezionati sintetizzati nelle tabelle 2-9.

Discussione e conclusione

I risultati della letteratura confermano l'efficacia della SC. La ricerca è stata condotta esplorando 11 basi di dati internazionali sul settore. L'esplorazione delle banche dati, assegnate a ciascun autore, è stata suddivisa inizialmente. In questo modo nessuna banca dati è stata visionata da due o più autori, mentre era possibile che un autore avesse il compito d'indagare su più banche dati.

Ogni studio rilevato, a seconda del suo disegno, è stato valutato criticamente per mezzo di alcune griglie deputate alla valutazione critica degli studi catalogate in un testo di recente pubblicazione (4). Con l'adozione di tali griglie ogni autore ha reso obiettivo il processo di analisi critica di ciascun studio riducendo la probabilità di libera interpretazione e quindi di procurare un errore metodologico della revisione.

In totale sono stati trovati 430 documenti pubblicati negli ultimi cinque



Tabella 2 – Primo studio selezionato sulla banca dati di CINAHL

TITOLO	"The integration of clinical and managerial supervision: a critical literature review".
AUTORI	Kleiser H, Cox DL.
DISEGNO DELLO STUDIO	Revisione della letteratura.
RISULTATI	Questo lavoro vuole dimostrare l'efficacia della SC e manageriale. Ad un gruppo di professionisti è stata proposta l'introduzione di un percorso di supervisione con il FSK (Knowledge and Skill Framework). I risultati indicano che, malgrado molti professionisti siano incerti su come gestire nel tempo la SC, vi è una comune intesa verso una struttura che combina una supervisione clinica e manageriale, implementando l'FSK.
CONCLUSIONE	Una SC e manageriale è indicata, tuttavia si raccomanda che i ruoli del valutatore e supervisore rimangano separati in quanto più ricercatori hanno evidenziato un conflitto all'interno di questa dualità di ruolo con un conseguente impatto sull'efficacia della supervisione. Si raccomanda inoltre che siano intraprese nuove esperienze per valutare l'efficacia dell'integrazione del FSK nella supervisione.

anni. La scelta di raccogliere soltanto articoli pubblicati nell'ultimo lustro è dovuta al fatto che nelle revisioni pubblicate sul sito del Centro Studi EBN è presente un elaborato datato 2003 il quale risponde al quesito di quest'esperienza (5). Sebbene fosse pertinente al PICO di questa ricerca e non fosse presente nella revisione pubblicata da Tagliati et al. (2003), è stata esclusa una linea guida della banca dati *Royal College of Nursing* perché non rispondeva ai criteri di eleggibilità prestabiliti: la sua pubblicazione è avvenuta nel febbraio 2002 e l'ultima ristampa nel dicembre 2003 (6).

Come nel lavoro precedente di Tagliati et al. (2003), è stata effettuata una ricerca anche nelle banche dati di linee guida allo scopo di reperire raccomandazioni e suggerimenti, attraverso fonti secondarie, utili per il PICO considerato.

Gli studi selezionati affermano che la SC si basa sui processi consci ed inconsci

Tabella 3 – Primo studio selezionato sulla banca dati di PUBMED

TITOLO	"The student-supervisor relationship in the PhD/Doctor process".
AUTORI	Gill P, Burnard P.
DISEGNO DELLO STUDIO	Revisione della letteratura.
RISULTATI	Il lavoro vuole dimostrare che gli studenti possono aumentare significativamente la qualità delle prestazioni erogate nei contesti lavorativi a cui sono affidati. L'articolo mette in luce che eventuali successi o fallimenti sono correlati alla SC.
CONCLUSIONE	Lo scopo del presente documento è fornire gli elementi chiave per una SC in studenti specializzandi. Discute sulle attese che un professionista ha dopo l'applicazione corretta di una SC, come identificare e indirizzare i potenziali problemi di supervisione e come mantenere un effettivo rapporto di lavoro.

del professionista, sui suoi pregiudizi e le sue difficoltà aiutandolo a lavorare con un grado di soddisfazione sufficiente (7) e fornendo il modo sistematico per affrontare le difficoltà della pratica clinica.

Per rispondere al quesito iniziale della presente revisione della letteratura si può affermare che la SC infermieristica è efficace per migliorare l'assistenza infermieristica (8-11). La SC sviluppa anche l'autonomia del professionista e l'autostima (12) e chiarisce le implicazioni della responsabilità nella pratica aumentando il bagaglio di conoscenza (13,14).

Nei setting che adottano la SC c'è una riduzione significativa delle richieste di trasferimenti in altri contesti di assistenza (15) e gli infermieri subiscono uno stress lavorativo nettamente inferiore rispetto ai controlli (16).

È di fondamentale importanza ridurre lo stress lavorativo perché quest'ultimo è stato associato ad un incremento di errori clinici come per esempio all'atto di somministrazione di un farmaco (17) ed ad un aumento del burnout nei professionisti colpiti (18).

Dai risultati di questa revisione è emerso che il professionista deve trasmettere al supervisionato una buona capacità riflessiva (9-11), orientandolo sugli obiettivi preposti favorendo l'apprendimento (15,19).

Concludendo, gli esiti della SC si notano sull'efficacia organizzativa in termini di riduzione del carico lavorativo e dello stress del sanitario, con un aumento della motivazione del lavoratore ed una conseguente ripercussione positiva nei malati.

In sintesi nelle UO che adottano efficacemente la SC:

- migliora la performance del supervisionato;
- aumenta l'autostima e l'autonomia del supervisionato;
- migliora la qualità delle prestazioni erogate;
- riduce il turnover del personale; riduce lo stress lavorativo.

Articolo pubblicato sulla rivista "Infermieri Informati" grazie alla gentile concessione del Direttore della rivista "LEADERSHIPMEDICA" dott.ssa Genina Iacobone.



Tabella 4 – Secondo studio selezionato sulla banca dati di PUBMED

TITOLO	"Nursing staff descriptions of clinical supervision and management in Veterans Affairs-affiliated nursing homes".
AUTORI	Dellefield ME.
POPOLAZIONE O SETTING	40 infermieri di 2 RSA, San Diego, USA.
DISEGNO DELLO STUDIO	Osservazionale analitico.
RISULTATI	Hanno partecipato allo studio 40 infermieri di 2 RSA i quali hanno preso parte a dei focus di lavoro suddivisi per titolo di studio. Il personale ha descritto le proprie esperienze lavorative con gli infermieri supervisori e con gli staff manageriali ed i loro comportamenti concernenti 5 pratiche cliniche comuni quali l'incontinenza, la mobilizzazione, la nutrizione, il dolore e la gestione delle ulcere da decubito.
CONCLUSIONI	I temi associati ai comportamenti identificati furono usati per l'analisi dei contenuti. L'implicazione degli infermieri supervisori, gli staff manageriali e le persone con ruoli di leadership in RSA e in altri ambienti clinici, sono stati presentati nel lavoro.

Tabella 5 – Terzo studio selezionato sulla banca dati di PUBMED

TITOLO	"Staffing adequacy, supervisory support and quality of care in long term care settings: staff perceptions".
AUTORI	Raikkonen O, Perala ML, Kahana A.
POPOLAZIONE O SETTING	Personale sanitario di 112 reparti in 40 diversi istituti di assistenza a lungo termine in Finlandia.
DISEGNO DELLO STUDIO	Osservazionale analitico.
RISULTATI	La percezione della qualità dell'assistenza e delle competenze professionali non varia a seconda delle tipologie d'istituti coinvolti nello studio ma dalla percezione del personale di un inadeguato e insufficiente sostegno nella SC. Generalmente il personale regolarmente seguito è in grado di produrre cure di maggiore qualità e ha una percezione positiva delle proprie competenze professionali.
CONCLUSIONE	L'adeguatezza del personale nel posto di lavoro è la condizione principale per una buona qualità dell'assistenza in strutture con ricoveri a lungo termine. Ciò consente lo sviluppo di cure efficaci sia per il singolo dipendente sia per l'intera équipe di lavoro. Se i coordinatori hanno una buona percezione nell'individuare le esigenze del personale riescono poi a supportare meglio i loro bisogni. Oltre a ciò tale capacità percettiva può aumentare la soddisfazione e il benessere del personale e dei pazienti ricoverati nei ambienti clinici. Tale caratteristica facilita e aumenta anche lo sviluppo professionale creando un'atmosfera positiva all'interno dell'UO. Rimangono un campo da esplorare gli aspetti (negativi) psicologici provocati da una supervisione inadeguata. Questo studio dimostra che un mancato supporto basato sulla SC è correlato ad una scarsa qualità assistenziale.

Tabella 6 – Quarto studio selezionato sulla banca dati di PUBMED

TITOLO	"Group clinical supervision for mental health nursing students".
AUTORI	Clibbens N, Ashmore R, Carver N.
POPOLAZIONE SETTING	Studenti infermieri inglesi.
DISEGNO DELLO STUDIO	Studio qualitativo.
RISULTATI	La SC è riconosciuta come un fondamento nell'infermieristica. L'attenzione è concentrata sulla ricerca di trovare modelli organizzativi che garantiscano la SC, mentre una minore attenzione è dimostrata sullo stato psicologico dello studente infermiere.
CONCLUSIONE	Questo articolo promuove la discussione sui problemi relativi ai soggetti coinvolti nella supervisione.

BIBLIOGRAFIA

1. Kotzer AM, Arellana K. Defining an evidence-based work environment for nursing in the USA. *J Clin Nurs*. 2008; 17(12): 1652-9.
2. Centro Studi EBN del "S. Orsola-Malpighi" dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna disponibile al sito: www.evidence-basednursing.it. Ultimo accesso il 14/06/2010.
3. Chiari P, Mosci D, Naldi E e il Centro Studi EBN. L'infermieristica basata su prove di efficacia guida operativa per l'Evidence based Nursing. McGraw-Hill, Milano 2006.
- Vellone E, Piredda M. La ricerca bibliografica strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria. McGraw-Hill, Milano 2009.
4. Tagliati E, Cerruti G, Castellari M. Prove di efficacia sulla supervisione clinica. 2003.
- Royal College of Nursing. Clinical supervision in the workplace. Guidance for occupational health nurses. London 2003.
5. Kleiser H, Cox DL. The integration of clinical and managerial supervision: a critical literature review. *Br J Occup Ther* 2008; 71(1): 2-12.
6. Kovner C, Brewer C, Wu YM, Cheng Y, Suzuki M. Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2006; 38: 71-9.
7. Bégat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being. A Norwegian study. *J Nurs Manag*. 2005; 13(3): 221-30.
8. Rodwell J, Noblet A, Demir D, Steane P. Supervisors are central to work characteristics affecting nurse outcomes. *J Nurs Scholarsh*. 2009; 41(3): 310-9.
9. Hall D. The relationship between supervisor support and registered nurse outcomes in nursing care units. *Nurs Adm Q*. 2007; 31(1): 68-80.
10. Rääkkönen O, Perälä ML, Kahanpää A. Staffing adequacy, supervisory support and quality of care in long-term care settings: staff perceptions. *J Ad Nurs*. 2007; 60(6): 615-26.
11. Grant A, Townend M. Some emerging implications for clinical supervision in British mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007; 14(6): 609-14.
12. Clibbens N, Ashmore R, Carver N. Group clinical supervision for mental health nursing students. *Br J Nurs*. 2007; 16(109): 594-8.
13. Uys LR, Minnaar A, Simpson B, Reid S. The effect of two models of supervision on

selected outcomes. *J Nurs Scholarsh*. 2005; 37(3): 282-8.

14. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*. 2004; 42(2): 1157-66.
- Dugan J, Lauer E, Bouquet Z, Dutro BK, Smith M, Widmeyer G. Stressful nurses: the effect on patient outcomes. *J Nurs Care Qual*. 1996; 10(3): 46-58.

15. Kennedy BR. Stress and burnout of nursing staff working with geriatric clients in long-term care. *J Nurs Scholarsh*. 2005; 37(4): 381-2.
16. Dellefield ME. Nursing staff descriptions of clinical supervision and management in Veterans Affairs-affiliated nursing homes. *J Nurs Care Qual*. 2008 Jan-Mar; 23(1): 66-74.

Tabella 7 – Quinto studio selezionato sulla banca dati di PUBMED

TITOLO	"The relationship between supervisor support and registered nurse outcomes in nursing care units".
AUTORI	Hall DS.
POPOLAZIONE O SETTING	3 unità operative composte da infermieri all'interno di un centro medico accademico nel Kentucky, USA.
DISEGNO DELLO STUDIO	Osservazionale analitico.
RISULTATI	La richiesta principale delle varie unità operative è un supporto relativo al controllo dello stress nel lavoro. Infatti la presenza di una supervisione organizzativa e manageriale all'interno di un'équipe infermieristica crea un effetto positivo sulla soddisfazione e sul burnout degli infermieri. Sono state analizzate, in 3 unità infermieristiche all'interno di un centro medico accademico, le percezioni relative al supporto del supervisore e le misure di assistenza intraprese relative a tale percezione.
CONCLUSIONE	Si è visto che gli infermieri adeguatamente supportati nel lavoro hanno effetti positivi, migliore performance, meno stress professionale, rispetto ai colleghi che percepiscono un minor supporto di supervisione. In quest'articolo, inoltre, sono discussi gli effetti sull'assistenza multipla come conseguenza delle implicazioni del ruolo del supervisore infermieristico.

Tabella 8 – Sesto studio selezionato sulla banca dati di PUBMED

TITOLO	"The effect of two models of supervision on selected outcomes".
AUTORI	Uys LR, Minnaar A, Simpson B, Reid S.
POPOLAZIONE O SETTING	Infermieri e coordinatori di tre diversi distretti sanitari del Sud Africa.
DISEGNO DELLO STUDIO	Osservazionale analitico.
RISULTATI	I punti analizzati nello studio sono stati: 1. effetti della supervisione o vigilanza; 2. soddisfazione del personale sul posto di lavoro; 3. qualità delle cure nelle diverse cliniche; 4. soddisfazione del paziente. Lo studio ha dimostrato che una supervisione ha portato ad un significativo miglioramento delle prestazioni erogate.
CONCLUSIONE	Questo studio vuole dimostrare che la supervisione nella qualità delle cure può portare ad una maggiore soddisfazione del personale e del paziente. Si conferma la necessità di monitorare una più ampia gamma di variabili d'input per consentire una migliore comprensione di ciò che contribuisce al miglioramento delle condizioni sia del personale che del paziente.

Tabella 9 – Settimo studio selezionato sulla banca dati di PUBMED

TITOLO	"Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being—a Norwegian study".
AUTORI	Begat I, Ellefsen B, Severinsson E.
POPOLAZIONE O SETTING	71 infermieri di 2 diversi ospedali norvegesi.
DISEGNO DELLO STUDIO	Osservazionale analitico.
RISULTATI	I risultati hanno rivelato che la SC determina un incremento della soddisfazione psico-sociale professionale all'interno dell'ambiente di lavoro che, a sua volta, determina: 1. minimo stress ed ansia nel posto di lavoro; 2. migliore rapporto con i colleghi; 3. buona collaborazione e comunicazione 4. motivazione nel svolgere la propria professione; 5. minor richiesta di turnover; 6. sviluppo professionale. È stato dimostrato un incremento d'ansia e stress nelle persone che non avevano un'adeguata SC rispetto a chi possedeva tale requisito.
CONCLUSIONE	In conclusione si può dire che una mancanza di SC nel luogo di lavoro è fonte di stress e ansia. Una SC che sostiene gli infermieri ha un'influenza positiva sulla loro percezione del benessere. La SC ha un effetto positivo della persona supervisionata riducendo l'ansia oltre ad avere un senso di controllo della situazione.

Il Consiglio Direttivo si presenta. Barbara Pozza: "Mettersi in gioco continuamente"

Barbara è una consigliera del Collegio Ipasvi da ormai 6 anni, questo infatti è il suo secondo mandato. Dopo aver conseguito la Maturità Artistica quinquennale, nel 1988 si è diplomata Infermiera con il vecchio percorso regionale, ma nel 2003 converte il suo diploma in Laurea in Infermieristica all'Università di Verona. Inizia la sua carriera con una significativa esperienza nell'area chirurgica in Ortopedia dove, dopo 6 anni, decide di sperimentare l'assistenza infermieristica in area Materno pediatrica ed esercita in Sala Parto per circa 2 anni.

Nei successivi 4 anni conosce l'area medica esercitando in una Terapia semintensiva di Cardiologia e dal 2000 ad oggi lavora in un ambulatorio di Cardiologia all'Ospedale di Valdagno presso l'Ulss n°5.

A distanza di 15 anni dal vecchio diploma di Infermiere Professionale, hai ritenuto opportuno rimetterti in gioco tornando a scuola e convertendo il tuo diploma in Laurea. Perché questa scelta?

Non ho mai smesso di studiare e proba-

bilmente continuerò a farlo perché ne sento professionalmente e personalmente il bisogno. Durante la vita professionale ho fatto diversi corsi di approfondimento e anche qualche corso di perfezionamento post laurea, per esempio un Modulo in "Organizzazione, Gestione e Qualità dei percorsi assistenziali integrati". Ora sto frequentando un Master in "Formazione e Tutorato nelle Organizzazioni Sanitarie" presso l'Università telematica UNIPEGASO.

L'attenzione per lo sviluppo professionale esercitata attraverso la formazione ha sempre rappresentato per me un aspetto fondamentale nell'esercizio della professione infermieristica, così come è sempre stato vivo l'interesse per la formazione delle figure di supporto e degli studenti in infermieristica.

Nel corso della vita professionale ho avuto modo di fare diverse esperienze significative di insegnamento, per esempio ho insegnato "Principi ed elementi di assistenza" nel corso per Operatori Socio Sanitari e per Operatori con formazione complementare, mentre agli Operatori di

Assistenza Termale (figure di supporto che esercitano solo presso strutture termali) ho insegnato "Anatomia e Fisiologia" e "Disposizioni generali in materia di protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori".

Dopo aver frequentato un apposito corso di formazione regionale proposto dalla FNC, sono entrata in un gruppo di Commissari d'esame di abilitazione dell'OSS con la funzione istituzionale di verificare l'adeguatezza della formazione della figura di supporto.

Nel 2005 l'Azienda per cui lavoro ha ritenuto opportuno coinvolgermi, quale rappresentante IPASVI, in un evento formativo dedicato al personale sanitario del comparto per la diffusione delle Linee Guida per l'Inserimento dell'OSS nelle Unità Operative.

Nel 2007, nell'ambito degli impegni istituzionali del Collegio IPASVI, con il Presidente ed altri consiglieri, sono stata impegnata nella campagna informativa voluta dalla FNC in collaborazione con il Ministero della Salute per il progetto: "Infermieri. Protagonisti nella vita vera". Il





progetto prevedeva la sensibilizzazione dei giovani delle scuole secondarie superiori verso la scelta di una formazione universitaria infermieristica attraverso una vera e propria campagna informativa proposta nelle aule delle diverse scuole superiori del vicentino.

Inoltre rappresento il Collegio nelle prove d'esame di Laurea in Infermieristica all'Università di Verona-Vicenza-Trento in qualità di Commissario d'esame e, tra i diversi progetti che il Consiglio in carica ha programmato per il triennio in corso, mi occupo di Formazione permanente ECM e partecipo alle attività promosse nell'ambito dello "Sviluppo e diffusione della cultura infermieristica", in modo particolare nella realizzazione del Progetto "A spasso con Tesi" Infine. Sto anche sperimentando l'affascinante ambito della ricerca, faccio parte del Gruppo Ricerca che recentemente ha concluso un progetto di revisione della letteratura sulla Supervisione Clinica dell'Infermiere, un lavoro che è pubblicato in versione

integrale anche in questo numero di Infermieri Informati.

Quale suggerimento vuoi dare ai nuovi Infermieri e a coloro che possiedono già una certa competenza professionale?

L'articolo 11 del Codice Deontologico dell'Infermiere, pubblicato dalla FNC nel 2009, cita: "*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.*"

Io credo che l'infermiere, nell'esercizio della sua principale funzione: prendersi cura della persona sana e malata, debba essere in grado di prendere delle decisioni in piena autonomia, nell'ambito delle proprie competenze, in maniera responsabile.

Questo può realizzarsi, dopo l'adeguata formazione di base, soprattutto attraverso

so l'esperienza diretta, ma un ruolo molto rilevante lo assume anche la formazione permanente, obbligatoria peraltro e che, scegliendo in modo oculato le proposte presenti nel mercato, consente di approfondire conoscenze scientifiche, di aggiornare le buone pratiche, di sviluppare nuove e migliori abilità. Un professionista della salute che continua ad aggiornare le proprie conoscenze e a sviluppare nuove abilità tecniche e relazionali può prendersi cura delle persone con più qualità, offrire migliore assistenza e nel contempo perseguire maggiori risultati. Diventa importantissimo che i due mondi, quello della pratica assistenziale che si esercita in corsia, a domicilio o sul territorio e quello della formazione, ne condividano gli obiettivi e i contenuti. Auguro a tutti gli infermieri di farsi promotori del proprio progetto professionale creando o cercando le giuste occasioni per continuare a "mettersi in gioco" senza aspettare che le occasioni propizie si presentino da sole.

Fast Track e Triage Avanzato in Pronto Soccorso: nuove responsabilità per l'infermiere con competenze avanzate. L'esperienza di Vicenza

La letteratura medica ed infermieristica internazionale degli ultimi 20 anni dimostra come siano aumentati i problemi che l'infermiere di Triage deve affrontare quali sovraffollamento, aumento dei tempi d'attesa dei pazienti per essere visti da un medico, percezione della pressione di lavoro crescente, insoddisfazione ed aggressività dell'utenza con un impatto negativo sull'opinione pubblica'.

Per ovviare a tali problemi, mantenendo l'obiettivo di efficacia ed efficienza ed utilizzando le risorse disponibili, anche nel nostro Pronto Soccorso sono state adottate delle strategie di gestione quali il Fast Track e il Triage Avanzato.

Nel caso del Fast Track si tratta di una modalità studiata per pazienti con lesioni e/o malattie minori con lo scopo di accelerare il percorso diagnostico-terapeutico. Tale percorso è stato impostato per pazienti con problemi relativi all'oculistica, dermatologia, otorinolaringoiatria e chirurgia maxillo-facciale che presentano i requisiti di inclusione dei relativi protocolli. Nel caso del Triage Avanzato, invece, lo scopo è di evitare l'evento critico e si adatta quindi meglio ai codici verdi-gialli per ridimensionarne la gravità o accelerare la presa in carico con già eseguiti i primi esami diagnostici.

Il progetto è iniziato nel giugno 2010 per diventare effettivo nel settembre 2010, tale periodo è stato necessario per affinare i relativi protocolli ed apportare le modifiche organizzative necessarie.

L'infermiere di Fast Track e Triage Avanzato deve essere in possesso di determinati requisiti di competenza ed esperienza, affianca i colleghi del Triage e lavora in un ambulatorio dedicato dalle 08.00 alle 21.00 tutti i giorni della settimana.

Nel marzo 2011 abbiamo lavorato ad una ricerca statistica retrospettiva relativa agli accessi dal 01/09/2010 al 30/04/2011 che dimostrano una significativa diminuzione dei tempi d'attesa per l'accesso alla



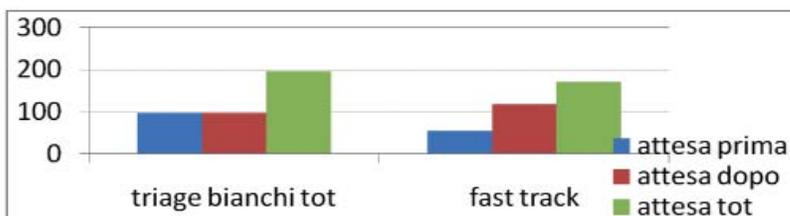
prima visita. Qui di seguito vengono riportate le tabelle suddivise per codici colore. Nel periodo in esame vi sono stati circa 50000 accessi.

Si evidenzia come per i pazienti visti in Fast Track diminuisca sensibilmente il tempo d'attesa per la prima visita mentre l'attesa per la dimissione varia in misura

minore. Ciò dimostra che l'organizzazione del pronto soccorso può incidere solo su una parte del percorso del paziente: il tempo d'attesa totale infatti è determinato anche dall'attesa del paziente presso l'ambulatorio dello specialista e dall'attesa della dimissione da parte del medico di Pronto Soccorso (Tab. 1).

Tab.1 Codici bianchi

	TRIAGE BIANCHI	ATTESA PRIMA VISITA	ATTESA PER DIMISSIONE	TEMPO TOT IN PS
TRIAGE BIANCHI TOT	4640	96 min	96 min	196 min
FAST TRACK	393/ 8.5%	54 min	117 min	171 min



Per i codici verdi gestiti al fast track, sia il tempo d'attesa per la prima visita che la permanenza totale in PS sono notevolmente diminuiti.

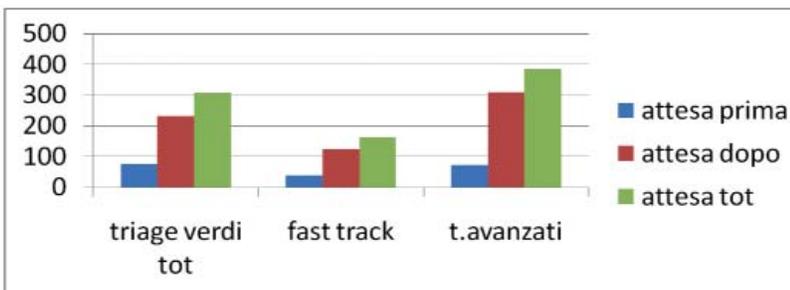
I codici verdi gestiti con triage avanzato (relativamente pochi), presentano invece tempi di permanenza in PS più lunghi, si tratta spesso di dolori al torace atipici, per i quali il medico decide comunque una seconda presa enzimatica a 6 ore (Tab. 2).

"Codice giallo di circostanza" è una convenzione da noi adottata per segnalare quei casi che da un punto di vista sanitario si presentano come "verdi" ma che per circostanze legate all'età (grandi anziani o bambini), a disabilità, ecc. vengono trattati come codici gialli. In questo caso il tempo di permanenza totale in PS è decisamente aumentato per i pazienti gestiti al Fast Track. Si tratta quasi sempre di anziani che alla fine necessitano di ricovero od osservazione prolungata ma essendo in condizioni relativamente stabili finiscono per aspettare più degli altri il posto letto (Tab. 3).

Per i codici gialli si può vedere come i tempi d'attesa siano un po' aumentati, ma ciò è dovuto al fatto che per questi lo scopo del Triage avanzato è quello di ridurre la possibilità di eventi critici in sala d'attesa e per usare al meglio il tempo di attesa stesso. L'infermiere addetto

Tab.2 Codici verdi

	TRIAGE VERDI	ATTESA PRIMA VISITA	ATTESA PER DIMISSIONE	TEMPO TOT IN PS
TRIAGE VERDI TOT	41500	75 min	232 min	307 min
FAST TRACK	1900/ 5%	40 min	123 min	163 min
TRIAGE AVANZATO	768/ 2%	74 min	311 min	385 min



al fast track verosimilmente ritaglia inconsapevolmente un sottogruppo di codici gialli meno a rischio che inizia a gestire e che poi rimangono più a lungo in PS proprio perché più stabili (Tab. 4).. Si è somministrato inoltre un questionario al personale infermieristico del Pronto Soccorso per sondare la percezione d'efficienza delle nuove strategie introdotte. È emersa una diversa visione a seconda l'intervistato sia triagista o meno. In generale, per gli infermieri non triagisti, l'utilità è ritenuta ottima, mentre

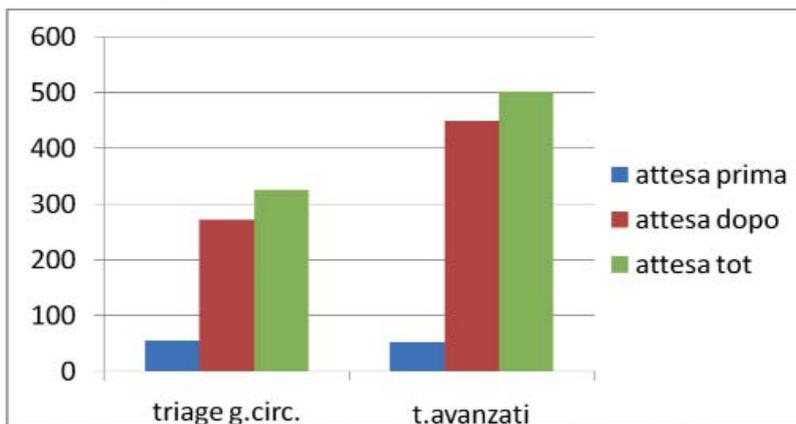
per i triagisti sono emerse alcune osservazioni interessanti:

- Percezione della maggiore responsabilità e timore si vada oltre le proprie competenze.
- Timore che il paziente codice bianco consideri il Fast Track come percorso facilitato dissuadendolo così dal cercare soluzioni alternative (con aumento della domanda indotto da una migliore offerta).
- Necessità di essere supportati maggiormente da un punto di vista lega-



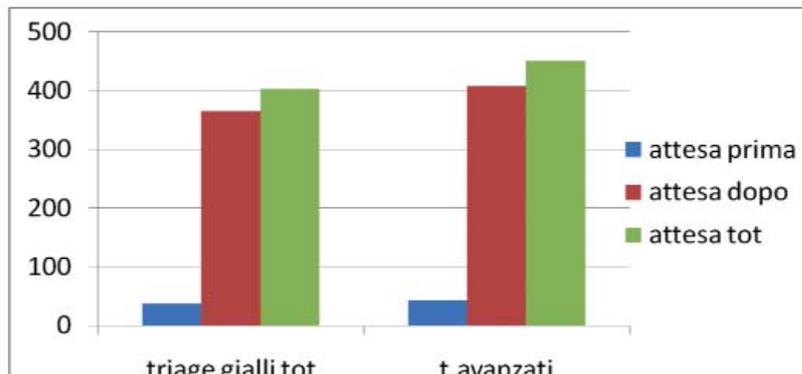
Tab.3 Codici gialli di circostanza

	TRIAGE GIALLI CIRC TOT	ATTESA PRIMA	ATTESA DOPO	ATTESA TOTALE IN PS
TRIAGE GIALLI CIRC TOTALE	4787	55 min	271 min	326 min
TRIAGE AVANZATO	259/ 5%	52 min	450 min	502 min



Tab.3 Codici gialli di circostanza

	TRIAGE GIALLI	ATTESA PRIMA VISITA	ATTESA PER DIMISSIONE	TEMPO TOT IN PS
TRIAGE GIALLI TOT	7182	37 min	365 min	402 min
TRIAGE AVANZATO	836/ 12%	43 min	407 min	450 min



le attraverso aggiornamenti, revisione continua dei protocolli, ecc.

Infine, si è voluta verificare anche la percezione dei medici specialisti a cui vengono inviate le consulenze da Fast Track mediante un'intervista discorsiva. I commenti emersi sono stati:

- Non percezione di un aumento d'utenza dopo l'introduzione delle nuove strategie ma anzi una migliore distribuzione delle consulenze nell'arco della giornata.
- Adeguatezza e appropriatezza delle consulenze inviate nel rispetto dei protocolli.
- Maggior numero di informazioni contenute nell'anamnesi.

Infine se anche in Italia (come in altri Stati²) la legge permettesse all'infermiere addetto al fast track di richiedere, solo per segmenti ossei ben delimitati (arti), radiografie, abbiamo stimato che nel periodo in questione almeno 1500 pazienti avrebbero potuto veder iniziato più precocemente il loro iter diagnostico, contribuendo specie nei momenti di iperafflusso, a decongestionare la sala d'attesa.

Si sente comunque la necessità, per queste funzioni che dilatano sempre più i limiti delle competenze infermieristiche, di frequenti Audit e revisioni dei protocolli che rendano l'attività più efficace e sicura sia per i pazienti che per gli operatori sanitari.

Note

1. Bambi et al: See and treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate, Assistenza infermieristica e ricerca, 2008,27, 136-144
2. Lindley-Jones M, Finlayson BJ: Triage nurse requested x rays- the results of a national survey. J. Accid. Emerg. Med: 2000 mar; 17(2) 108-10



L'infermiere, il fulcro della Sanità del futuro, tra competenze e nuove responsabilità

Quella vicentina è una Sanità d'eccellenza, una summa di competenze, professionalità e sensibilità che rendono il Sistema di trattamento e cure unico nel suo genere. E gli infermieri rivestono un ruolo determinante in questo complesso mondo, con prospettive di nuovi incarichi ed un ruolo sempre più centrale nel prendersi cura della persona".

Con queste parole il direttore generale dell'Ulss 6 Vicenza, Antonio Alessandri, è intervenuto lo scorso 21 maggio al convegno "Il buon uso di un dono: il sangue", un'iniziativa straordinaria resa possibile grazie alla collaborazione del Comitato per il buon uso del sangue dell'Azienda Ulss 6 Vicenza, di cui fanno parte Fidas Vicenza, Admo, Avis, Reparto donatori di sangue Monte Grappa, Associazione donatori sangue "cav. Pietro Trevisan", Associazione donatori sangue Alto Vicentino, Donatori di sangue Campese ed Aido.

Concetti espressi da sempre anche dal presidente del Collegio Ipassvi di Vicenza, Gianmaria Fanchin, presente alla giornata di approfondimento sul dono del sangue. "L'infermiere nel corso degli anni ha incrementato la propria formazione, qualificandosi e divenendo non più un elemento di supporto al corpo medico – spiega il presidente Gianmaria Fanchin – ma rappresentando competenze specifiche e distintive, che hanno reso la sua qualifica determinante per la cura e l'assistenza al cittadino.

Tuttavia, rimane l'esigenza di dare una veste maggiormente autorevole agli infermieri, anche ipotizzando la nascita, da lungo tempo auspicata, dell'Ordine professionale, che tuteli una categoria sempre più vessata ed esposta ad enormi rischi professionali. Il nostro futuro è quello di essere ancor più a contatto con i cittadini malati, pertanto dobbiamo concentrarci, come stiamo facendo, nello sviluppare una sensibilità ed apertura a recepire le istanze dei pazienti e delle loro famiglie, che attendono dagli infermieri un accompagnamento professionale ed umano".

Nel corso del convegno è emerso che siamo ancora lontani dall'emergenza sangue, ma nei prossimi 10-20 anni, con il progressivo attuale calo di giovani, potrebbe emergere una riduzione del 10 per cento di apporto di materiale ematico, con gravi ripercussioni sulla collettività.

"Non vogliamo spaventare o incutere inutili paure – evidenzia il presidente nazionale Fidas, Aldo Ozino Caligaris – ma è bene che i giovani riflettano sul proprio futuro e sul fatto che potrebbero avere un ruolo fondamentale sull'esistenza di molte persone, dato che l'uso di sangue è crescente e le donazioni, purtroppo, non crescono con lo stesso ritmo".



I dati della Fidas nazionale sono impressionanti e fanno riflettere rispetto alla buona volontà di migliaia di persone: 1,6milioni di donatori che garantiscono 2,5milioni di donazioni di sangue intero, 500mila donazioni di emocomponenti, che servono ad erogare circa 9mila terapie trasfusionali ogni giorno.

I giovani donatori vicentini della Fidas sono 3500, un numero importante, tra i maggiori d'Italia, ma non bisogna fermarsi. La promozione deve proseguire e

non arrestarsi, perché i malati aumentano e così il fabbisogno ematico. Anche in questa direzione il ruolo degli infermieri è determinante nello svolgere con competenza il delicato compito di accoglienza e cura dei donatori.

"L'educazione al dono, che deve partire dalle famiglie e dalla scuola – aggiunge il presidente provinciale Fidas Vicenza, Giuseppe Munaretto – è fondamentale per il futuro della società. Tutto ciò significa anche insegnare ai giovani un corretto stile di vita, che va parametrato necessariamente alla sobrietà ed all'attenzione ed al rispetto della persona.

È evidente che gli infermieri, che riassumono in sé anche un importante ruolo educativo rispetto alla salute ed alla sanità, saranno determinanti nel compimento di questo importante processo, che dovrà realizzarsi percorrendo la strada assieme alle Associazioni del dono". Il dialogo è fondamentale, quindi, ed è proprio questo modo di procedere, tipico e qualificante della professione infermieristica, che premierà gli infermieri.

"Il nostro ruolo – conclude il presidente Gianmaria Fanchin – è sempre meno sanitario e sempre più contraddistinto da complesse competenze trasversali. Nostro compito non è quello di somministrare delle cure, ma di continuare, come stiamo facendo, a prenderci cura delle persone, non delle malattie, ma delle persone malate. Questa sensibilità rende il nostro Sistema sanitario complesso, ma al contempo un'eccellenza. E gli infermieri italiani vogliono a pieno titolo essere ricordati come coloro che si prendono cura delle persone, le accompagnano con sensibilità assieme alle proprie famiglie e portano a termine un percorso di trattamento fatto di una molteplicità di attività, che spesso si intrecciano con le vite familiari. Il Collegio, garantendo la formazione continua, continuerà a lottare, evidentemente, affinché queste competenze trasversali e la nostra professionalità vengano riconosciute ed equamente ricompensate".

I corsi ECM e gli eventi formativi del secondo semestre 2011

Essere o fare i coordinatori? Percorso formativo/esperienziale per lo sviluppo delle competenze gestionali del coordinatore infermieristico.

Con lo Psicologo e Psicoterapeuta Dr. Alessandro Copes e la Psicologa e Psicoterapeuta Dr.ssa Marta Boaretto.

25 Crediti ECM

(Iscrizioni a partire dal 25/08/11, vedi copertina

o sito www.vicenzaipasvi.it Area Formazione ECM).

Le prime due edizioni del corso "Essere o fare i coordinatori? Percorso formativo/esperienziale per lo sviluppo delle competenze gestionali del coordinatore infermieristico", proposte nella prima parte dell'anno, hanno riscontrato un notevole successo, soprattutto per il metodo esperienziale offerto dai docenti, tanto da registrare il gradimento dei partecipanti e la soddisfazione del Collegio IPASVI di Vicenza. Infatti, fa parte della Mission dichiarata dal Consiglio in carica, offrire dei momenti di confronto, dei luoghi di incontro, dei contesti di discussione e delle occasioni per fare "rete" tra professionisti. I Coordinatori/Caposala possiedono un vastissimo bagaglio di conoscenze e di esperienze che derivano dalla pratica quotidiana, dalla padronanza del Problem Solving, dallo stile di leadership e dalle capacità manageriali, un "sapere tacito" che difficilmente si riesce a teorizzare in modelli o ricette, ma che va doverosamente trasmesso e condiviso perché rappresenta una risorsa. Questo corso offre soprattutto l'occasione per incontrare altri colleghi che quotidianamente affrontano conflitti, fronteggiano carenze e risolvono problemi di svariata natura, ma consente anche di conoscere e sperimentare strategie diverse, contemplare punti di vista e modalità di risoluzione dei problemi differenti rappresentando un'opportunità di sviluppo e di cambiamento

non solo personale, ma anche di contesto.

Si propone la terza edizione del corso per i soli Coordinatori esercitanti il ruolo di coordinatore/caposala per un massimo di 25 partecipanti che avrà una durata di 20 ore distribuite in 3 giornate, 2 da 8 ore e 1 da 4 ore, nei giorni: **23/09/11 - 30/09/11 - 17/12/11**. La sede del corso sarà **l'Albergo San Raffaele** - Via X Giugno (Monte Berico) a Vicenza e la quota di iscrizione per gli iscritti IPASVI di Vicenza è pari € **100,00** per gli iscritti ad altri Collegi € **150,00**.

Collaborare in equipe Strategie e strumenti per potenziare le risorse del gruppo di lavoro.

20 Crediti ECM

(per l'iscrizione vedi copertina o sito www.vicenzaipasvi.it Area Formazione ECM).

Il successo e il gradimento della prima edizione del corso per Infermieri, anche in questo caso, è da attribuire alla modalità con la quale i docenti hanno condotto le due giornate, ovvero una breve panoramica teorica e molta sperimentazione. L'applicazione diretta delle strategie proposte per collaborare in equipe ha consentito di verificarne subito l'efficacia.

Per il secondo semestre del 2011 si propongono altre due edizioni del corso per gli Infermieri, per un massimo di 25 partecipanti. Il corso avrà una durata di 16 ore distribuite in 2 giornate da 8 ore nelle seguenti date: il **15/10/11** e il **22/10/11** (iscrizioni a partire dal 15/09/11) e l'ultima edizione il **12/11/11** e il **19/11/11** (iscrizioni a partire dal 13/10/11). Il corso si svolgerà presso l'Albergo San Raffaele - Via X Giugno (Monte Berico) a Vicenza e la quota di iscrizione per gli iscritti IPASVI di Vicenza è pari a € **80,00** per gli iscritti ad altri Collegi € **120,00**.

EVENTO PATROCINATO IPASVI

Coordinamento dei Collegi TSRM della Regione VENETO

Il Paziente Politraumatizzato: "dal Triage alla Radiologia d'Urgenza"

Vicenza, 8 ottobre 2011

I traumi rappresentano una delle patologie di maggiore rilevanza clinica che giungono all'attenzione degli Operatori del Pronto Soccorso. Nei Paesi Occidentali i traumi rappresentano la prima causa di morte nei soggetti di età inferiore ai 40 anni. Nel paziente traumatizzato in condizioni critiche, l'approccio coordinato multidisciplinare è essenziale per ridurre i tempi e ottimizzare la condotta terapeutica. È scientificamente dimostrato che un buon intervento comporta una notevole riduzione dei danni post-trauma. Pertanto è necessario l'incremento della professionalità del personale deputato al primo soccorso, sia infermieristico sia tecnico, attraverso una mirata formazione. Di conseguenza tutti i Professionisti coinvolti a vario titolo e livello nell'emergenza al traumatizzato devono possedere uno standard minimo di conoscenze teoriche e competenze tecniche che permettano di fornire le prime cure e di identificare le situazioni cliniche e dinamiche che ogni singolo caso richiede.

Informazioni generali

Segreteria Collegio Professionale TSRM - Verona
Segr. 347.0783385 fax : 045.8650652
Email : commscient.tsmvr@gmail.com ,
c.c.: collegiotsm.verona@pec.aruba.it
tel. Resp. evento: 338 5776664 (Pio Montagna)

L'evento è accreditato per personale Tecnico Sanitario ed Infermieri. L'evento formativo si svolgerà a numero chiuso con un massimo di **200 (duecento) iscritti**. Quota di iscrizione: **50 €**, da effettuarsi sul **c.c.b. n. 399.30** intestato a: **Coordinamento dei Collegi Tecnici Radiologia Medica, Cod. IBAN: IT 72 X 05040 12127 000000039930**

causale: "EVF il Paziente Politraumatizzato"
L'iscrizione comprende il kit congressuale, break ed attestato di partecipazione;

Le iscrizioni dovranno pervenire tramite **Fax allo 045.8650652**, alla segreteria organizzativa **entro il 30 Settembre 2011**, utilizzando il modulo di iscrizione, allegando ricevuta di pagamento del bonifico. Saranno ammesse iscrizioni anche via email, all'indirizzo: commscient.tsmvr@gmail.com, c.c. collegiotsm.verona@pec.aruba.it, con allegato il modulo di ricevuta di pagamento del bonifico. L'iscrizione all'evento è stata estesa anche agli **Studenti dei Corsi di Laurea**, pagando una quota di iscrizione di € **15,00**. Verrà rilasciato attestato di partecipazione, utile al conseguimento dei crediti CFU.

La Tesoreria

Il rendiconto generale 2010

IL RENDICONTO GENERALE 2010

Il **25 febbraio 2011**, presso la scuola per operatori sanitari di Vicenza si è svolta l'**Assemblea Annuale** del Collegio IPASVI di Vicenza. In questa occasione, come ogni anno, il Presidente dei Revisori dei Conti, il Signor Giampietro Dal Cengio, ha presentato una relazione nella quale dichiara la correttezza del Bilancio Consuntivo del Collegio IPASVI di Vicenza per il 2010 e l'adeguatezza del Bilancio di Previsione finanziario gestionale per il 2011. Di seguito si propone la relazione dei Bilanci presentati rinviando il lettore al sito del collegio vicenzaipasvi.it per il testo integrale dei documenti contabili.

PREMESSA

Il rendiconto generale dell'anno 2010 si compone dei seguenti documenti contabili:

1. rendiconto finanziario: entrate ed uscite finanziarie in conto competenza;
2. ril conto economico;
3. rlo stato patrimoniale;
4. rla situazione amministrativa al 31.12.2010;

I prospetti succitati sono strettamente correlati tra loro e rappresentano unitariamente la situazione del Collegio IPASVI sotto il profilo finanziario, patrimoniale ed economico dell'anno 2010.

Il rendiconto finanziario fornisce il risultato della gestione in conto competenza che presenta un avanzo di amministrazione di Euro 21.649,72. Tale documento evidenzia, inoltre, per capitolo di bilancio, le somme effettivamente accertate (riscosse e da riscuotere) ed impegnate (pagate e da pagare) nel corso dell'esercizio finanziario confrontandole con quelle contenute nel bilancio di previsione (per competenza e per cassa) dello stesso anno riportandone, altresì, gli scostamenti.

Per effetto, poi, della gestione dei residui attivi (riscossi e da riscuotere) e passivi (pagati e da pagare), riportati nella situazione amministrativa al 31.12.2010, si evidenzia che l'avanzo di amministrazione complessivo ammonta ad Euro 211.091,09.

Il fondo cassa al 31.12.2010 ammonta complessivamente ad Euro 209.584,50

rilevando un aumento della sua consistenza, rispetto all'anno 2009, per complessivi Euro 21.928,51 (10% circa).

La situazione patrimoniale, che rappresenta tutte le attività (disponibilità liquide, immobilizzazioni, crediti, ecc...) e le passività (debiti, fondi, ecc...) del Collegio, evidenzia, rispetto all'anno 2009, un aumento di patrimonio, pari all'avanzo economico d'esercizio, di Euro 15.241,14.

Il conto economico, che rileva i proventi ed i costi dell'esercizio secondo il principio della competenza economica, evidenzia un avanzo economico d'esercizio di Euro 15.241,14.

I dati succitati dimostrano che la gestione del Collegio IPASVI dell'anno 2010 è stata positiva e che si è ispirata a principi di corretta ed oculata amministrazione finanziaria ed economica.

CONTENUTI DEL RENDICONTO FINANZIARIO DELL'ANNO 2010

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

ENTRATE

I valori riferiti ai macroaggregati delle entrate del bilancio risultano essere quelli indicati nell'apposita tabella.

Contributi ordinari

Le entrate accertate per contributi ordinari, che risultano in linea con l'esercizio precedente, ammontano complessivamente ad Euro 236.262,09 e rappresentano circa l'85% del totale entrate del Collegio IPASVI. Nell'anno 2009 le entrate accertate in questo capitolo sono state pari ad Euro 236.079,00.

Nel merito si segnala che nel corso del-

l'anno 2010 è proseguita l'attività di recupero dei contributi ordinari non versati negli anni precedenti da parte degli iscritti al Collegio IPASVI messi in mora. Tali azioni sono risultate efficaci nel 2010, come nell'anno precedente, ed hanno permesso il recupero di quote per Euro 18.489,00 pari a circa 400 quote così ripartite:

ANNO	QUOTE
2003	7
2004	12
2005	10
2006	12
2007	35
2008	121
2009	220

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

Altre entrate

Le altre entrate accertate (riscosse e da riscuotere) al netto delle entrate per partite di giro ammontano complessivamente ad Euro 10.641,89 e rappresentano circa il 4% del totale entrate.

In dette poste finanziarie rilevano per entità le seguenti entrate:

Le tasse prima iscrizione all'albo degli Infer. stranieri	5.014,00
I proventi per i corsi tenuti dal Collegio	6.890,00
I diritti di segreteria	1.020,00
Gli interessi attivi su depositi e c/c postali e bancari	328,86
I recuperi ed i rimborsi	2.337,90

Altre entrate per partite di giro

Queste entrate sono pari ad Euro 26.120,01 e si riferiscono, principalmente, a somme trattenute a titolo di ritenuta sui compensi dei collaboratori del Collegio IPASVI (contratti di collaborazione o prestazioni di lavoro autonomo) relative a contributi

ENTRATE	SOMME ACCERTATE	RISCOSSE	DA RISCUOTERE	DIFFERENZE SULLE PREVISIONI
<i>Titolo 1^</i>				
Entrate correnti	251.917,34	244.550,48	7.366,86	+ 4.445,34
<i>Titolo 2^</i>				
Entrate in c/ capitale	0	0	0	0
<i>Titolo 3^</i>				
Entrate per partite di giro	26.120,01	18.831,69	7.288,32	- 9.879,99
Totale entrate	278.037,35	263.382,17	14.655,18	- 5.434,65

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

La gestione dei residui attivi

I residui attivi rappresentano, sostanzialmente, i crediti che il Collegio vanta nei confronti di soggetti terzi. Tale gestione prende in esame i residui di tutte le entrate accertate al 31.12.2010 che saranno oggetto di incasso negli anni successivi.

I residui attivi, al 31.12.2010, ammontano ad Euro 15.992,18 con una riduzione, rispetto all'anno precedente, di Euro 4.335,49. Si precisa che Euro 14.655,18 sono relativi all'anno 2010 mentre i restanti 1.337,00 sono relativi alle quote non rimosse dal 2003 al 2009 per un totale di 29 quote circa.

I residui attivi sono riferiti, quasi esclusivamente, ai crediti vantati dal Collegio nei confronti degli iscritti che non hanno pagato la propria quota da più anni. Detti residui sono stati implementati con le quote non incassate nell'anno 2010 per un valore pari ad Euro 7.038,00.

USCITE

I valori riferiti ai macroaggregati delle uscite del bilancio risultano essere quelli indicati nell'apposita tabella.

Le uscite totali dell'anno 2010 sono state in linea con quelle del 2009.

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

Uscite per gli organi dell'ente

Questo macroaggregato di spesa ammonta complessivamente ad Euro 61.414,90 e include tra le altre le spese relative all'assicurazione dei consiglieri, i loro rim-



borsi spese e gli oneri previdenziali e assistenziali.

I compensi effettivi lordi dei consiglieri ammontano complessivamente ad Euro 51.575,00 di cui Euro 16.575,00 relativi a compensi per la realizzazione di progetti operativi.

Uscite per acquisto beni consumo-servizi

Queste uscite ammontano complessivamente ad Euro 56.664,39

Le principali spese sostenute in questo macroaggregato riguardano quelle relative ai servizi amministrativi (Euro 42.350,72) mentre per le consulenze fiscali, legali e professionali (Euro 4.668,56). Occorre sottolineare, tuttavia, che, rispetto al bilancio di previsione, si registra un'economia di spesa di Euro 46.235,61.

Uscite per funzionamento uffici

Sono pari ad Euro 12.169,19, nel 2009 sono state pari ad Euro 11.852,67.

Uscite per prestazioni istituzionali

Queste uscite sono state pari ad Euro 85.005,37 registrando una riduzione rispetto al rendiconto consuntivo del 2009 (- 8.630,41) per le minori spese sostenute per la realizzazione della rivista "Infermieri Informati" che nel 2010 è stata pubblicata con due numeri.

La voce di spesa più importante di questo macroaggregato riguarda il pagamento delle quote d'iscrizione alla Federazione Nazionale (Euro 47.732,00). Si ritiene doveroso segnalare che le somme

versate alla Federazione Nazionale comprendono, purtroppo, ancora alcune quote relative agli iscritti morosi del Collegio IPASVI.

La realizzazione della rivista "Infermieri informati" ha registrato un impegno di spesa di Euro 10.856,00, mentre le spese impegnate per la realizzazione di eventi culturali sono state pari ad Euro 15.654,38.

Gli **oneri finanziari** ammontano ad Euro 794,93 e sono riferiti esclusivamente a spese e commissioni bancarie.

Gli **oneri tributari** ammontano ad Euro 6.414,26 e sono riferiti quasi esclusivamente all'Irap (imposta regionale sulle attività produttive) calcolata sui compensi dei consiglieri ed alle imposte e tasse versate allo Stato a fronte della presentazione della dichiarazione dei redditi.

Dal **Fondo di riserva - spese impreviste** nel corso del 2010 sono stati utilizzati fondi per Euro 5.000,00 per coprire l'iniziativa di solidarietà per gli alluvionati di Vicenza e Caldogno attraverso una donazione ai due Comuni più colpiti.

Tra le **uscite in conto capitale** si segnala l'acquisto di un telefono cellulare e la sostituzione della caldaia della sede per un totale di Euro 2.758,58.

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

La gestione dei residui passivi

I residui passivi rappresentano, sostanzialmente, i debiti che il Collegio ha nei confronti di soggetti terzi (fornitori, consulenti) ed ammontano a Euro 7.420,77. Tale gestione prende in esame tutte le somme impegnate al 31.12.2010 che saranno oggetto di pagamento nell'anno successivo.

Detti residui si riferiscono per Euro 7.064,82 alle ritenute previdenziali ed erariali effettuate sui compensi erogati ai propri collaboratori, anche per prestazioni di lavoro autonomo, nel mese di dicembre 2010 e che sono state versate nel mese di gennaio 2011.

Situazione amministrativa al 31.12.2010

La situazione amministrativa fornisce la dimostrazione, in forma sintetica, della gestione dell'esercizio finanziario, sia in conto competenza, sia in conto residui. La situazione amministrativa, pertanto, partendo dalla consistenza di cassa di inizio esercizio, pone in evidenza, al 31.12.2009:

USCITE	SOMME IMPEGNATE	PAGATE	DA PAGARE	DIFFERENZE SULLE PREVISIONI
<i>Titolo 1^A</i>				
Uscite correnti	227.509,04	220.088,27	7.420,77	- 102.856,56
<i>Titolo 2^A</i>				
Uscite in c/ capitale	2.758,58	2.758,58	0	- 43.241,42
<i>Titolo 3^A</i>				
Uscite per partite di giro	26.120,01	19.055,19	7.064,82	-9.879,99
Totale uscite	256.387,63	241.902,04	14.485,59	-155.977,97

- la consistenza di cassa di fine esercizio che ammonta ad Euro: 209.584,50;
- il risultato totale di amministrazione che ammonta ad Euro 211.091,09.

STATO PATRIMONIALE

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

ATTIVITA'

Le immobilizzazioni materiali per mobili ed immobili sono pari ad Euro 90.614,65 e risultano diminuite per un importo pari all'ammortamento dell'esercizio.

L'attivo circolante è costituito dai crediti (non riscossi) di 15.992,18 e dalla disponibilità liquida di 209.584,50 per cassa, banche e c/c postale.

Per un totale di attivo pari a 316.191,33.

PASSIVITA'

Totale passivo è dato dal patrimonio netto pari a 301.705,74 e dai residui passivi pari a 14.485,59 per un totale passivo di 316.191,33 in pareggio.

CONTO ECONOMICO

Il conto economico presenta le voci dei PROVENTI e dei COSTI del collegio dell'anno 2010.

I COSTI ammontano 236.676,20 e rappresentano la riclassificazione secondo il principio della competenza economica delle uscite del rendiconto finanziario.

I RICAVI ammontano a 251.917,34 e rappresentano la riclassificazione secondo il principio della competenza economica delle entrate del rendiconto finanziario.

La differenza tra i ricavi e i costi, al netto degli oneri finanziari dell'esercizio e delle imposte, e rettificato delle poste straordinarie di esercizio, porta ad un avanzo economico di gestione pari ad Euro 15.241,14.

IL BILANCIO DI PREVISIONE DEL 2011

Il Bilancio di Previsione finanziario gestionale dell'anno 2011 è stato redatto tenendo conto:

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

Ciò posto, il presente bilancio di previsione segue il criterio della competenza finanziaria ed annota, quindi, tutti gli

impegni di spesa e gli accertamenti di entrate che si prevedono per l'anno 2011. Mentre il bilancio preventivo di cassa segue il criterio della liquidazione monetaria e registra, quindi, tutti gli incassi ed i pagamenti che si prevede di effettuare nel corso dell'anno 2011 per costi e ricavi di competenza e per residui attivi e passivi dell'esercizio 2010.

Nel seguito della presente relazione si rappresenteranno, in forma sintetica, le motivazioni che hanno portato alle previsioni di competenza e di cassa dei più significativi capitoli o macroaggregati del bilancio di previsione dell'anno 2011.

ENTRATE

Le prime voci delle entrate sono costituite dall'Avanzo di amministrazione presunto alla chiusura dell'esercizio 2010, per Euro 211.091,09, e dall'avanzo di cassa presunto alla stessa data, per Euro 209.584,50, come risultano dalla tabella dimostrativa dell'avanzo di amministrazione presunto; le suddette voci sono riportate a titolo di memoria e non entrano nel computo delle entrate.

I valori riferiti ai macroaggregati delle entrate del bilancio di previsione risultano essere quelli indicati nell'apposita tabella.

TITOLO I ENTRATE CORRENTI

Entrate Contributive a carico iscritti

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

- Contributi Ordinari: per il quale si prevede di accertare una somma pari ad Euro 240.028,00 (corrispondente a 5.218 iscrizioni);
- Tassa prima iscrizione Albo: per il quale si prevede di accertare la somma di Euro 4.600,00 (corrispondente all'iscrizione di 100 nuovi iscritti) che portano ad un totale di entrate da accertare pari ad Euro 253.003

Le entrate di cassa sono state calcolate aggiungendo alle previsioni di competenza il totale dei residui attivi da incas-

sare (Euro 8.375,00).

In tale ambito si segnala che le quote non ancora incassate al 31.12.2010 sono complessivamente n. 186, di cui 153 a quote del 2010 e 29 degli anni precedenti.

Per quanto concerne le altre entrate si segnala quanto segue:

- sono state previste entrate per Euro 7.500,00 a titolo di contributo da parte degli iscritti per l'organizzazione e gestione dei seminari di aggiornamento. Come di consueto, anche per quest'anno, al fine di facilitare al massimo la partecipazione dei propri iscritti ai corsi organizzati dal Collegio IPASVI, le quote di partecipazione saranno minime;
- i diritti di segreteria sono previsti pari ad Euro 650,00;
- si stima di incassare la somma di circa Euro 500,00 per interessi attivi sui conti correnti postali e bancari intestati al Collegio ed utilizzati per la gestione;
- i recuperi e rimborsi stimati ammontano complessivamente ad Euro 5.833,00, di cui Euro 1.500,00 riferiti ai contributi di infermieri stranieri comunitari e non per sostenere il prescritto esame;
- le entrate diverse risultano di modesta entità ammontando complessivamente ad euro 40,00.

TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE

Per tale titolo non è stata prevista alcuna entrata.

TITOLO III ENTRATE PER PARTITE DI GIRO

Le previsioni di queste entrate ammontano complessivamente ad Euro 36.000,00 e si riferiscono, principalmente, a somme che dovranno essere trattenute e riversate all'Erario e/o agli Enti previdenziali, a titolo di ritenuta, sui compensi dei collaboratori del Collegio IPASVI (contratti di collaborazione o prestazioni di lavoro autonomo). Dette somme, pertanto,

ENTRATE	PREVISIONI DI COMPETENZA	RESIDUI DI CASSA	PREVISIONI
<i>Titolo 1^</i>			
Entrate correnti	259.131,00	8.703,86	267.834,86
<i>Titolo 2^</i>			
Entrate in c/ capitale	0	0	0
<i>Titolo 3^</i>			
Entrate per partite di giro	36.000,00	7.288,32	43.288,32
Totale entrate di competenza e di cassa	295.131,00	15.992,18	311.123,18
Utilizzo presunto dell'avanzo d'amministrazione	167.510,87		
Utilizzo presunto del Fondo di Cassa iniziale			166.004,28
Totale generale entrate	462.641,87	15.992,18	477.127,46



sono riferite, quasi esclusivamente, a contributi previdenziali (INPS, INAIL, ecc..) ed imposte erariali (IRE).
Le somme di cui trattasi, dato lo specifico funzionamento delle poste finanziarie iscritte nelle partite di giro, sono state contemporaneamente stanziare, per pari importo, come debiti verso l'Erario e gli Istituti Previdenziali, nel corrispondente titolo delle uscite. Le operazioni rilevate nel titolo III non hanno rilievo economico ma soltanto finanziario e contabile.

Utilizzo presunto dell'avanzo di amministrazione iniziale

Poiché lo stanziamento dei capitoli di spesa inclusi nel bilancio di previsione dell'anno 2011 sono superiori ai capitoli d'entrata del medesimo bilancio, si prevede di utilizzare, in parte, l'avanzo di amministrazione accumulato negli anni precedenti per finanziare attività dell'anno in corso. Tutto ciò, ovviamente, nel rispetto delle norme legislative vigenti e delle disposizioni contenute nel regolamento di contabilità del Collegio IPASVI.

USCITE

I valori riferiti ai macroaggregati delle uscite del bilancio di previsione risultano essere quelli indicati nell'apposita tabella.

TITOLO I USCITE CORRENTI

Uscite per gli organi dell'ente

Per l'anno 2011 sono state stanziare spese per gli organi dell'ente pari a Euro 68.200,00. Nel merito, si segnala che le previsioni di spesa relative ai compensi lordi del Consiglio direttivo sono rimaste invariati rispetto agli anni precedenti (Euro 35.000,00) e contestualmente sono invariati anche gli stanziamenti per i compensi dovuti allo stesso Consiglio direttivo per l'effettuazione di progetti operativi (Euro 20.000,00).

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

USCITE	PREVISIONI DI COMPETENZA	RESIDUI	PREVISIONI DI CASSA
<i>Titolo 1^a</i>			
Uscite correnti	347.641,87	7.420,77	355.062,64
<i>Titolo 2^a</i>			
Uscite in c/ capitale	79.000,00	0	79.000,00
<i>Titolo 3^a</i>			
Uscite per partite di giro	36.000,00	7.064,82	43.064,82
Totale generale uscite	462.641,87	14.485,59	477.127,46

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

Lo stanziamento ammonta ad Euro 105.700,00 ed è rappresentato per circa il 53% (Euro 56.000,00) dalle spese riferite ai "servizi amministrativi" e circa il 28% (Euro 30.000,00) dalle spese riferite alle "consulenze fiscali, legali e professionali". Tali importi sono stati previsti in considerazione dei compensi che dovranno essere corrisposti per la tenuta della contabilità dell'ente e delle consulenze fiscali, legali e professionali che si otterranno nel corso dell'esercizio, determinanti per consentire al Consiglio Direttivo di prendere delle decisioni e fare delle scelte ben ponderate tenendo conto di aspetti che per competenza sono di altre figure professionali. In tali consulenze è stata prevista una spesa relativa alle prestazioni necessarie al fine della sistemazione della sede di cui si è già detto.

Per quanto concerne il capitolo di spesa riferito alle "competenze delle commissioni esami per gli infermieri stranieri" sono stati preventivati Euro 1.200,00 (circa 15 candidati). Le previsioni di cassa, che ammontano complessivamente ad Euro 109.736,24, sono state aumentate dei corrispondenti residui passivi (Euro 4.036,24).

Uscite per funzionamento uffici

Lo stanziamento di previsione per questo macroaggregato è pari ad Euro 20.100,00. Tutte le previsioni di spesa sono state mantenute in linea con quelle dell'anno precedente ad eccezione di quella relativa al capitolo di spesa "Servizi postali" e "Cancelleria e stampati" che evidenziano un aumento rispetto al bilancio di previsione dell'anno 2010 in considerazione dei progetti a favore degli iscritti programmati dal Consiglio. Le previsioni di cassa, che ammontano complessivamente ad Euro 20.623,13, sono state aumentate dei corrispondenti residui passivi (Euro 523,13).

Uscite per prestazioni istituzionali

Questa categoria rappresenta le spese istituzionali dell'Ente. Le previsioni di

spesa ammontano complessivamente ad Euro 127.391,87, incluse Euro 750,00 di residuo. In tale contesto spiccano, per entità, gli stanziamenti dei seguenti capitoli di spesa.

Quote spettanti alla Federazione Nazionale	49.641
Rivista Infermieri Informati	24.500
Spese per eventi culturali e formazione iscritti	25.000
Spese per manutenzione-gestione Sito Internet	10.000
Spese formazione consiglieri	5.000
Spese per progetti premiazioni Tesi e ricerca	5.000

Come si può evincere da quanto precede, tale previsione consentirà di affrontare le spese che si dovranno sostenere per lo sviluppo di progetti e per l'organizzazione di eventi culturali e di momenti formativi ai quali potranno partecipare gli iscritti e gli stessi componenti del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI. Nella merito, occorre sottolineare che il Consiglio direttivo del Collegio ritiene di fondamentale importanza l'obiettivo del miglioramento della professionalità della categoria degli II.PP. e dei loro rappresentanti ed è convinto che possa realizzarsi ancora mediante l'effettuazione di momenti formativi (ed informativi) promossi dal Collegio. Si noti, inoltre, l'aumento del capitolo di spesa relativo alla manutenzione e gestione di Sito internet al quale, per il 2011, si intende dare una nuova veste per la quale si stanno prendendo in esame diverse proposte.

Oneri finanziari

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

Oneri tributari

La previsione di spesa per gli oneri tributari ammonta ad Euro 10.000,00, aumentata rispetto al 2010. Tale voce di



spesa si riferisce, quasi esclusivamente, all'Irap (imposta regionale sulle attività produttive - Euro 8.000,00) calcolata sui compensi dei consiglieri del Collegio ed alle imposte e tasse (Euro 2.000,00) che dovranno essere versate allo Stato a fronte della presentazione della dichiarazione dei redditi del Collegio.

Poste correttive e compensative di entrate correnti

Lo stanziamento di bilancio si attesta ad Euro 1.000,00, diminuito rispetto all'anno precedente.

Uscite non classificabili in altre voci

Detto macroaggregato contiene due fondi:

- il fondo di riserva delle spese correnti che, in base alle disposizioni regolamentari contabili, è rapportato al 3% circa (9.000,00) delle spese totali correnti. Tale Fondo è stato previsto per integrare eventuali stanziamenti insufficienti di altri capitoli di spesa inclusi nello stesso titolo o per far fronte a spese non previste nel bilancio in questione;
- il fondo di solidarietà (5.000,00).

TITOLO II USCITE IN CONTO CAPITALE

Per quanto concerne le spese in conto capitale (totale euro 79.000,00) sono stati creati i seguenti stanziamenti di bilancio:

Acquisto/ristrutturazioni immobili	25.000
Acquisti mobili ed impianti	35.000
Acquisto macchine d'ufficio	10.000
Spese acquisto programmi informatici	9.000

Con tali fondi saranno acquisiti i beni strumentali, di durata pluriennale, che serviranno a ristrutturare e ridistribuire gli spazi interni della sede al fine di rendere utilizzabile al meglio l'immobile già di proprietà del Collegio.

TITOLO III

USCITE PER PARTITE DI GIRO

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

TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO

La tabella dimostrativa dell'avanzo di amministrazione presunto illustra il risultato presunto dell'esercizio 2010 ed è resa necessaria dallo sfasamento temporale tra l'approvazione da parte del Consiglio Direttivo del bilancio preventivo e l'approvazione da parte dell'Assemblea del rendiconto generale.

Il carico di lavoro in reparto

Buongiorno, mi chiamo XY e lavoro come infermiere al reparto di Geriatria di Schio.

La disturbo per chiederle un consiglio su un argomento "nuovo": carico di lavoro in reparto.

Questa è una mia iniziativa ma ci sono giorni in cui in reparto c'è un clima pesante e ne risentono tutti: pazienti e noi operatori sanitari.

Da alcuni mesi, per non dire anni, ci sono periodi in cui il carico di lavoro è di difficile gestione e l'assistenza infermieristica diventa pessima (a volte non riusciamo a salvaguardare la dignità del paziente nei bisogni di base) e rischio di burn-out per noi operatori.

Nonostante le lamentele, sempre verbali, di noi infermieri alla coordinatrice e della stessa alla responsabile delle risorse infermieristiche la risposta che ci viene fornita è sempre la stessa: "la finanziaria non permette assunzioni". Abbiamo chiesto di trovare altre soluzioni ma al momento non ci sono novità. Volevo chiederle cosa possiamo fare.

E cosa fare anche dal punto di vista legale per tutelarci almeno in parte, visto l'elevato rischio di errore dato dallo stress soprattutto a fine turno.

Per completezza: il reparto è di 30 posti letto, alla mattina 3 infermieri e 3 operatori, al pomeriggio 2 inf e 2 operatori e alla notte 2 infermieri.

In casi rari hanno sospeso ferie. Ci sono straordinari ma a detta della dirigenza sono nella norma. Grazie.

Egregio XY,

pur troppo quello che Lei solleva non è un argomento nuovo, bensì ben conosciuto e condiviso da moltissimi colleghi.

Sappiamo tutti che le condizioni dei pazienti sono divenute complesse, le patologie sono severe anche per effetto della comorbilità e i cambiamenti epidemiologici della popolazione richiedono maggiori attenzioni assistenziali rispetto al passato.

Contemporaneamente, gli ospedali focalizzano l'attenzione prioritariamente sugli aspetti economici con un orientamento di tipo manageriale.

La letteratura internazionale ha cominciato ad esplorare la relazione esistente tra quantità di infermieri ed esiti sui pa-

zienti, documentando quanto sia rischioso avere un elevato carico di pazienti rispetto a esiti negativi quali mortalità, incapacità a rilevare precocemente il deterioramento rapido delle condizioni cliniche e altri eventi avversi (cadute, lesioni da decubito, infezioni correlate, durata della degenza, riammissione, peggioramento delle ADL,...).

In Italia non esiste uno standard sulla quantità di cure che è indispensabile erogare al letto del paziente. La storia normativa è stata piuttosto travagliata. Le cito le principali norme in materia e la quantità di minuti di assistenza minimi da erogare in una unità operativa come la geriatria.

- Dpr 128/1969: 120 minuti di assistenza per posto letto;
- Delibera CIPE del 1984: da 70' a 90' a seconda delle patologie prevalenti;
- DM 13 settembre 1988: 17 infermieri complessivi per un modulo di 32 posti letto.

Il succitato decreto è stato l'ultimo tentativo di dare un riferimento nazionale all'identificazione delle piante organiche delle strutture del SSN.

Le successive riforme hanno sancito la regionalizzazione e l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie. Il D.lgs 502/1992 ha delegato alle Regioni la definizione delle dotazioni organiche. Il D.lgs 29/1993 e la Legge 537/1993 hanno incaricato le Pubbliche Amministrazioni di determinare le piante organiche sulla base della rilevazione dei carichi di lavoro. Il DPR del 14 gennaio 1997 "Accreditamento istituzionale" ha sancito che la definizione delle dotazioni organiche sia attuata secondo standard predefiniti dalle singole Regioni.

In questi anni, laddove tale rilevazione è stata effettuata, sono stati utilizzati i metodi più disparati che non hanno prodotto standard di riferimento nazionali, anche perché solo poche Regioni hanno dato riferimenti normativi in tale ambito. Una di esse è la Regione Lombardia con il DGR n° 6/38133 del 1998.

Sempre a titolo di esempio cito l'indicazione data in tal sede alla dose assistenziale attribuita alle specialità di base ai fini dei requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie: 120 minuti per posto letto/die. Come vede, la stessa di

trent'anni prima, con la differenza che nel frattempo:

- vi è stato l'inserimento della figura degli OSS e quindi si è posto il problema di un adeguato staff mix infermieri / Oss;
- la complessità assistenziale dei pazienti della fine degli anni '70 non è nemmeno lontanamente paragonabile a quella odierna;
- i posti letto all'interno dei presidi ospedalieri sono esclusivamente posti letto "per acuti";

In buona sostanza è cambiato il mondo! Il recente Decreto Legge n. 78 del 31 maggio 2010 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" stabilisce "entro il limite massimo del 20% delle risorse relative alla cessazione dei rapporti di lavoro a tempo indeterminato intervenute nell'anno precedente". Tale norma fa seguito ad una ininterrotta produzione legislativa annuale di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica (cd. leggi finanziarie).

Si spiega così perché, spesso, i 120 minuti di assistenza da erogare nelle specialità di base, che inizialmente erano indicati come limite inferiore sono nel frattempo diventati il valore di riferimento.

Dal canto loro, gli infermieri di tutto il mondo hanno cercato di giungere ad una unanime:

- definizione dei profili di assistenza infermieristica secondo livelli di complessità assistenziale: metodo RAFAELA, sistema NMDS, Modello Complessità Assistenziale, ...
- classificazione dell'assistenza infermieristica secondo il livello di dipendenza delle persone: metodo New York, metodo Hopkins, metodo Goddard, metodo Svizzero, sistema PRN, sistema TISS, sistema TOSS, sistema OPC, sistema ICA, sistema SIPI, ...
- standardizzazione e codifica del linguaggio: ICNP, NANDA, NIC, NOC, ...

Come può ben capire, con una tale molteplicità di metodi, più o meno validati, tutti perlopiù sperimentali ma scarsamente applicati, la nostra categoria professionale non ha alcun modo di documentare nelle sedi politiche e gestionali appropriate, la necessità di salvaguardare o integrare le dotazioni organiche esistenti.

Diventa prioritario poter esplicitare ai pazienti e ai loro familiari quali prestazioni si riescono a garantire con le risorse disponibili.

Come Lei ben riconosce, è indispensabi-

le porre un'attenzione particolare agli aspetti della sicurezza (*safety*) e prevenzione/protezione (*security*) dei nostri pazienti. Per garantirla è determinante assicurare che il numero di infermieri che assistono i ricoverati in un turno di lavoro sia sufficiente ed adeguato rispetto ai rischi che possono presentare gli stessi pazienti.

Per inciso, dai calcoli che ho fatto, risulta che nel suo reparto di 30 posti letto e con la presenza giornaliera di personale da lei fornito, sono erogati circa 110 min. di assistenza infermieristica/ p.l./die e 70 min. di assistenza Oss/p.l./die; in linea con i requisiti minimi sopraevdenziati.

Per quanto riguarda la tutela legale per l'elevato rischio di errore nel corso dell'esercizio della professione Le ricordo che gli elementi costitutivi della responsabilità professionale si concretizzano nei classici requisiti della diligenza, della perizia e della prudenza. La colpa professionale si realizza nel momento in cui si accerti l'esistenza comportamenti in cui emergano la negligenza (*trascuratezza, mancanza di attenzione, ...*), imprudenza (*comportamento non sufficientemente ponderato*) e imperizia (*scarsa preparazione, inosservanza di norme, ...*). Di essi l'infermiere risponde in prima persona qualora dal proprio comportamento negligente, imprudente o

imperito derivi in modo diretto e inequivocabile un danno all'assistito. Non è possibile, pertanto, esimersi preventivamente dall'assunzione di responsabilità nei confronti dei nostri pazienti, anche di fronte a carenze organizzative.

L'Amministrazione può essere chiamata a concorrere alla colpa qualora i disservizi siano tali da non consentire al professionista di esplicitare il suo mandato, ma devono essere stati ben documentati e segnalati dal professionista stesso. Il nostro Codice Deontologico 2009 fornisce un prezioso orientamento in tal senso:

- Articolo 48: *L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a dare comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.*
- Articolo 49: *L'infermiere, nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale o ricorrente o comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale.*

Rimango a disposizione per ulteriori chiarimenti. Cordiali saluti

Fabio Vicariotto

Referente per l'Esercizio Professionale

"Vivere sani, Vivere bene": il respiro Torna l'appuntamento autunnale promosso dalla Fondazione Zoé

Prosegue l'approfondimento sul tema del **RESPIRO** proposto dalla Fondazione Zoé a Vicenza con la terza edizione di "Vivere sani, Vivere bene". Il consueto appuntamento autunnale, pensato per parlare di salute e qualità della vita, si svolgerà quest'anno da mercoledì 4 a domenica 9 ottobre. Ci sarà spazio per la scienza e la medicina, per lo sport, lo yoga, e ancora l'architettura, il cinema, il teatro, la musica.

All'interno del programma, sabato 8 ottobre si terrà un incontro dedicato al **Respiro della Mente**. Affrontato nelle sue molteplici forme, il tema della salute mentale sarà raccontato sia dal punto di vista medico, grazie all'intervento di esperti e psichiatri, sia da quello più umano e sociale, attraverso la testimonianza di pazienti, familiari e associazioni impegnate nel recupero e nel re-inserimento lavorativo dei soggetti. Si parlerà anche di RESPIRO DEL VOLONTARIATO ospedaliero in un dibattito pubblico tra associazioni e rappresentanti delle strutture sanitarie vicentine. Un modo per far emergere, attraverso il confronto e il dialogo, luci e ombre di un rapporto tra due realtà che collaborano quotidianamente per la salute dei pazienti. Tra gli ospiti attesi all'iniziativa citiamo tra gli altri il designer **Michele De Lucchi**, il calciatore **Gianluca Pessotto**, lo scrittore **Pino Roveredo** e il jazzista **Paolo Fresu**. Il programma completo della manifestazione sarà disponibile da agosto sul sito www.fondazionezoe.it.

Per informazioni: Fondazione Zoé – info@fondazionezoe.it – 0444 325064

Prestazioni professionali infermieristiche in farmacia

Lo scorso 19/04/2011 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (n. 90) il Decreto del Ministro della salute del 16 dicembre 2010 relativo alla "Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali", il quale ha visto una fattiva presa di posizione da parte della Federazione Nazionale Collegi IPASVI rispetto ai contenuti dello stesso. I passi salienti del DM per la professione infermieristica si possono di seguito sintetizzare:

Art. 3:

Nell'ambito delle competenze del proprio profilo professionale, sono altresì erogabili dagli infermieri presso le farmacie, anche tramite il supporto del personale di cui al comma 2, le seguenti prestazioni:

- a) supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo;
- b) effettuazione di medicazioni e di cicli iniettivi intramuscolo;
- c) attività concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di consulting, anche personalizzato;
- d) iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie

Art. 4:

Sono erogabili dagli infermieri, a domicilio del paziente, nell'ambito degli specifici accordi regionali di cui al successivo art. 5, le prestazioni, rientranti nelle competenze del proprio profilo professionale, prescritte dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, oltre che da medici chirurghi appartenenti ad altre discipline, che ritengono di avvalersi utilmente dei servizi erogabili dalle farmacie

Art. 5:

Su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, alle condizioni di cui all'art. 2, nonché nel rispetto della normativa vigente, l'infermiere può erogare sia all'interno della farmacia, sia a domicilio del paziente, ulteriori prestazioni rientranti fra quelle effettuabili in autonomia secondo il proprio profilo professionale. Inoltre, a domicilio del paziente, gli infermieri partecipano ad iniziative finalizzate

a garantire il corretto utilizzo dei medicinali. Le predette attività possono essere svolte esclusivamente laddove previste nell'ambito delle linee guida tecnico-sanitarie approvate dalle Regioni. Gli infermieri intervengono altresì d'urgenza, oltre che per il supporto all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico, anche nelle situazioni igienico-sanitarie d'urgenza previste dal profilo professionale di appartenenza

In sostanza, sono potenzialmente erogabili tutte le prestazioni professionali inerenti al profilo professionale dell'infermiere, compatibilmente con i vincoli giuridici del caso (ambiente extraospedaliero, senza la presenza del medico, solo su prescrizione medica, solo per le prestazioni attuabili in autonomia,...); inoltre, bisogna considerare che ad oggi la presenza professionale all'interno delle farmacie è ancora tutta da costruire, in virtù

dell'autonomia da parte delle singole Farmacie nella scelta del profilo contrattuale e nell'estensione del servizio. Anche il regime di rimborsabilità, esenzione o totale pagamento a carico del cittadino delle prestazioni infermieristiche erogate in farmacia rimane un aspetto aperto che dovrà essere definito più chiaramente. L'impegno locale per la messa in atto del Decreto è scaturito in un primo contatto tra il Presidente del Collegio IPASVI dr. Gianmaria Fanchin e il Presidente dell'ordine dei Farmacisti di Vicenza, allo scopo di aprire il dialogo per definire gli ambiti e i termini delle indicazioni ministeriali. Informeremo tempestivamente gli iscritti sugli sviluppi dell'argomento attraverso comunicazioni sul sito web del Collegio di Vicenza, non appena disponibili nuove notizie.

Si informa che il Decreto Ministeriale è scaricabile dal sito www.vicenzaipasvi.it per la consultazione integrale.

Sentenza definitiva di illegittimità LR 17/2010

A seguito del ricorso del Presidente del Consiglio dei Ministri alla Corte Costituzionale per la dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'articolo 2 della legge regionale 4 marzo 2010, n. 17 "Istituzione delle direzioni aziendali delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche e delle professioni riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione", pubblicata nel Bur n. 21 del 9 marzo 2010, la stessa Corte ha emanato la sentenza n.106 (BUR 30 del 22/04/2011) nella quale viene dichiarata l'illegittimità sulla base di quanto posto a ricorso.

Ricordiamo che il ricorso riferiva all'art. 2 della predetta legge, che prevedeva, al comma 1, l'istituzione, da parte delle Ulss, della Direzione aziendale delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche e della Direzione aziendale delle professioni riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione non solo senza specificare in quale modo la Regione intendeva coprire i relativi posti, ma, ancor più, senza prevedere in alcuna sua parte che all'istituzione dei relativi posti si provvedeva attraverso le modificazioni compensative della dotazione organica complessiva aziendale, come indicate dall'articolo 8, comma 2 del CCNL 17 ottobre 2008 (riguardante la dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa). Diretta conseguenza di tale mancata previsione, tale per cui i posti in organico delle 2 nuove Direzioni aziendali avrebbero potuto, ed anzi avrebbero dovuto, essere coperti tramite personale reclutato da altro luogo, è la mancanza di garanzia circa l'invarianza della spesa. Sotto tale profilo, la normativa regionale in esame pertanto, prevedendo maggiori costi senza la relativa copertura finanziaria, si poneva in diretta violazione dell'art. 81, quarto comma, della Costituzione, per cui ogni nuova legge che comporti nuove e maggiori spese deve indicare i mezzi per farvi fronte; in più, il mancato riferimento al Ccnl susposto si poneva dunque come diretta violazione anche dell'art. 117, secondo comma, lett. L) Costituzione.

Si segnala peraltro che, a seguito della dichiarazione di illegittimità è stato immediatamente riproposto in seno alla V Commissione Regionale un nuovo progetto di legge, che ripropone integralmente il Testo della LR 17/2010 modificato e integrato in modo da stabilire in modo chiaro e inequivocabile che le modifiche organizzative conseguenti all'applicazione della legge regionale dovranno avvenire senza aumento di spesa, apportando le necessarie modifiche compensative all'istituzione delle nuove direzioni sanitarie.

Il testo così presentato dovrebbe permettere di superare integralmente le censure con cui la Corte Costituzionale ha decretato l'illegittimità della LR 17/2010.

Si informa che i testi del Ricorso, della Sentenza di illegittimità e della nuova Proposta di Legge sono scaricabili dal sito www.vicenzaipasvi.it per la consultazione integrale.



Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza

MODULO DI ISCRIZIONE AI CORSI



Modalità di iscrizione:

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

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

Attenzione:

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

Dati corso* Iscrizione al corso

- “Essere” o “Fare” i coordinatori? Un percorso formativo/esperienziale per lo sviluppo delle competenze del coordinatore infermieristico**
Crediti ECM n. 25

Docenti: Dott.ssa Marta Boaretto (Psicologa-Psicoterapeuta)
Dott. Alessandro Copes (Psicologo - Psicoterapeuta)
Sede: Casa San Raffaele - Monte Berico - Via X Giugno Vicenza
Destinatari: Coordinatori/ Caposala Infermieristici max. 25 iscritti

Venerdì 23 - 30 settembre (8.30-17.30) e sabato 17 dicembre 2011 (8.30-13.00) - Apertura iscrizioni a partire da 25.08.2011

Costo: € 100 (per i soli iscritti IPASVI Vicenza)
 € 150 (per i non iscritti a Vicenza)

- “Collaborare in equipe: strategie e strumenti per potenziare le risorse del gruppo di lavoro”**
Crediti ECM n. 20

Docenti: Dott.ssa Marta Boaretto - (Psicologa-Psicoterapeuta)
Dott. Alessandro Copes - (Psicologo - Psicoterapeuta)
Sede: Casa San Raffaele - Monte Berico - Via X Giugno Vicenza

1° edizione **Sabato 15 - 22 ottobre 2011 (8.30-18.00) Apertura iscrizioni a partire da 15.09.11**

2° edizione **Sabato 12 - 19 novembre 2011 (8.30-18.00) Apertura iscrizioni a partire da 13.10.11**

Costo: € 80 (per i soli iscritti IPASVI Vicenza)
 € 120 (per i non iscritti a Vicenza)

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

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

Modulo di iscrizione

Dati partecipante

Codice Fiscale

Cognome e nome

Via con numero civico

CAP

Comune

Provincia

Telefono/Cellulare

E-mail

Professione

Albo di appartenenza

Provincia Albo

Scelta corso

Data e sede

Provincia in cui opera prevalentemente

Profilo lavorativo attuale

Dipendente del SSn Convenzionato del SSN

Libero professionista in ambito sanitario Altro (specificare) _____

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

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

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

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

Data

Firma