



Troppi infermieri in corsia? Urge una diagnosi



visita il nuovo sito
www.vicenzaipasvi.it

SPECIALE
ELEZIONI 2012-2014

ATTUALITÀ
*Speciale Elezioni
Collegio IPASVI
2012 - 2014*

A PAG. 6

FORMAZIONE ECM
*ECM GRATUITA:
Medici e
infermieri
perchè sempre
in conflitto?*

A PAG. 7

AGGIORNAMENTO
*I corsi ECM
primo
trimestre 2012*

A PAG. 16

ESPERIENZE
*Essere o fare
il coordinatore?
L'esperienza
di un discente*

A PAG. 18

NORMATIVA
*L'angolo
giuridico:
la prescrizione
telefonica*

A PAG. 23

Infermierinformati SOMMARIO

INFERMIERI NEL VENETO, TROPPI O TROPPO POCHI? URGE UNA DIAGNOSI	3	L'INSERIMENTO DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE NEI CENTRI DI SERVIZIO	19
SPECIALE ELEZIONI: ASSEMBLEA ANNUALE	6	TERZA EDIZIONE DI A SPASSO CON ... "TESTI"	20
SPECIALE ELEZIONI: MEDICI E INFERMIERI PERCHÈ SEMPRE IN CONFLITTO?	7	I PARADIGMI EDUCATIVI NELLE PROFESSIONI SANITARIE	21
IL MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO	8	L'ANGOLO L'USO DELLA SIRINGA CONO-CATETERE QUALE METODICA ALTERNATIVA ALL'ALIMENTAZIONE FISIOLÓGICA	22
UN APPROCCIO CRITICO ALL'EVIDENCE-BASED HEALTH CARE	12	LA PRESCRIZIONE TELEFONICA	23
UTENTI FAMILIARI ESPERTI (UFE): IL SAPERE ESPERIENZIALE CHE FA LA DIFFERENZA. IL SERVIZIO SALUTE MENTALE DI TRENTO	14	RINNOVATA LA SEDE IPASVI	24
LA LINGUA INGLESE: IL GOLD STANDARD NELLA COMUNICAZIONE SCIENTIFICA	15	RINNOVATO IL SITO IPASVI DI VICENZA	25
I CORSI ECM E GLI EVENTI FORMATIVI DEL PRIMO SEMESTRE 2012	10	NOTIZIE PER VOI	26
ESSERE O FARE IL COORDINATORE?	18	SCHEDA DI ISCRIZIONE AI CORSI	28

**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.



Infermieri nel Veneto, troppi o troppo pochi? Urge una diagnosi.



Il titolo dello scorso numero di infermieri informati metteva in evidenza l'equazione **Sanità povera - un nuovo piano** e la premonizione è stata quanto mai azzeccata.

Le note difficoltà economiche che gravano sul Paese si sono ripercosse sulla sanità. In Veneto la Giunta Regionale, allo scopo di limitare i costi ha avviato una serie di azioni, tra queste il cambiamento del processo di finanziamento del sistema socio-sanitario, che dal 2013, passerà da un **costo storico** a un **costo standard** delle prestazioni.

Per stabilire dei costi standard ed avere dei dati di spesa precisi, la Segreteria Regionale per la Sanità ha avviato lo scorso gennaio, una ricognizione sull'organizzazione del lavoro delle unità operative di degenza e sulle **risorse umane impiegate nell'assistenza** ospedaliera delle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere di Verona e Padova. L'analisi che ne è derivata è servita appunto a determinare lo standard regionale per la **determinazione delle dotazioni organiche** delle unità di degenza. Ossia a stabilire quanti Infermieri e quanti OSS sono necessari. La diffusione dei dati ha preoccupato gli infermieri impegnati a tutti i livelli nell'assistenza.

Sostenere la tesi che siano sufficienti

fornire **120 minuti di assistenza** al giorno per paziente per le specialità di base (ciascun ricoverato avrebbe a disposizione un infermiere o un OSS per un massimo di 5 minuti all'ora; se i due operatori sono assieme il tempo a disposizione si riduce a 2,5 minuti), ha prodotto immediatamente ad un eccesso di infermieri e OSS impiegati oggi nelle ULSS del Veneto, di circa 9000 operatori.

E gli infermieri sono improvvisamente diventati **troppi!**

Un grande gioco di prestigio. In un solo colpo sparisce il problema della carenza infermieristica e il debito che grava sulla sanità. Manovra che prevedeva di sanare un terzo del debito, che ammonta a più di un miliardo di euro.

1. Reparti definiti di "base" altro non sono che: medicina, geriatria, chirurgia, ortopedia, ostetricia, ginecologia, urologia, ORL e altre ancora.

Dico prevedeva perché i collegi IPASVI del Veneto hanno denunciato la faccenda attraverso una costante presenza su TV e stampa. Questa azione ha prodotto la sospensione del provvedimento e l'apertura di un tavolo negoziale con la stessa Regione Veneto e con l'assessore alla sanità geom. Luca Coletto. Questo incontro, in parte per calmierare le acque agitate, ha consentito di analizzare i dati presentati sulle dotazioni organiche, evidentemente sproporzionate, rispetto alla reale situazione in cui versano le nostre unità operative. Nell'incontro, è emersa la volontà di non voler affossare il modello sanitario veneto, ma di lavorare per migliorare l'organizzazione. E quando si tratta di lavorare gli infermieri non si tirano indietro.

STANDARD INFERMIERISTICI E DEL PERSONALE DI SUPPORTO NEL SSR PER LA REALIZZAZIONE DEL PSSR 2012-2014?

Nell'occasione i Collegi degli infermieri IPASVI hanno voluto dare il proprio contributo per affrontare il problema degli standard infermieristici e del personale di supporto, standard che tenessero conto della domanda e dell'offerta assistenziale,

2. PDL 190 Piano socio sanitario regionale per il triennio 2012-2014.

Data:
giovedì 08.09.2011

**IL GIORNALE
DI VICENZA**

Estratto da Pagina:
24

SANITÀ. L'allarme è stato lanciato dal Collegio Ipasvi di Vicenza in previsione della nuova possibile pianta organica

«250 infermieri in meno»

Sono i posti che si perderanno all'Ulss 6 se cambieranno i criteri di lavoro perché definiti datati «Mobilitazione per informare»

Franco Pepe
«Meno 250 infermieri solo al-

gramma stabilito 10 anni prima da una legge presentata dall'allora ministro Donat Cattin riprendendo il dpr 128 del

sti standard, per le specialità di base dovrebbero bastare 120 minuti di assistenza al giorno per paziente, per cui ogni persona ricoverata avrebbe a disposizione un infermiere o un operatore socio-sanitario per un massimo di 5 minuti all'ora, mentre oggi nelle Ulss venete la media dei tempi di assistenza, pressoché sovrapposti, si attesta attorno ai 180-200 minuti al gior-

della necessità di potenziare la rete territoriale e di razionalizzare la rete ospedaliera. Un piano per sostenere il cambiamento, partendo dai dati della letteratura che documentano gli effetti negativi sulla sicurezza³ quando il rapporto infermiere-paziente (nurse to patient ratio) non è ottimale.

Un rapporto che evidenzia che i pazienti hanno un rischio più elevato di lesioni da decubito, di cadute, di infezioni correlate alle pratiche assistenziali, di peggioramento dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana o di non riconoscimento del deterioramento clinico. E gli esiti negativi aumentano la durata della degenza, peggiorano la qualità della vita fino ad aumentare il rischio di mortalità⁴.

La proposta che è stata formalizzata, come raccomandazione per un'assistenza infermieristica sicura e di qualità⁵, fa riferimento al rapporto infermiere-paziente.

Tale impostazione risulta congruente con un modello organizzativo:

- incentrato sull'intensità assistenziale;
- che facilita la presa in carico responsabile del paziente come da dettato normativo⁶;
- crea le condizioni per una pari opportunità di tutti i cittadini del veneto;
- che vuole utilizzare il potenziale professionale degli infermieri ma pensa anche ad una sua implementazione attraverso percorsi di specializzazione.

La dotazione aziendale viene quindi stabilita sulla base di un rapporto minimo di personale infermieristico identificato per le tre tipologie di degenze:

- **intensiva:** ricoveri di pazienti che richiedono un monitoraggio intensivo o interventi che comprendono il supporto/sostituzione di una o più funzioni vitali;
- **high care:** pazienti a rischio di deterioramento delle condizioni cliniche che richiedono un monitoraggio intensivo, anche a causa di co-morbilità importanti e supporto ventilatorio non invasivo; pazienti pediatrici e in posti letto identificati dalle schede regionali come sub intensive;
- **ordinaria:** degenze di pazienti che non rientrano nelle precedenti tipologie.

3. Royal College of Nursing Institute, 2003
4. Aiken et al. 2002; Cho 2001; Kane et al. 2007; Needleman et al. 2011.
5. La qualità intesa nella sua accezione complessiva: strutturale, processo e soprattutto con la codifica degli esiti.
6. Articolo 1 della Legge 251 del 10 agosto 2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica".



IL GAZZETTINO
BELLUNO
Date: giovedì 06.10.2011
Estratto da Pp

ULSS 1 Il dg Compostella
«Mancano medici punteremo di più sugli infermieri»

Il direttore generale dell'Ulss 1, Antonio Compostella (foto), risponde, girato per primo, alle richieste dei sindacati. Il Portogruonense è Belluno da 112 a 124. Il suo sistema difficilmente realizzabile non solo per l'aspetto della specialità ospedaliera. Un centro 124 deve avere un bacino di utenza di almeno 350 mila abitanti, per garantire adeguati livelli di competenza e per assicurare le 300 prestazioni di assistenza all'anno che sono la cosiddetta soglia di sicurezza. 2) Presenza di almeno due medici fino alle 24 di

In base alla tipologia di degenza gli standard infermieristici (rapporto infermiere-paziente) risultano i seguenti:

- Standard infermieristici:**
- **degenze intensive: rapporto 1 infermiere per posto letto;**
 - **degenze high care: rapporto 1 infermiere per 3 pazienti (in questa tipologia di unità operativa sono comprese quelle pediatriche);**
 - **degenze ordinaria: rapporto 1 infermiere per 5 pazienti.**

I Collegi del Veneto (IPASVI) hanno assunto una posizione di garanzia e salvaguardia nei confronti dell'utenza opponendosi a decisioni che avrebbero potuto compromettere la qualità dell'assistenza. La funzione di organo ausiliario dello Stato⁷ è stata doverosamente rappresentata con una proposta lungimirante per la tutela del cittadino e per gli amministratori stessi che sono chiamati a dare risposte ai crescenti bisogni di salute.

Ora la partita passa nelle mani dei politici. L'occasione viene offerta dal Piano Socio Sanitario del Veneto in attesa di approvazione (PDL 190 PSSR 2012-2014), per il quale l'IPASVI ha presenta-

7. D.Lgs. C.P.S. 13-9-1946 n. 233 "Ricostruzione degli ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle stesse".

to degli emendamenti. Uomini ai quali chiediamo di assumersi pienamente la responsabilità pubblica che rivestono e con i quali si auspica un dialogo e una continua collaborazione affinché le loro scelte di governo siano equilibrate. Per una sanità sostenibile oggi ma anche domani.

Perché non è con provvedimenti di razionamento del personale che si potrà affrontare la grave situazione economica. È necessaria una riorganizzazione delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali verso modelli che focalizzino l'attenzione sui reali bisogni e siano in grado di offrire ciò che serve per affrontare i problemi assistenziali.

E gli infermieri credono fortemente a questo cambiamento ormai non più rinviabile.

Ma cosa sarebbe accaduto se il Collegio IPASVI degli infermieri non ci fosse stato? L'infermiere da solo è debole e non può opporre una grande resistenza, ma 30.000 infermieri veneti uniti dispongono di una forza incredibile. E amministrazioni e politici temono venga raggiunta questa consapevolezza.

A noi infermieri spetta di continuare sulla strada del confronto, capaci di procedere uniti nelle difficoltà e nelle sfide emergenti.

Trascorrete con i vostri cari un buon Natale. Auguri da tutto il consiglio direttivo.



Collegio Provinciale IPASVI Vicenza
Viale Trieste 29/C Vicenza
Tel. 0444/303313 - www.vicenzaipasvi.it

A TUTTI GLI ISCRITTI

Il Paese sta attraversando un momento di grande difficoltà economica e politica che spinge i nostri amministratori a trovare delle soluzioni per la sostenibilità del sistema sanitario.

Gli infermieri possono contribuire alla costruzione di un nuovo servizio alla salute.

Oggi più che mai è fondamentale proseguire uniti per affrontare le difficoltà e soprattutto le sfide emergenti.

Assemblea Elettorale degli iscritti per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti

In ottemperanza della Legge 80 del 14/05/2005 è convocata in:

1° istanza
21/01/12 ore 10/12 - 22/01/12 ore 10/12 - 23/01/12 ore 16/18 presso sede Collegio IPASVI di Vicenza

2° istanza
sabato 28 gennaio 2012 ore 09.00 / 15.00
domenica 29 gennaio 2012 ore 10.00 / 15.00
lunedì 30 gennaio 2012 ore 10.00 / 15.00

sede
Aula Magna Onza Scuola per Operatori Sanitari
Contrà San Bortolo - Vicenza

Si ricorda che:

1. tutti gli iscritti sono eleggibili
2. le schede devono essere riempite con i nomi dei candidati in numero corrispondente a:
 - 15 componenti per il Consiglio Direttivo,
 - 3 componenti per il Collegio dei Revisori dei Conti,
 - 1 supplente per il Collegio dei Revisori dei Conti

Si invitano tutti gli iscritti intenzionati a candidarsi per il mandato 2012-2014 a comunicare il proprio nominativo al Collegio IPASVI di Vicenza entro il 15 gennaio 2012. È possibile presentare la propria candidatura, unitamente al programma, anche durante l'assemblea

Il Presidente
Gianmaria Fanchin

Assemblea annuale 2012

Per i soli iscritti al COLLEGIO IP.AS.VI di Vicenza

28 gennaio 2012
dalle 13,30 alle 14,30

Aula Magna "Onza"
Scuola per Operatori Sanitari
Contrà San Bortolo - Vicenza

Ordine del giorno:

- relazione del Presidente: progetti, obiettivi, attività
- relazione del Tesoriere e del Presidente del Collegio dei revisori dei Conti: bilancio Consultivo 2011 e Bilancio Preventivo 2012
- presentazione candidature elezioni del Consiglio Direttivo per il triennio 2012-2014

info: www.vicenzaipasvi.it

In ottemperanza al DPR n. 221 del 5.4.1950 è convocata in prima istanza il 21.01.2012 ore 10.00 presso la sede del Collegio IP.AS.VI in Viale Trieste 29 -Vicenza

NB: ogni iscritto può accogliere un massimo di due deleghe.

E tu vuoi candidarti?

Chi desidera candidarsi compili il modulo nella pagina a fianco e lo invii per fax al Collegio IPASVI di Vicenza al numero di 0444.303313 entro il 15 gennaio 2012.

IPASVI
5281 infermieri vicentini sono chiamati a votare.
TU COSA FAI?

ELEZIONI CONSIGLIO DIRETTIVO 2012-2014
28.1.2012 (ore 9.00 - 15.00)
29.1.2012 (ore 10.00 - 15.00)
30.1.2012 (ore 14.00 - 18.00)

Aula Magna Onza - Polo didattico universitario di Vicenza, Scuola delle professioni sanitarie - contrà S. Bortolo - Vicenza

CORSO GRATUITO ECM
"Medici ed infermieri perché sempre in conflitto, istruzioni per l'uso"
28.01.2012 8.30-13.30

A seguire Assemblea Annuale Iscritti 2012
13.30 - 14.30

io voto!

Per info: www.vicenzaipasvi.it - Tel: 0444.303313

DELEGA PER L'ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI AL COLLEGIO IP.AS.VI DI VICENZA

Il/La sottoscritto/a _____
Iscritto/a all'Albo _____ dal _____ nr _____
Delega l'iscritto/a _____
A partecipare in sua assenza, all'assemblea annuale 2012.
Data _____ Firma _____

"Medici e infermieri perché sempre in conflitto? Istruzioni per l'uso"

CORSO ECM GRATUITO per tutti gli INFERMIERI del COLLEGIO IPASVI di VICENZA

28 gennaio 2012, 8,30 - 13,30
Aula Magna "Onza" Scuola per Operatori Sanitari
contrà San Bortolo - Vicenza

Per migliorare il livello di assistenza, in modo coerente con le evoluzioni in atto nella sanità per spinta della stessa società, occorre modificare il modo di fare assistenza e soprattutto l'organizzazione. In particolare l'aspetto organizzativo diventa centrale in un contesto in cui diminuiscono le risorse e aumenta la richiesta di prestazioni da parte dell'utenza. Per tali ragioni l'esigenza di negoziare gli obiettivi da raggiungere richiede a medici e infermieri una forte cooperazione. Ma nelle unità operative prevalgono talvolta comportamenti capaci di notevole resistenza a qualsiasi approccio direttivo o normativo a scapito della necessaria convergenza di azioni tra queste figure professionali. L'analisi e le considerazioni che verranno evidenziate durante il corso consentiranno di individuare gli elementi che possono favorire il cambiamento per favorire la cooperazione e creare le condizioni più propizie per il governo del sistema.

Vedi il programma del corso a pagina 16

"Se non è possibile dirigere con regole e ordini, è gioco forza riesaminare ciò che muove il comportamento umano, più precisamente, il modo in cui si riescono a ottenere delle convergenze e quel coordinamento che sono indispensabili a una cooperazione efficace" (Crozier M.)

DOCENTI:

Paolo Borsato
Docente di sociologia dell'organizzazione
Beatrice Tessadori
Docente di Principi di etica e deontologia

TAVOLA ROTONDA:

Vincenzo Maria Riboni
Direttore Dipartimento Funzionale di Emergenza-Urgenza (DEU) ULSS 6
Luigi Dal Sasso
Direttore Medico Ospedaliero ULSS 5
Luisa Zappini
Presidente Collegio Ipasvi di Trento
Narciso Zocca
Presidente Associazione Diritti del Malato Addima
Raffaele Menegato
Unità operativa anestesia/rianimazione Ulss 6 Vicenza
Marcello Bozzi
Direttore U.O.P. Assistenza Infermieristica al Policlinico Le Scotte di Siena
Componente Comitato Centrale Federazione Ipasvi
Beatrice Tessadori
Docente di Principi di Etica e Deontologia - Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Pavia
Paolo Borsato
Docente di Sociologia dell'organizzazione, Facoltà di Scienze Politiche
Università degli studi di Milano

Modulo candidatura

Data _____

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

regolarmente iscritto presso il Collegio provinciale IP.AS.VI. di Vicenza, intende presentare la propria candidatura per le elezioni del Consiglio Direttivo per il triennio 2012-2014 in qualità di (spuntare l'area di interesse):

Consigliere

Revisore dei conti

Per contattarmi indico il mio numero di telefono _____

il mio indirizzo PEC/e-mail _____

Firma _____

Il monitoraggio elettrocardiografico in ospedale: un approccio concreto alle linee guida

Summary

In the last decade, the technology for ECG monitoring is considerably enhanced, and simultaneously has had a greater spread in our country's hospitals. Not just exclusively in a traditional cardiological intensive care (CCU), but also in neurological departments (stroke unit), in departments of emergency urgency (Short Intensive Observation) in the postoperative general surgery (surgery to high intensity) and in multi-specialist intensive care units. The aims of this article is to comment a shortly summary of the guidelines on the electrocardiogram monitoring in hospital setting. This statement published in 2004 is the first and only consensus document in this field, where our profession represented by the Council on Cardiovascular Nursing is involved.

Riassunto

Nell'ultimo decennio la tecnologia per il monitoraggio elettrocardiografico è considerevolmente migliorata, e contemporaneamente, ha avuto una maggiore diffusione nelle strutture ospedaliere nel nostro paese. Non solo nello specifico ambito intensivo cardiologico (UTIC) o cardiocirurgico, ma anche nei dipartimenti neurologici (Stroke Unit)¹, nei dipartimenti emergenza urgenza (Osservazione Breve Intensiva)², nella chirurgia generale post operatoria (Chirurgia ad Alta intensità)³ e nelle terapie intensive polispecialistiche. L'articolo si propone di presentare e commentare, in sintesi, la traduzione di parte delle linee guida sul monitoraggio elettrocardiografico in ambiente ospedaliero. Pubblicato nel 2004 è il primo e unico documento di consenso dove sia partecipe la nostra professione rappresentata dal Council on Cardiovascular Nursing.⁴

Parole chiave Elettrocardiogramma (ecg) monitoraggio elettrocardiografico (M-ecg), linee guida, implementazione.

Introduzione

Le conoscenze e competenze infermieristiche soprattutto per i professionisti che operano nell'ambito dell'area critica non

possono trascurare la conoscenza dell'elettrocardiografia di base, e la capacità di riconoscere eventi aritmici o alterazioni che mettono a rischio la vita dei pazienti a loro affidati.

Fra i tradizionalmente riconosciuti parametri vitali entra di conseguenza a pieno titolo nella raccolta dati infermieristica di pazienti critici il monitoraggio elettrocardiografico, che permette, grazie a sofisticati algoritmi presenti nelle apparecchiature in dotazione il pronto riconoscimento di aritmie o di segni di ischemia cardiaca pericolosi e l'eventuale attivazione del supporto vitale, di procedure ripercussive coronariche d'emergenza o di correzioni terapeutiche farmacologiche. Questa tecnologia a nostra disposizione, per quanto raffinata possa essere nel riconoscere alterazioni pericolose per il paziente, necessita per l'impostazione del monitoraggio ma, soprattutto per la sua sorveglianza, del "fattore umano" maggiore è la competenza del professionista migliore sarà l'esito per il paziente. Per quanto in letteratura vi possano essere diversi punti di vista su chi sia il professionista più competente, proponendo una figura specifica come il tecnico del monitoraggio, oppure del personale opportunamente addestrato, in ultima analisi il primo valutatore clinico e "decision making" nel monitoraggio elettrocardiografico è e rimane l'infermiere⁵.

Nell'ottobre 2004 su "Circulation", curato dall'American Heart Association in collaborazione con il "Council on Cardiovascular Nursing" e con l'approvazione dell'Association of Critical-Care Nurses statunitense sono state pubblicate le linee guida per il monitoraggio elettrocardiografico in "setting" ospedaliero e, dalle raccomandazioni in esse contenute si conclude che non solo i pazienti di area critica richiedano il monitoraggio della attività elettrica cardiaca, bensì anche altri pazienti degenti in aree non critiche come l'area chirurgica e l'area medica, ma appartenenti a categorie definite a rischio ne possano beneficiare.⁷ Nel nostro paese la diffusione di queste linee guide è sporadica, questo fa sì che noi pur disponendo spesso di attrezzature adeguate non applichiamo il monitoraggio

elettrocardiografico, oppure lo adottiamo in modo discontinuo e non basato su raccomandazioni di buona pratica, o peggio ancora, restiamo in attesa di una prescrizione medica del monitoraggio stesso, precludendoci in tal modo una attività dinostica competenza, privandoci di un prezioso parametro di valutazione e sottoponendo il paziente ad un aumento del rischio clinico.

Le stesse affermazioni possono avere valore nel momento in cui si esegue l'elettrocardiogramma (ECG) a 12 derivazioni, una metodica standardizzata e di semplice esecuzione appresa da tutti gli infermieri nel corso di studio. La pronta esecuzione dell'ECG durante un repentino aggravamento clinico del paziente può fornire importantissime informazioni all'infermiere e al medico come eventi aritmici o segni di ischemia miocardica che se prontamente riconosciuti concorrono ad una corretta diagnosi e ad appropriate prescrizioni terapeutiche.

Traduzione⁸ RIASSUNTO

Il Monitoraggio ECG (M-ECG) in ospedale si è evoluto dal semplice controllo della frequenza e del ritmo base alla diagnosi di aritmie complesse, di ischemia miocardica (tratto ST) e del prolungamento dell'intervallo QT.

L'analisi computerizzata delle aritmie, del segmento QT e dell'ischemia miocardica sono disponibili come automatismi solo nei monitor di nuova generazione. Anche in ospedali dotati di sistema di monitoraggio computerizzato quest'ultimo è spesso sottoutilizzato dai professionisti. Inoltre la impossibilità di monitoraggio dell'intervallo QT in pazienti a cui vengono somministrati farmaci con potenziale effetto proaritmico obbliga i professionisti a determinare questa misura manualmente.

La proposta di quest'articolo è quella di provvedere alla "migliore pratica" in ospedale del monitoraggio ECG.

Non ci sono studi clinici randomizzati in questo ambito, tantoché, le opinioni degli esperti sono basate sull'esperienza

clinica e sulla ricerca in campo elettrocardiografico.

Questo documento di consenso comprende il monitoraggio ECG in tutte le aree ospedaliere pediatriche che per adulti.

Una particolare enfasi viene posta sulle informazioni cliniche che si devono avere sul monitoraggio per renderlo sicuro ed efficace per il paziente.

Le raccomandazioni sono fatte con riguardo alle indicazioni sui tempi strategie per migliorare l'accuratezza della diagnosi di aritmia, ischemia e di intervallo QT lungo. Viene inoltre descritto il corrente sistema di elettrodi utilizzato, vengono date raccomandazioni relative al personale e al suo addestramento e ai metodi per migliorare la qualità del monitoraggio stesso.

Negli ultimi 40 anni, il monitoraggio è migliorato molto, grazie ad algoritmi computerizzati per l'analisi del segmento ST, strategie tecnologiche hanno ridotto i falsi allarmi, il monitoraggio multi derivazione oggi è reso possibile riducendo i cavi e gli elettrodi ad un numero minimo. Nonostante questi progressi tecnici, la necessità di una supervisione umana nella interpretazione dei dati di monitoraggio ECG è importante oggi come lo era 40 anni fa per le seguenti ragioni:

1. L'algoritmo del monitoraggio cardiaco è intenzionalmente sensibile e specifico, sono quindi numerosi i falsi allarmi, che devono essere valutati dai professionisti sanitari per evitare inappropriati trattamenti. Vengono riportati in letteratura cateterismi cardiaci per errore di valutazione del tratto ST o studi elettrofisiologici e impianti di pacemaker inappropriati.
2. Nei decenni scorsi, è stato stabilito da numerosi studi clinici che un più aggressivo approccio al trattamento dell'ischemia miocardica acuta nelle sindromi coronariche migliora l'outcome dei pazienti. Molte strategie per prevenire l'infarto o per ridurre la dimensione della necrosi infartuale si basano sulla capacità degli operatori sanitari di identificare precocemente l'ischemia miocardica nei dipartimenti di emergenza (IE) e di fornire sorveglianza in corso di ischemia ricorrente nei pazienti coronarici in unità di terapia intensiva e semintensiva, attraverso unità di monitoraggio telemetrico.
3. Si è avuto nei decenni scorsi un aumento di interventi elettrofisiologici come ablazione transcateretere, la stimolazione biventricolare, il defibrillatore impiantabile. La tecnologia di

questi complessi dispositivi invita gli operatori sanitari con esperienza in analisi del monitoraggio ECG a identificare malfunzionamenti e programmazioni non ottimali di questi sistemi.

4. Molti nuovi farmaci introdotti, possono prolungare la ripolarizzazione ventricolare. Il mancato riconoscimento del prolungamento QT o di un battiti ectopici ventricolari possono evolvere in un'aritmia ventricolare maligna o in una torsione di punta letali per il paziente.

5. Ultima e forse più importante delle motivazioni, è che solo l'uomo è in grado di determinare gli obiettivi di monitoraggio per ogni singolo paziente.

Per esempio, un paziente giovane in assenza di malattia cardiaca organica che viene monitorato dopo una semplice ablazione transcateretere non ha bisogno di essere monitorati per i cambiamenti del segmento ST di ischemia o di prolungamento dell'intervallo QT (se non vengono somministrati farmaci proaritmici), ma un paziente con infarto acuto miocardico (MI) a cui viene somministrato un farmaco antiaritmico richiede il monitoraggio delle aritmie, ischemia, e prolungamento dell'intervallo QT.

Nonostante sia aumentata la necessità di operatori sanitari qualificati con competenza in elettrocardiografia e monitoraggio cardiaco la disponibilità di clinici esperti è diminuita per le seguenti ragioni. In primo luogo, il concetto di una unità di cura coronarica pura con infermiere specializzato in interpretazione ECG è stato sostituito in molti ospedali degli Stati Uniti da reparti di terapia intensiva polivalente. In secondo luogo,

[1] Classi di monitoraggio

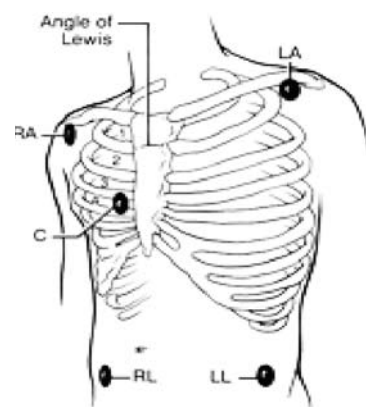
Classe I	il monitoraggio cardiaco è indicato a molti, se non a tutti, i pazienti di questo gruppo
Classe II	il monitoraggio cardiaco può essere di beneficio in alcuni pazienti, ma non può essere considerato essenziale per tutti.
Classe III	il monitoraggio cardiaco non è indicato perché il rischio di un evento importante non è elevato, quindi il monitoraggio non ha beneficio terapeutico. ¹³

[2] Ceck Listi pre monitoraggio

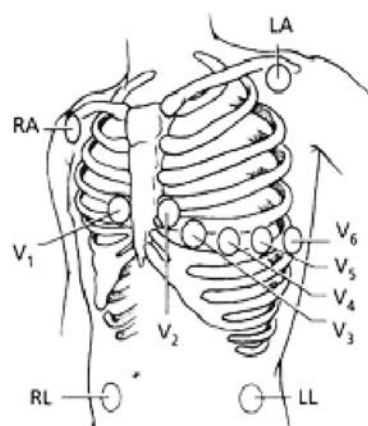
step	azione
1	Verificare il funzionamento e l'integrità delle apparecchiature per il monitoraggio telemetrico
2	Prima della procedura fornire informazioni e istruzioni al paziente e ai familiari e verificarne la corretta comprensione.
3	Valutare il paziente
4	Valutare l'anamnesi per aritmie cardiache o cardiopatia ischemica oppure entrambe cos' da utilizzare un corretto posizionamento degli elettrodi esploranti.
5	Preparare a adeguatamente la cute del paziente prima di collegare gli elettrodi. La preparazione può comprendere la tricomia della zona la detersione e la pulizia con alcol per la rimozione del grasso cutaneo.

lagrave carenza di infermieri ha fatto sì che infermieri con poca o nessuna esperienza in cure intensive svolgono il loro lavoro in unità ospedaliere dotate di monitoraggio. La lezione appresa da Day che per primo nel 1960 ha applicato il monitoraggio cardiaco in un reparto medico risuona ancora oggi attuale "Non abbiamo avuto la possibilità di avere infermieri che controllano e applicano il monitoraggio. Il loro rapido turnover e la loro utilizzazione in altri reparti hanno reso impossibile lo sviluppo di personale adeguatamente addestrato".⁹ L'ECG contiene una grande quantità di informazioni diagnostiche di routine utilizzate per guidare il processo decisionale clinico nei pazienti ospedalizzati. Per alcune condizioni, come l'ischemia miocardica transitoria, l'ECG rimane il gold standard per la diagnosi, nonostante molte altre tecniche diagnostiche ed è una tecnica non invasiva poco costosa, semplice e riproducibile. Inoltre, l'ECG è uno dei test diagnostici più comunemente usati che possono essere rapidamente registrate con apparecchiature portatili e in generale è sempre ottenibile con facilità.¹⁰

Per tutte queste ragioni, gli esperti dell'American Heart Association (AHA), Councils on Cardiovascular Nursing, Clinical Cardiology, Cardiovascular Disease in the Young e l'International Society of Computerized Electrocardiology hanno sviluppato un documento di consenso raccomandazioni per migliorare la pratica del monitoraggio ospedaliero. Era noto come le precedenti linee guida fossero ormai obsolete eliminate al solo scopo di monitorare le aritmie, segmento ST o l'intervallo QT; inoltre consideravano solo



[3] Posizione elettrodi a 5 derivazioni



[4] Posizione elettrodi a 12 derivazioni

pazienti adulti; e nessun tentativo era stato fatto per l'indirizzo pediatrico nel monitoraggio.¹¹ Era quindi necessario un documento completo e aggiornato. Le pubblicazioni di studi clinici ospedalieri sul monitoraggio cardiaco sono rare per questa ragione non è possibile sviluppare un'alinea guida formale con livelli di evidenza supportata da ricerche e pubblicazioni. Malgrado questo è stato ritenuto opportuno dai membri del presente gruppo fornire opinioni e pareri d'esperti basate sull'esperienza clinica e relative ricerche nel campo della elettrocardiografia. Si tratta quindi di raccomandazioni basate sull'opinione di esperti che richiedono un continuo aggiornamento di dati di ricerca disponibili.

Questo documento di consenso rappresenta il primo tentativo in letteratura che comprenda tutte le aree ospedaliere del monitoraggio cardiaco, includendo aritmia, ischemia e intervallo QT in bambini e adulti. Questo articolo si focalizza sul monitoraggio in tempo reale. L'enfasi viene posta sulle informazioni cliniche che aiutano a controllare il paziente in modo sicuro ed efficiente. Il sistema di valutazione utilizzato in questa dichiarazione è stato creato dall'American College

of Cardiology Emergency Cardiac Care Committee e consiste nella suddivisione dei pazienti in tre classi.¹²

Il corretto posizionamento degli elettrodi è fondamentale soprattutto per le derivazioni precordiali che possono variare la loro forma d'onda se spostati dalla loro corretta posizione originale. Segnare la posizione con un pennarello nero per assicurare un corretto riposizionamento dell'elettrodo.¹⁴

Discussione e conclusioni

Il nostro proposito è stato quello di far conoscere l'esistenza delle linee guida sul monitoraggio elettrocardiografico attraverso un commento e delle tabelle sinottiche di facile consultazione.

Saranno i singoli professionisti se lo ritengono necessario ad adottare e proporre la creazione di procedure e protocolli per la trasferibilità di queste indicazioni nelle loro realtà assistenziali.

Queste linee guida, come affermato nel riassunto iniziale rappresentano un documento di consenso alla cui stesura partecipa un importante organismo del nostro ordine professionale, altrettanto apprezzabile l'onestà intellettuale del gruppo di lavoro, che dichiara chiaramente come

queste linee guida siano il risultato di opinioni di esperti in assenza di studi clinici randomizzati.

In conclusione è nostra convinzione che la consapevolezza di possedere e poter valutare strumenti di indirizzo che ci permettano una migliore assistenza ai pazienti, ci permetta una direzione puntuale lungo quel processo di autonomia, valore fondamentale di ogni professione scientifica.

Bibliografia Sitografia (Endnotes)

1. Alberts M. J., Latchaw R.E., et al. Revised and Updated Recommendations for the Establishment of Primary Stroke Centers : A Summary Statement From the Brain Attack Coalition *Stroke* 2011, 42:2651-2665
2. Brian Gibler W., Cannon C. P. et al Practical Implementation of the Guidelines for Unstable Angina/Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction in the Emergency Department: A Scientific Statement From the American Heart Association Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Acute Cardiac Care), Council on Cardiovascular Nursing, and Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group, in Collaboration With the Society of Chest Pain Centers *Circulation* 2005, 111:2699-2710

[5] Categorie di Monitoraggio

Categorie di Monitoraggio	Indicazioni di buona pratica
1. Monitoraggio aritmia cardiaca	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selezionare il monitoraggio in base alla aritmia riscontrata sul paziente <ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare V1 per distinguere il ritmo ventricolare dai ritmi sopraventricolari con conduzione aberrante. • Utilizzare la derivazione II o III per monitorare l'attività atriale (fibrillazione atriale e flutter atriale. Se le onde P sono poco visibili utilizzare la derivazione V1. • Utilizzare V1 per il monitoraggio di pazienti senza precedenti di aritmia sopraventricolare o a rischio di eventi aritmici atriali e nei pazienti portatori di pacemaker. 2. Monitorare l'intervallo QT in pazienti ad alto rischio per torsioni di punta <ul style="list-style-type: none"> • Monitorare i pazienti che iniziano una terapia con farmaci antiaritmici noti per causare torsioni di punta (chinidina, procainamide disopiramide sotalolo ibutilide) • Controllare i pazienti che usano farmaci con effetto proaritmico. • Controllare l'insorgenza di bradicardia • Valutare l'ipopotassiemia o l'ipomagnesiemia¹⁵
2. Monitoraggio segmento ST	<p>È possibile controllare le modificazioni del tratto ST nei pazienti con sospetta ischemia cardiaca, ammessi con angina instabile, dolore toracico o nel post operatorio in pazienti noti per cardiopatia ischemica. Questa modalità viene utilizzata nel post cardiocirurgico ed è in grado di segnalare la riocclusione delle arterie coronariche sottoposte a rivascolarizzazione. La variazione del tratto ST rilevata tempestivamente consente di evitare l'evoluzione in lesione e necrosi infartuale.</p> <p>L'AACN raccomanda l'osservazione delle derivazioni DIII - V3 in pazienti affetti da sindrome coronarica acuta.¹⁶</p>
3. Intervallo QT e monitoraggio pro aritmico	<p>Uso Farmaci antiaritmici in cardiopatico noto, scompenso cardiaco.¹⁷</p>

Kumar, Deborah W. *Monitoraggio cardiaco nuove tendenze e possibilità* Nursing 2006;36; 7-10

[6] Durata del monitoraggio

Monitoraggio per 48/72 ore condizione clinico assistenziali	Monitoraggio per 24/48 ore condizione clinico assistenziali	Classe Cat. 1
1. Angina instabile • Infarto Acuto non complicato emodinamicamente stabile	Angina instabile con esclusione di IMA	I
2. Aritmie pericolose • Tachicardia Ventricolare • Blocco AV di 3 grado	Aritmie emodinamicamente stabili	I
3. Pre e post Intervento percutaneo di rivascolarizzazione coronarica Pazienti stabili	Pre e post angiografia coronarica in paz con angina stabile e senza insuff. Cardiaca congestizia	I
4. Utilizzo di farmaci antiaritmici di classe I-III	Contusione Cardiaca senza instabilità emodinamica	I/II
5. Ictus ischemico/emorragico in presenza di aritmie o cardiopatia nota	Variazioni neurologiche in attacco ischemico transitorio o incidente vascolare cerebrale	I
6. Patologie internistiche acute in presenza di cardiopatia ischemica nota	Patologie internistiche in cardiopatia ischemica nota stabile	I/II
7. Scompenso cardiaco acuto	Scompenso cardiaco moderato (killip 2) in assenza di shock	I/II
8. Chirurgia post-operatoria in pazienti con alterazione del tratto ST-T o test positivo per ischemia miocardica aritmie ipotensione o scompenso cardiaco.	Chirurgia post operatoria in pazienti con anamnesi di cardiopatia ischemica nota stabile	I
9. Insuff. Respiratoria definita da ipossiemia ipercapnia non compensata acidosi respiratoria con pH inf 7,35 evidenza clinica di grave insuff. respiratoria	Dopo posizionamento di pacemaker (in paziente pacemaker dipendente) o stimolazione cardiaca interna o esterna	I
10. Sovradosaggio di farmaci in presenza di aritmia o con potenziale aritmico	Sovradosaggio di farmaci senza aritmie	I/II
11. Sincope in paz. Con insuff. Cardiaca congestizia o insuff. respiratoria	Sincope in paz. Senza insuff. Cardiaca congestizia o insuff. respiratoria	I/II
12. Paziente con stato epilettico o disturbi convulsivi a rischio di morte improvvisa		I

Kumar, Deborah W. *Monitoraggio cardiaco nuove tendenze e possibilità* Nursing 2006 :36; 7-10 (MODIFICATA)

3. McRae M. E., Chan A., Imperial-Perez F. Cardiac Surgical Nurses' Use of Atrial Electrograms to Improve Diagnosis of Arrhythmia *Am J Crit Care* 2010;19:124-133
4. A. Brazzale "Monitoraggio cardiaco ed Elettrocardiogramma nella pratica clinica infermieristica. Un progetto di implementazione e diffusione delle linee guida sul monitoraggio ECG in ospedale nell'Azienda ULSS 4 "Alto Vicentino". Università degli Studi di Padova Facoltà di Medicina Chirurgia tesi di laurea in Infermieristica A.A. 2006/2007.
5. Tamekia L. Thomas Who's watching the cardiac monitor? Does it matter? *Nursing* 2011; 41:8-10.
6. L. Evenson M. Farnsworth Skilled Cardiac Monitoring at the Bedside: An Algorithm for Success. *Crit Care Nurse* 2010;30:14-22.
7. Practice Standards for Electrocardiographic Monitoring in Hospital Settings: An American Heart Association Scientific Statement From the Councils on Cardiovascular Nursing, Clinical Cardiology, and Cardiovascular Disease in the Young: Endorsed by the International Society of Computerized Electrocardiology and the American Association of Critical-Care Nurses. Krucoff, Michael M. Laks, Peter W. Macfarlane, Claire Sommargren, Steven Swiryn Barbara J. Drew, Robert M. Califf, Marjorie

- Funk, Elizabeth S. Kaufman, Mitchell W. and George F. Van Hare *Circulation* 2004;110:2721-2746
8. Cfr nota 4
9. Day HW. History of coronary care units. *Am J Cardiol.* 1972;30: 405-407.
10. Macfarlane PW. The coming of age of electrocardiology. In: Macfarlane PW, Veitch Lawrie TD, eds. *Comprehensive Electrocardiology: Theory and Practice in Health and Disease*. Vol 1. New York, NY: Pergamon Press; 1989:3- 40.
11. Mirvis DM, Berson AS, Goldberger AL, Green LS, Heger JJ, Hinohara T, Insel J, Krucoff MW, Moncrief A, Selvester RH, et al. Instrumentation and practice standards for electrocardiographic monitoring in special care units: a report for health professionals by a Task Force of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation.* 1989;79:464-471.
12. Recommended guidelines for in-hospital cardiac monitoring of adults for detection of arrhythmia. Emergency Cardiac Care Committee members. *J Am Coll Cardiol.* 1991;18: 1431-1433.
13. Cfr nota 4.
14. Clochesy JM, Cifani L, Howe K. Electrode

- site preparation techniques: A follow-up study. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care.* 20:27-30, 1991.
15. American Association of Critical-Care Nurses. practice alert: Dysrhythmia monitoring. [http://www.aacn.org/AACN/practiceAlert.nsf/Files/ECG%20Dysrhythmia/\\$file/ECG%20Dysrhythmia.pdf](http://www.aacn.org/AACN/practiceAlert.nsf/Files/ECG%20Dysrhythmia/$file/ECG%20Dysrhythmia.pdf). Ultimo accesso 10/2011
16. American Association of Critical-Care Nurses. Practice alert: ST-segment monitoring. http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/ST-Segment_Monitoring-04-2008.pdf. Ultimo accesso 10/2011.
17. Arizona CERT Center for Education and Research on Therapeutics <http://www.qt drugs.org/medical-pros/drug-lists/drug-lists.htm>. Ultimo accesso 10/2011.

Un approccio critico all'Evidence-Based Health Care

Introduzione

Nel 1996, dopo aver già espresso il suo pensiero e il suo manifesto programmatico, Sackett indicava cos'è e cosa non è l'Evidence Based Medicine (EBM). Indicava che questo tipo di approccio non può essere una barriera e deve essere un approccio bottom-up. Da allora alcune cose sono cambiate nel mondo Evidence based (EB), l'informazione e la cultura EB si sono diffuse molto ma, nonostante questo, recentemente Freddi e Romàn-Pumar scrivono un articolo che ci dice cosa può e cosa non può fare l'EBM. Gli autori sollevano una questione che già Sackett aveva posto nel '96: "Alcuni temono che la medicina basata sull'evidenza sarà utilizzata dagli acquirenti e dai manager per ridurre i costi dell'assistenza sanitaria. Questo non sarebbe solo un uso improprio della medicina basata sull'evidenza, ma suggerisce un equivoco fondamentale delle sue conseguenze finanziarie. I medici, e quindi oggi possiamo parlare di professionisti della sanità, che eseguono pratiche basate sull'evidenza, identificheranno e applicheranno gli interventi più efficaci per ottimizzare la qualità e la durata della vita per i singoli pazienti; questo può aumentare, anziché ridurre il costo delle loro cure". Questo aspetto critico ed attuale perché il problema dei costi in sanità, come sappiamo, è notevole, deve essere analizzato a fondo dalle direzioni strategiche. In questo lavoro si vuole analizzare l'evoluzione delle varie definizioni di Evidence based, cercando di capire quali potrebbero essere alcune delle ricadute sulle organizzazioni (management).

Revisione della letteratura

Il termine "Evidence-Based Medicine" (EBM) apparve per la prima volta nel 1991 (1). La nascita dell'EBM viene però generalmente fatta risalire al 1992, anno in cui apparve un "manifesto programmatico" su JAMA (2). Questa pubblicazione ne caratterizzava i principi e il programma, infatti già nel titolo di quell'articolo l'EBM era definita "un nuovo approccio all'insegnamento della medicina", segnalando la

sua forte vocazione educativa. Da allora, EBM ha avuto una crescita esponenziale e ha trovato applicazioni cliniche, nella sanità pubblica e nell'elaborazione di linee-guida. EBM ha due caratteristiche principali:

- a. un interesse prevalente e quasi esclusivo per la terapia, e in particolare per la valutazione di efficacia dei trattamenti basata su trial clinici randomizzati (RCT) e meta-analisi;
- b. la ricerca di informazioni valide e clinicamente utili nella letteratura medica, cartacea ed elettronica.

Si può quindi affermare che EBM ha sostanzialmente contenuti complementari: EBM privilegia le ricerche su gruppi di casi (gli RCT includono spesso migliaia e talora decine di migliaia di pazienti), la scelta razionale dei trattamenti, e la ricerca di informazioni nella letteratura medica.

Dal 1991 si sono sviluppate altre definizioni di EBM, e iniziano a comparire altri termini:

- 1996 la medicina basata sulle evidenze è definita come: "uso scrupoloso, esplicito e ragionevole degli attuali migliori elementi di prova, nella formulazione di decisioni relative all'assistenza destinata ai singoli pazienti" (3).

- 1997 Evidence based clinical practice è un approccio al processo di Decision Making in cui il clinico utilizza le migliori evidenze disponibili, in consultazione con il paziente, per decidere l'opzione che meglio si adatta a quel paziente (4)

- 1997 L'EBHC (Evidence Based Health Care) prevede la descrizione esplicita delle modalità per programmare l'assistenza sanitaria. In altre parole, è necessario ricercare sistematicamente, valutare e rendere disponibili le migliori evidenze scientifiche, quali prove di efficacia degli interventi sanitari per pianificare le decisioni (e gli investimenti) che riguardano la salute di una popolazione (4)

- 1998 Viene introdotto il termine Evidence Based Nursing in modo strutturato e viene definito "il processo per mezzo del quale il personale infermieristico assumono le decisioni cliniche uti-

lizzando le migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica e le preferenze del paziente, in un contesto di risorse disponibili." (5)

- 1998 La Pratica basata sulle evidenze (EBP) è un approccio alla salute degli operatori sanitari in cui si utilizzano le migliori evidenze possibili, cioè le informazioni più adeguate, per prendere decisioni cliniche per singoli pazienti. L'EBP valorizza, migliora e si basa su: l'esperienza clinica, la conoscenza dei meccanismi di patologia e fisiopatologia. Si tratta di processi di Decision Making complessi, fondati non solo sulla base di prove disponibili, ma anche sulle caratteristiche del paziente, situazioni e preferenze. Riconosce che l'assistenza sanitaria è individualizzata e in continua evoluzione e coinvolge incertezze e probabilità. In definitiva EBP è la formalizzazione del processo di cura che i migliori medici hanno praticato per generazioni (6)

- 2000 La Pratica basata sull'evidenza (EBP) è l'integrazione delle prove migliori della ricerca con le competenze cliniche, le preferenze e i valori dei clienti/utenti e le circostanze cliniche (7)

- 2006 l'Evidence based management si basa sull'assunzione che analizzando scientificamente i fatti ed i risultati realmente prodotti è possibile distinguere ciò che funziona da ciò che non funziona, comprendere il pericolo nascosto nelle mezze verità che costituiscono alcune credenze convenzionali sul management, evitare alcune evidenti sciocchezze che troppo spesso vengono vendute come buoni consigli e, quindi, ottenere risultati migliori (8).

Tutte queste modalità di approccio al mondo Evidence based non sono state, e non sono tuttora esenti da critiche, anche pesanti, provenienti dal mondo scientifico. Nonostante siano stati gli stessi fondatori dell'EBM a fornire le indicazioni di cosa sia e cosa non sia l'EBM (1,3) grande è il dibattito internazionale sulla materia e sulle sue implicazioni. Nel 2006 un articolo dal titolo chiaramente provocatorio (Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, po-

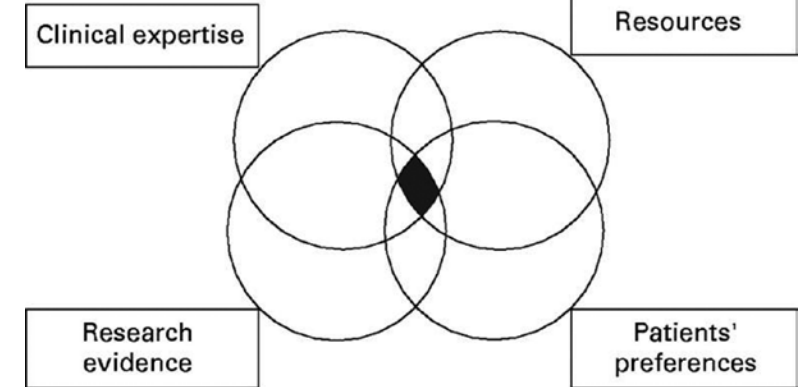
wer and fascism) gli autori affermano che questi movimenti hanno creato una gerarchia che è stata approvata da numerose istituzioni accademiche, e che serve per la (ri)produzione di certe forme di ricerca. Perché 'i regimi della verità' come il movimento evidence-based attualmente godono di uno status privilegiato, gli studiosi hanno non solo un dovere scientifico, ma anche un obbligo etico di decostruire questi regimi di potere (9). Non solo, più recentemente è comparso un articolo (10) dove gli autori, rifacendosi a quanto già pubblicato in letteratura sull'argomento, fanno una serie di affermazioni interessanti e provocatorie. L'articolo afferma che La medicina basata sull'evidenza (evidence-based medicine, EBM) non è un vecchio cappello, un ricettario scritto da qualche "ragioniere" della Sanità per sopprimere la libertà del medico, una prassi medica obbligatoria, deterministica e totalitaria, una disciplina per controllare i costi e ignorare le preferenze dei pazienti, un limite invalicabile alla medicina personalizzata, umanistica, individuale. L'EBM è, invece, un riferimento di eccellenza per indirizzare le decisioni cliniche, l'integrazione della propria con le migliori esperienze e con le preferenze dei pazienti, un modo per migliorare la pratica medica limitando la variabilità e gli errori laddove non esistano evidenze concrete, per identificare il gold standard e differenziare tra le diverse alternative disponibili.

Conclusioni

Diventa fondamentale quindi l'approccio critico al mondo Evidence Based. Critico nel senso che i processi decisionali non possono tener conto esclusivamente di ciò che è evidente. In alcune situazioni perfino l'EBP prevede che un singolo intervento non possa essere sufficiente ma solo l'applicazione di un "bundle" (gruppo di interventi) può portare a garantire il raggiungimento di alcuni risultati. Se analizziamo la figura seguente è possibile identificare visivamente come, tra i tanti interventi possibili, anche di provata efficacia, pochi riescano a garantire la piena applicazione ai principi Evidence Based. Chiaramente, in un contesto dove le scelte che dal singolo (EBM-EBN) si spostano su logiche di buona pratica clinica da applicare a gruppi di persone (EBP-

EBHC), tenendo conto di tecnologie nuove (HTA) e di risorse sempre meno disponibili, il management deve essere attivo e partecipe nelle scelte aziendali e si dovrebbe orientare in un mondo Evidence based (Evidence Based Management). Si deve tener conto degli ostacoli all'implementazione dell'evidence-based management e cercare suggerimenti su come evitarli o perlomeno mitigarne gli effetti. La letteratura ha già identificato alcuni ostacoli e alcune soluzioni. Il primo ostacolo è dovuto al fatto che l'uso dei dati potrebbe cambiare le dinamiche del potere, il secondo è relativo al fatto che le persone spesso non vogliono conoscere la verità, il terzo è generato da un mercato delle idee di business confuso ed inefficiente. Due sono le raccomandazioni suggerite: la prima è quella di usare un approccio più logico ed analitico, la seconda di sviluppare un nuovo set di criteri per la valutazione delle conoscenze di management e di business (8). Alcuni autori sottolineano che "l'evidence-based management non è solamente una lista di tecniche da memorizzare, emulare ed implementare. Si tratta di un prospettiva per viaggiare nella vita della propria organizzazione, un modo per pensare su cosa si conosce e cosa non conosce, su ciò che funziona e ciò che non funziona e su cosa provare prossimamente". Per queste considerazioni suggeriscono una serie di principi da applicare quotidianamente nella pratica di business:

- Considerare la propria organizzazione come un prototipo mai finito
- Nessuna vanteria, solo fatti
- Padroneggiare il buon senso
- Vedere se stessi e la propria organizzazione dal punto di vista di un osservatore esterno
- Il potere, il prestigio e la performance rendono cocciuti, stupidi e refrattari a prendere in considerazione una valida



evidenza

- L'evidence-based management non deve essere una esclusività dei vertici aziendali
- Come qualsiasi altra cosa, è necessario venderla bene
- Se tutto il resto fallisce, cercare almeno di rallentare la diffusione di pratiche mediocri
- Domandarsi: cosa succede quando le persone fanno fiasco?

La prospettiva di applicare i principi dell'evidence-based medicine al management è decisamente intrigante. L'evidenza è generalmente più "robusta" sulle cose che non funzionano che su quelle che funzionano. Ben venga una cultura basata più sui fatti che sulle opinioni, ma che non diventi troppo dogmatica. (8)

Bibliografia

1. Guyatt GH. Evidence-Based Medicine. ACP J Club 1991 March-April; 114, Suppl 2: A-16
2. Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268: 2420-5
3. Sackett D L, Rosenberg William M C, Gray J A Muir, Haynes R Brian, Richardson W Scott. Evidence based medicine: what it is and what it isn't BMJ 1996; 312 (71)
4. Muir Gray JA. (1997) Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone.
5. DiCenso, A., Cullum, N., & Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing: Some misconceptions. Evidence-Based Nursing, 1(2), 38-39
6. McKibbin KA (1998). Evidence based practice. Bulletin of the Medical Library Association 86 (3): 396-401.
7. Sackett, D. L., W. M. Rosenberg, et al. (2000). Evidence based medicine: How to practice and teach EBM. London, Churchill Livingstone.
8. Jeffrey Pfeffer e Robert I. Sutton HARD FACTS, DANGEROUS HALF-TRUTHS & TOTAL NONSENSE Profiting from evidence-based management 2006
9. Holmes D, Murray SJ, Perron A, Rail G. Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. Int J Evid Based Healthc 2006; 4: 180-7.
10. Freddi G, Romàn-Pumar J L. Evidence-based medicine: what it can and cannot do. Ann Ist Super Sanità 2011 | Vol. 47, No. 1: 22-25



Utenti Familiari Esperti (UFE): il sapere esperienziale che fa la differenza. Il Servizio Salute Mentale di Trento

Chi crede che la psichiatria si esaurisca nella triangolazione medico-infermiere-paziente cade in errore, o almeno, lo fa se la realtà a cui fa riferimento è il Servizio Salute Mentale di Trento, dove da ormai un decennio è attiva la figura dell'UFE, punta di diamante della filosofia del «Fare assieme». Gli UFE sono tutti quegli utenti e familiari che per storia personale hanno acquisito un sapere esperienziale che li mette in condizione di potere fornire in modo strutturato e continuativo delle prestazioni, riconosciute in diverse aree di attività del Servizio di Salute Mentale di Trento.

L'impiego degli UFE è decisamente ampio: la loro attività si manifesta in diversi ambiti, grazie al supporto degli operatori del Servizio che li seguono e supportano costantemente fornendo loro un'adeguata formazione.

All'interno del Servizio Psichiatrico diagnosi e Cura queste figure collaborano per creare un clima di accettazione e collaborazione, partecipando con il personale del reparto a progetti personalizzati e attività per/con gli utenti; quando necessario. Inoltre, su indicazione del personale, effettuano anche accompagnamenti intra o extra ospedalieri secondo i progetti terapeutici dei singoli pazienti. La dimensione dell'accoglienza del paziente è particolarmente importante al Centro Salute Mentale, dove gli UFE si occupano efficacemente del servizio «Call-center» e «Front-office», mentre all'interno dell'Area criticità (che collega il Servizio Psichiatrico diagnosi e Cura con il Centro Salute Mentale) gli UFE si affiancano agli operatori nelle situazioni di criticità, dando vicinanza, supporto e opportunità di dialogo, grazie alla loro presenza duratura durante l'orario di servizio diurno. Questi ultimi sono denominati «UFE-crisi» e la

loro attività si svolge sia in autonomia con utenti già noti, assicurando ascolto e supporto in sede e sul territorio che in urgenza in casi «nuovi», grazie alla collaborazione con altre figure professionali (medici e/o infermieri).

I tre «UFE-crisi» quotidianamente a disposizione del Centro Salute Mentale di Trento vengono coinvolti attivamente in situazioni critiche con una frequenza di circa 40 interventi al mese. Sono invece più di un centinaio ogni mese gli interventi che riguardano situazioni di supporto e monitoraggio di utenti non in crisi. Un lavoro che richiede continuità e voglia di «fare assieme», appunto. Nella nostra esperienza l'esempio fornito dagli utenti familiari esperti, figure «alla pari» nelle quali il paziente può identificarsi, aiuta quest'ultimo a sentirsi più responsabile della cura del proprio disturbo e facilita la relazione con i professionisti della salute mentale. Questo a vantaggio di criteri come auto-responsabilizzazione, non-violenza, auto-determinazione, co-gestione e conoscenza della propria malattia, partecipazione al progetto terapeutico, conoscenza di sé, condivisione delle esperienze; condizioni, queste, indispensabili per ottenere una maggior collaborazione degli utenti al processo di cura e creare i presupposti per uno sviluppo positivo dell'individuo.

Bibliografia

Barnes M., Bowl R. (2003), Empowerment e salute mentale. Il potere dei movimenti sociali degli utenti, Trento, Erickson edizioni, pag 79-151

De Stefani R. (2007), Il fare assieme di utenti, familiari e operatori nel Servizio Salute Mentale di Trento. Rivista Sperimentale di Freniatria, 2 (2).

De Stefani R., Stanchina E. (2011), Gli UFE - Utenti e Familiari Esperti. Un nuovo approccio nella salute mentale, Trento, Erickson edizioni.

La lingua inglese: il gold standard nella comunicazione scientifica

Introduzione

In un mondo globale, in cui le distanze vengono appianate da mezzi di comunicazione come internet, tv e telefonia mobile e dove anche le culture delle singole nazioni finiscono per influenzarsi e mescolarsi, la professione dell'operatore sanitario assume una connotazione internazionale importante. Questo sia dal lato pratico, dato che può capitare di ritrovarsi con pazienti di disparate nazionalità, sia da un punto di vista più legato alla ricerca scientifica e alla sua diffusione. Il confronto tra uno stato e l'altro diventa quindi fondamentale per ottenere risultati significativi ed effettivi progressi in campo sanitario; di conseguenza diventa indispensabile anche stabilire un linguaggio comunicativo che sia comune alla maggior parte dei professionisti, il quale non può che essere la lingua inglese.

Una diffusione irrefrenabile

L'inglese è sicuramente la lingua più adatta alla comunicazione globale, in virtù della sua larghissima diffusione nel mondo. L'espansione che essa ha avuto nel corso degli ultimi secoli è dovuta a ragioni di tipo storico, economico, politico e anche puramente linguistico. Dal punto di vista storico è facile comprendere come l'era colonialista sia stata sicuramente la causa principale della diffusione dell'inglese portando questa lingua a conoscenza di molti popoli un po' in tutto il mondo, alcuni dei quali ne han-



no poi fatto la loro lingua nazionale o perlomeno ufficiale. Tra i primi sicuramente l'America il cui sviluppo rappresenta assieme alla rivoluzione industriale e allo sviluppo commerciale dell'impero inglese, i motivi economici e politici di cui sopra accennavamo. La supremazia in entrambi i campi, prima dell'Inghilterra e nell'ultimo secolo dell'America, ha difatti consolidato anche la forza della lingua stessa permettendole di imporsi sulle altre soprattutto ora che il commercio e la ricerca scientifica coinvolgono l'intero pianeta.

Particolare rilevanza hanno avuto le invenzioni del personal computer, dei relativi sistemi operativi e di internet: la loro diffusione globale ha portato tutti coloro che ne usufruiscono per lavoro o uso personale a confrontarsi con la conoscenza della loro lingua madre.

Secondo numerosi esperti, da un punto di vista strettamente linguistico, l'inglese vince grazie ad una ricchezza di vocaboli non paragonabile agli altri linguaggi, ad una costruzione relativamente intuitiva delle frasi e alla velocità di apprendimento.

La lingua gold standard nella documentazione scientifica

Nella comunità scientifica non c'è scienziato né professionista qualsiasi che non si trovi di fronte a testi di fama internazionale redatti appunto in inglese. L'attività traduttiva sempre molto prolifica non supplisce infatti alla necessità sempre più frequente di consultare gli originali in lingua madre, per una comprensione più approfondita e per l'utilizzo di termini specifici che nelle traduzioni perdono significato. A tale proposito per il professionista infermiere diventa essenziale utilizzare strumenti che aiutino a colmare eventuali lacune (dizionari, testi, ecc.).

Ma non solo, basti pensare alla diffusione di riviste scientifiche internazionali e alla realizzazione di seminari, congressi e convegni di livello su vasta scala ed importanza i quali portano alla luce la necessità di utilizzare una via di comunicazione comune a tutti. La diffusione dei risultati delle ricerche inoltre si avvale sempre più di internet per comodità, velocità di scambio risparmiando sui costi e permettendo a gruppi di ricerca residenti ovunque di collaborare e tenersi in con-

tatto in modo costante. È facile comprendere come l'avvalersi di traduttori per comunicare ridurrebbe significativamente il vantaggio offerto da tale mezzo mediatico sia per un rallentamento nella comunicazione, sia per un maggior rischio di storpiamento della stessa.

La ricerca scientifica si sta sempre più spostando dal pubblico al privato, dalle università alle aziende salvo qualche associazione pubblica che persiste per motivi principalmente economici. Gli stati oramai hanno sempre meno fondi da investire, oberati da spese pubbliche consistenti e dall'andamento finanziario internazionale, mentre i privati sono ben disposti a mettere a disposizione i propri soldi per un progresso tecnologico di cui saranno pronti a raccogliere i frutti. Il tutto con conseguenze che vengono continuamente discusse che vanno dal campo etico a quello legale.

È comprensibile come in tale campo la necessità di un canale di comunicazione comune sia ancora più importante e l'inglese risulta essere il migliore. La facilità con cui, grazie al così ampio bacino lessicale, si riescono a trattare gli argomenti più svariati, rende l'inglese perfettamente integrabile con il veloce progresso che la ricerca porta con sé, con il relativo bisogno di esprimere le novità e creare neologismi a seconda delle necessità.

Conclusione

L'importanza di un mezzo di comunicazione comune però non interessa solamente chi svolge e si interessa di ricerca, ma anche chi poi deve mettere in pratica quanto dalla ricerca emerge. Riuscire ad usufruire delle ultime direttive mediche in campo internazionale, saper adottare le linee guida più recenti, mettere in atto misure di prevenzione da poco approvate in altre parti del mondo, questo e molto altro può essere realizzato con tempi molto più brevi se il personale che se ne incarica riesce a risalire alle informazioni necessarie senza passare per traduzioni e traduttori. Diventa così per un'azienda sanitaria un vantaggio consistente il dotarsi di professionisti competenti e in grado di utilizzare gli strumenti più utili, intendendo come strumento anche la lingua stessa.

Tutto quanto detto però, ha bisogno di un presupposto fondamentale per vedere realizzati i vantaggi che l'utilizzo ampio dell'inglese scientifico può portare: che da parte dei professionisti che non sono di lingua madre inglese ci sia comunque una conoscenza più che sufficiente della stessa. L'importanza effettiva è difatti molto maggiore di quanta gliene venga data all'interno di scuole ed università, dove vengono fornite basi sufficienti ma spesso non adeguate alle necessità reali, cosicché molti professionisti che iniziano a lavorare nella ricerca si ritrovano a dover frequentare corsi privati e a studiare da autodidatta per ottenere la padronanza necessaria della lingua.

Ma gli stessi professionisti ancora stentano a considerare fondamentale nella loro formazione un'adeguata conoscenza dell'inglese considerando sufficiente un approccio superficiale alla lingua. Frequentemente questo è dovuto a un'ideologia comune che tende a far considerare ricerca e scoperte qualcosa proprio di scienziati e ricercatori, qualcosa a cui chi lavora non dà troppo rilievo di conseguenza gli operatori sanitari non praticano un interesse costante verso le scoperte e le innovazioni portate dal lavoro dei colleghi, ma attendano che le nuove direttive arrivino sempre e solo dai propri superiori.

La strada è ancora lunga per diffondere l'importanza di una comprensione univoca che, segua la moderna rapidità di divulgazione dei risultati forniti dalla ricerca e, permetta uno scambio continuo e sempre aggiornato di informazioni tra professionisti, allo scopo di migliorare la qualità del servizio proposto. Resta comunque la convinzione che sollevare la questione iniziando a discuterne sia il primo passo per una maggiore e diffusa presa di coscienza.

Bibliografia e sitografia

Del Zotto S. English writing for nursing: l'inglese infermieristico nella ricerca e nella professione. McGraw-Hill, Milano 2007.

The Triumph Of English di Justin Fox su Fortune: http://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune_archive/2000/09/18/287720/index.htm.

Storia della lingua inglese, da Regno Unito: http://www.regnoinito.net/storia_della_lingua_inglese.html.



I corsi ECM e gli eventi formativi del primo semestre 2012

8:30	Registrazione dei partecipanti
9.00 – 9.15 D	Dott. Fanchin Gianmaria: Introduzione al corso
9.15 – 9.45	Prof. Borsato Paolo: "Alla radice del conflitto: il problema irrisolto della gestione del reparto": <ul style="list-style-type: none"> • Complessità del rapporto di interdipendenza inter-professionale • Il problema organizzativo come condizione del buon funzionamento del reparto e base del rapporto inter-professionale • L'allargamento del ruolo medico alla gestione anche organizzativa del reparto • Lacune del governo medico • Effetti controproducenti di una appropriazione unilaterale
9.45 – 10.15	Discussione sull'argomento trattato
10.15 – 10.45	PAUSA CAFFÈ

CORSO ECM GRATUITO
PER TUTTI GLI **INFERMIERI**
DEL **COLLEGIO IPASVI DI VICENZA**
"Medici e infermieri perché sempre in conflitto? Istruzioni per l'uso"
28 gennaio 2012, 8,30 – 13,30
Aula Magna "Onza" - Scuola per Operatori Sanitari contrà San Bortolo – Vicenza
IL PROGRAMMA DEL CORSO

10.45 – 11.15	Dott.ssa Tessadori Beatrice "Quando il conflitto diventa disagio etico" <ul style="list-style-type: none"> • Dilemmi etici e disagio morale: un problema emergente • La difesa dei valori in un contesto decisionale squilibrato • Dicono gli infermieri... • Quanto incide il conflitto sul disagio morale?
11.15 – 11.30	Discussione sull'argomento trattato
11.30 – 12.30	Dott. Fanchin Gianmaria: Tavola rotonda tra docenti, medici, infermieri
12.30 – 12.45	Dibattito con i partecipanti
12.45 – 13.30	Dott. Fanchin Gianmaria: Conclusione della giornata e questionario finale ECM di verifica

È in corso l'accreditamento ECM Veneto.
Modalità di iscrizione: vedi nel retro della copertina della rivista.

XVI CONGRESSO FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI BOLOGNA 22-23-24 MARZO 2012 - PALAZZO DEI CONGRESSI - PIAZZA DELLA COSTITUZIONE

È un evento molto importante che ha visto 5000 infermieri lo scorso XV Congresso, questa volta la Federazione Nazionale del Collegi vuole fare il punto della situazione degli orientamenti della professione; il tema è intrigante, già il titolo è significativo **Professionisti nel cuore del futuro**, ma anche il sottotitolo evidenzia e denuncia **La forza di una nuova cultura del sistema salute**. Siamo d'accordo con la nostra presidente Annalisa Silvestro nel ritenere che la professione infermieristica abbia elaborato un modello concettuale che si mette in stretta relazione con i modelli concettuali già esistenti ma abbiamo anche l'orgoglio di pensare che quello che abbiamo elaborato in questi anni sia effettivamente significativo per poter innovare il nostro sistema sanitario che in questo periodo, a causa delle ristrettezze economiche, vive una fase non brillantissima. Siamo consapevoli della necessità di dovere e volere contribuire affinché siano più efficienti, più efficaci ed ottimizzati i processi di cura e soprattutto i processi assistenziali. Il congresso parlerà di cultura, quanto questa cultura determini il modo di essere dei singoli infermieri nell'ambito di una collettività in relazione alle aspettative che questa collettività ha sulla cultura che i singoli infermieri esprimono. Questa cultura si vuole rendere evidente attraverso la partecipazione attiva di

tutti gli infermieri che vorranno presentare le esperienze, i progetti e le sperimentazioni di eccellenza di tutto il paese e dibattere su come e quanto impatta la cultura, la competenza, la responsabilità degli infermieri nella quotidianità assistenziale, nelle relazioni interprofessionali e per lo sviluppo del sistema sanitario. **Il Collegio IPASVI di Vicenza promuove questa iniziativa offrendo ai propri iscritti**



30 quote di iscrizione gratuite
ti 30 quote di iscrizione unitamente ad un buono pasto. Ogni singolo infermiere può procedere con l'iscrizione all'evento attraverso la modalità online, basterà accedere al sito della Federazione IPASVI www.ipasvi.it dove troverà in home page lo Speciale XVI Congresso, basterà cliccare su **Iscriviti** e compilare il modulo seguendo le indicazioni. In alternativa è possibile inviare a I Viaggi del Perigeo per fax +39 06.89.28.03.93 o per e-mail all'indirizzo congressi.ipasvi@iviaggidelperigeo.it la scheda di iscrizione compilata che potete trovare nella rivista della Federazione **L'infermiere** n. 2 Ottobre 2011 Anno LV (inviata a cassa a tutti gli infermieri). Al rientro dal congresso, con l'attestato di partecipazione i primi 30 infermieri che si presenteranno in sede del Collegio (Viale Trieste 29 – Vicenza) in orario di segreteria (mercoledì 10,00 – 12,00, martedì e giovedì 14,00 – 18,00) potranno ricevere un rimborso a titolo di partecipazione alle spese da parte del Collegio per un totale di 50,00. Affrettatevi!!!! Buon congresso.



COORDINAMENTO NAZIONALE DEI CAPOSALA
Abilitati alle Funzioni Direttive dell'Assistenza Infermieristica
SEDE VICENZA
e il
COLLEGIO PROVINCIALE DI VICENZA

nell'ottica di una sempre maggiore collaborazione tesa a comprendere tutte le componenti della professione infermieristica per il 2012 si propone un evento formativo accreditato ECM che coinvolga i coordinatori infermieristici. Questi, assieme ai coordinatori delle altre professioni sanitarie, rappresentano per i promotori del corso il punto di riferimento sul quale sviluppare la qualità dell'assistenza alla persona.

9 Marzo 2012
ISTITUTO SAVERIANO - MISSIONI ESTERE
Viale Trento, 119 Vicenza

"Il coordinamento infermieristico tra "sogno" e "realtà": aspettative e quotidianità".
La professione tra immaginario e ordinario



La cultura del coordinamento diviene essenziale per affrontare nuove sfide ove quotidianamente si misurano le conoscenze le abilità e le capacità. Costruire identità forti in grado di sostenere da un lato l'ideale professionale e dall'altro l'impatto con il contingente, il quotidiano permette una maggiore adeguatezza del ruolo. È importante fornire spunti e confrontare strategie comuni per costruire insieme una progettualità all'insegna dell'appropriatezza.

Obiettivi del corso

- Riflettere sul ruolo del coordinatore, negli attuali e diversificati contesti organizzativi, in continua evoluzione.
- Ricercare un equilibrio sostenibile tra l'"essere" e il "fare".
- Orientare l'originalità e la responsabilità personale coniugandola all'appropriatezza della competenza professionale
- Individuare le criticità del lavoro per il coordinatore neofita al fine di sviluppare strategie utili al conseguimento dei risultati attesi.

PROGRAMMA

Ore 8,30 – **Registrazione dei partecipanti**
Ore 9,00 – **Saluto delle autorità e Apertura dei lavori**
A.F.D DE TOGNI MARIA GABRIELLA
Presidente CNC Nazionale
A.F.D Meggiolaro Maria Margherita
Presidente CNC Vicenza
Ore 9,30 – Lezione magistrale:
La professione tra "immaginario" e "ordinario"
Guarnier Dr.ssa Annamaria
Ore 10.45 - INTERVENTI PROGRAMMATI
Ore 11.15 – **VIDEORAPPRESENTAZIONE**
Ore 12.00 – **DISCUSSIONE**
Ore 12.30 – compilazione questionari ECM
Ore 13.00 – **Conclusione dei lavori**
Ore 13.30 - **Ligh-lunch**

Destinatari

- Coordinatori infermieristici iscritti e non iscritti al CNC
- Studenti in Coordinamento delle professioni sanitarie
- Coordinatori delle professioni sanitarie

ACCREDITAMENTO

I crediti ECM sono previsti solo per i coordinatori infermieristici

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Vedi ultima pagina della copertina

EVENTI PATROCINATI IPASVI

Il *modulo avanzato* dell'enneagramma qui proposto, riguarda lo studio teorico ed i tentativi di applicazione pratica dell'esercizio del **counseling** (relazioni di aiuto) **nelle dinamiche di gruppo e lavoro in équipe nei diversi ambiti professionali**. Il corso si propone di: prendere coscienza del proprio stile relazionale e comunicativo; mettere a confronto ambiti di conoscenza e strumenti biografici forniti dall'enneagramma e dal *counseling* (relazione di aiuto); migliorare le "dinamiche di relazioni di aiuto" in ambito professionale, nei confronti dei componenti dell'équipe e degli utenti.

L'Associazione Berica Pellegrini Mariani ONLUS Vicenza Italy e l'Associazione Italiana Enneagramma per il 2012 propongono:

19 crediti ECM (16 ore)
"ENNEAGRAMMA e CONOSCENZA DI SÉ" corso base

Per professionisti sanitari e sociali
2-3 marzo 2012
ore 8.30 -17.30
Casa San Bastiano – Vicenza

25 crediti ECM (16 ore)
"ENNEAGRAMMA e COUNSELING (Relazione di aiuto)" corso livello avanzato
Per professionisti sanitari
20-21 aprile 2012
ore 8.30 -17.30
Casa San Bastiano – Vicenza

Per informazioni e iscrizioni
presidenza:
Pelliccia Serenella,
tel. 348 6912024
segreteria:

Castegnaro Maria Rita,
tel. 328 1557414
Cia Omella, tel. 340 2867924
cia.omella@alice.it

Essere o fare il coordinatore?

Report di un coordinatore discendente del corso

Da circa un anno e mezzo ho assunto il ruolo di coordinatore infermieristico dopo una ventennale esperienza di infermiera in area critica.

La mia formazione di base, come caposala, era precedente alla istituzione del master in coordinamento, perciò ho avvertito l'esigenza di seguire alcuni corsi di aggiornamento, fra cui, appunto, l'evento organizzato dal collegio IPASVI di Vicenza: "Essere o fare il coordinatore?", un percorso formativo/esperienziale per lo sviluppo delle competenze gestionali del coordinatore infermieristico.

Il corso si è articolato in tre giornate per una quindicina circa di partecipanti, che sono stati divisi in piccoli gruppi per la compilazione di questionari, l'analisi del loro contenuto insieme ai docenti e la discussione di alcune problematiche che si vivono quotidianamente.

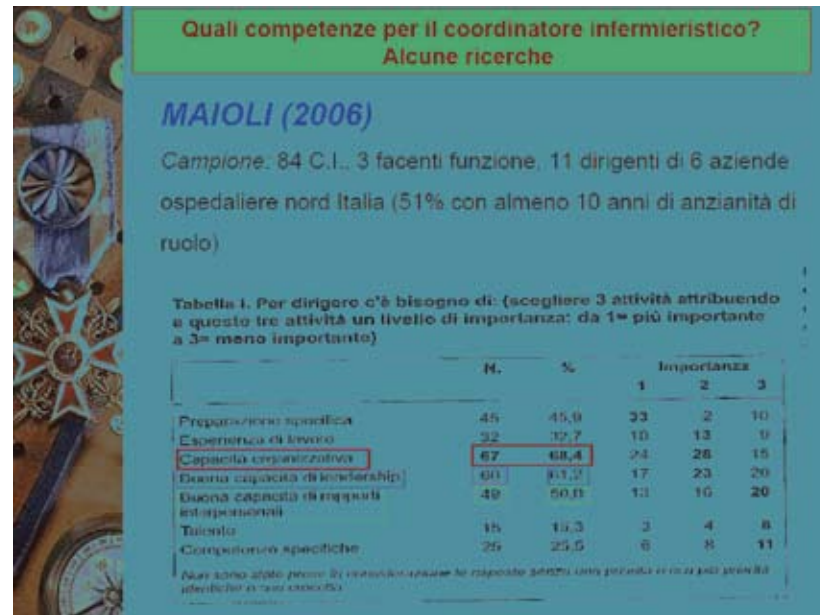
La mia esperienza si è confrontata con quella di molte figure provenienti dalle casa di riposo della provincia.

Le colleghe, come me, hanno sentito la necessità di capire in quale modalità operare e quali elementi aggiungere al fine di riuscire a ridisegnare il proprio ruolo.

Durante i primi due incontri, con la Dott.ssa Boaretto, prima, e il Dott. Copes, poi, i discendenti hanno tentato di prendere consapevolezza di ciò che ciascuno dei presenti affronta quotidianamente. È emerso un quadro un po' confuso, dove il coordinatore sembra non aver confini nel suo ruolo e, di fatto, si presenta come colui che dà "o tutto o niente" a chiunque entri in relazione con lui.

Intervallati ai lavori di gruppi e agli esercizi di role playing, gli incontri sono proseguiti frontalmente, al fine di approfondire i principi del management, della leadership e dei suoi stili, le modalità di gestione dei gruppi, la comunicazione efficace, la motivazione propria ed altrui, i concetti di assertività e di delega.

Durante il terzo incontro, svoltosi a distanza dei precedenti, alcune idee sono maturate nei partecipanti, ovvero sono stati riconosciuti i propri limiti, è stata sentita la necessità di confronto con i colleghi di area, ma, soprattutto, è sorta l'idea che il capo assume una veste di allenatore, sfruttando al massimo le potenzialità derivanti dalla sinergia del gruppo.



I coordinatori, vista la richiesta sempre maggiore di soddisfacimento dei bisogni assistenziali e dei collaboratori, vista la necessità di assolvere ai differenti incarichi di tipo manageriale tipici delle aziende complesse, quali le aziende sanitarie, tra l'altro in un periodo di razionalizzazione delle risorse umane ed economiche, non possono più essere onnipresenti, onniscienti e onniveggenti. Hanno bisogno di creare attorno a sé un intreccio di relazioni di tipo collaborativo con persone autonome e responsabilizzate. Esiste, quindi, la necessità di svincolarsi

del vecchio organigramma piramidale per andare incontro ad una sorte di team building dove non basta la mente del singolo, il capo, ma si richiede l'azione combinata di un gruppo con un capo, un capo che, sì, c'è, ma non si vede.

Tutto il gruppo dei partecipanti ha concordato nel giudicare alto il livello del corso, nel ritenere utile le tematiche trattate tanto che spontaneamente ha richiesto al Collegio un incontro di follow up a distanza e auspica per il 2012 nuove proposte formative per i coordinatori e per gli infermieri sulle stesse tematiche.



L'inserimento dell'Operatore Socio-Sanitario con Formazione Complementare nei Centri di Servizio

Come noto la realtà sociale, economica e legislativa in cui si muovono le Strutture Residenziali ed il personale ivi impegnato sono in continuo mutamento e risulta impegnativo trovare la via per risolvere al meglio ed in sicurezza i problemi organizzativi che ogni giorno si presentano.

Parlare oggi dell'inserimento dell'OSS con FC dei Centri di Servizio Residenziali ha senso sotto due diversi punti di vista:

- la necessità di riorganizzare l'assistenza adeguandola alla maggior complessità clinica degli utenti
- la necessità di ottimizzare la valorizzazione di ogni risorsa umana e professionale utilizzando con efficienza le risorse economiche disponibili

Proprio nella convinzione profonda dell'importanza di trovare risposte ai due aspetti sopra esposti si è deciso di proporre un convegno sulla tematica, in collaborazione con l'UO Residenzialità Extraospedaliera Adulti Anziani dell'Azienda ULSS 5 e tenutosi lo scorso 18 maggio 2011 presso il Centro di Formazione di Lonigo (VI).

Con questa sintesi si vuole cercare di strutturare quanto emerso dall'incontro per condividere le conoscenze e, dove possibile, avviare iniziative di applicazione del modello proposto.

L'OSS con Formazione Complementare è stato pensato come figura di supporto per l'assistenza infermieristica ed ostetrica: secondo la LR 17/2002 l'OSS con FC

coadiuva l'infermiere nelle attività assistenziali in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del personale infermieristico.

Per chiarire al meglio l'ambito operativo delle diverse figure di supporto, i Collegi IPASVI del Veneto elaborarono nel 2005 le "Linee Guida per l'inserimento dell'OSS nel processo di assistenza infermieristica" e inoltre, il Collegio IPASVI di Vicenza sempre nello stesso anno pubblicava le "Linee Guida per l'inserimento dell'OSS con Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria nel processo di assistenza infermieristica". Tali strumenti forniscono una guida decisionale con i criteri da applicare nel processo di attribuzione di attività alla figura di supporto.

In realtà, l'inserimento dell'OSS con FC in ambito ospedaliero è stato subito frenato per le difficoltà di applicazione dei criteri decisionali che rendono fattibile l'attribuzione, in particolare per il processo terapeutico dove sono richiesti: terapie stabili nel tempo, condizioni cliniche del paziente con variazioni nulle, basso livello di autonomia decisionale da parte dell'OSS con FC (è importante sottolineare qui che oggi l'Ospedale è riservato agli utenti in acuto e quindi molto instabili).

Nel contesto delle Strutture Residenziali però questa figura ha cominciato, nel corso degli anni, a trovare i suoi spazi: la presenza di utenti con marcate richieste di Servizi Sanitari e la necessità di adeguare le risposte a tali richieste ha spinto molte organizzazioni a ripensare alle modalità di inserimento di questa figura di supporto all'infermiere purtroppo però seguendo ognuna più la spinta della buona volontà che quella della conoscenza reale e profonda del problema. Da qui la necessità di un momento formativo che fornisse ai Centri di Servizio gli elementi per poter muoversi dentro un quadro legislativo e organizzativo più chiaro.

Punti chiave emersi dall'evento

- La figura dell'OSS è regolamentata dalla LR 20/2001 mentre quella dell'OSS con FC, oltre alla già citata LR 17/2002,

ha come riferimento la legge dello Stato n. 1/2002;

- Non esiste per l'OSS un elenco di compiti dettagliato ma una serie di attività e competenze che richiedono di essere interpretate in riferimento al contesto di applicazione;
- la scelta di utilizzare o meno l'OSS con FC in Struttura dipende soprattutto da elementi dell'organizzazione: la L. 1/2002 riconosce infatti la possibilità di inserimento di questa figura purché si sia in presenza di un contesto organizzativo che ne permetta l'operatività in sicurezza;
- l'OSS con FC può svolgere varie attività su attribuzione dell'infermiere il quale però deve conservarne la supervisione ed il controllo (l'infermiere risponderà del processo mentre l'OSS risponderà dell'attività svolta);
- prima di attribuire un'attività all'OSS con FC ci si deve chiedere se quell'attività specifica, su quell'ospite specifico, in quel contesto specifico è attribuibile a quella persona specifica in sicurezza e senza che l'infermiere perda il controllo del processo assistenziale;
- le figure possono condividere con l'infermiere il passaggio di informazioni delle consegne al fine di ottimizzare l'assistenza e sono vincolate dal Segreto Professionale (alcuni documenti, come ad esempio la cartella clinica dell'ospite, rimarranno comunque di esclusiva competenza infermieristica nel rispetto della Legge sulla Privacy).

In questo percorso organizzativo e mentale risulterà molto utile, oltre al materiale fornito al Convegno, la consultazione delle Linee Guida prodotte dall'IPASVI e facilmente recuperabili sul sito del Collegio di Vicenza.

Si ritiene che lo stabilire ed il condividere queste semplici chiavi di interpretazione del problema trattato possa dare agli infermieri, una volta alleggeriti del "fare", la possibilità di proiettarsi verso una professionalità più mirata alla gestione globale dell'ospite e all'OSS con FC il giusto riconoscimento da parte delle organizzazioni della professionalità specifica acquisita.

Terza edizione di A spasso con ... "Tesi"

Promuovere la divulgazione della cultura infermieristica è uno degli obiettivi principali del Collegio degli Infermieri, infatti per la terza volta dal 2007, premia le migliori tesi di Laurea Infermieristica di primo livello, di Laurea Specialistica e di Master di primo livello in area clinico specialistica, management e ricerca.

Siamo giunti alla terza edizione del concorso provinciale A spasso con ... "tesi", dopo il lavoro di analisi e valutazione degli elaborati della Commissione, il 13 novembre scorso, presso la sede del Collegio IPASVI di Vicenza, si è svolta la cerimonia di premiazione delle due migliori tesi di Laurea in Infermieristica di primo livello anno 2009.

I due lavori premiati hanno affrontato una tematica che sta molto a cuore agli infermieri, migliorare il livello di qualità del processo terapeutico in ambito oncologico:

• **"I cateteri venosi centrali a medio e lungo termine: criteri di scelta in ambito oncologico"** di Longhitano Nunzio Mirko Dario;

• **"La medicina alternativa è efficace nella prevenzione della nausea e del vomito indotti dalla chemioterapia?"** di Zangini Alberto.

Il Collegio vuole offrire la possibilità di condividere informazioni, riflessioni, conoscenze, esperienze e anche emo-



zioni attraverso alcuni strumenti ormai di uso comune come il suo sito web, ma anche più tradizionali come la rivista "Infermieri Informati" e la ricca Biblioteca della sede del Collegio. Il concorso A spasso con ... "Tesi" è un progetto che non solo premia e dà soddisfazione a quanti hanno lavorato con metodo ottenendo risultati meritevoli di divulgazione, ma premia anche attraverso l'inserimento di tutti gli elaborati che concorrono nell'archivio

della biblioteca, inserendone i titoli nel sito del Collegio per poter poi reperire in sede i testi.

L'auspicio è che continuate a partecipare numerosi come sempre alle prossime edizioni del concorso per le quali si suggerisce di visitare il sito del Collegio www.vicenzaipasvi.it dove sarà pubblicato il prossimo bando e nell'area Pubblicazioni - Tesi dove potrete trovare le informazioni sul regolamento del concorso.



I paradigmi educativi nelle professioni sanitarie

La prospettiva pedagogica nella cura

Presentazione

Questo testo nasce dall'esigenza di "costruire uno strumento sincretico (analisi e sintesi) dei vari paradigmi educativi che sottostanno alle professioni sanitarie, orientandone la direzione e fornendo un contributo semantico alle attività.

La disciplina pedagogica, si compone di due istanze:

- la riflessione teoretica classica che si arricchisce di sempre nuovi modelli educativi e didattici forniti dalla ricerca e dalla ricerca - azione

- La seconda istanza, in cui la conoscenza si trasforma in prassi educativa, sviluppandosi sul piano operativo, cercando sempre nuove risposte ai problemi contingenti.

In ambito sanitario, questo connubio può rendersi interessante sia nel momento formativo, sia nel momento professionalizzante di tutte quelle figure sanitarie che ruotano intorno alla persona malata. Creare un ponte tra teoria e prassi e tra pedagogia e assistenza "classicamente intese" sarà un obiettivo arduo che non si esaurirà in queste pagine. Tentare di imprimere una svolta umanistica ed umanizzante alla cultura sanitaria, rappresenta un cardine per l'emancipazione delle professioni, che partendo da un modello meccanicistico, si avvicinano sempre più ad una visione biopsicosociale in cui l'uomo è inteso in senso olistico.

Dall'esperienza acquisita durante anni di insegnamento e vissuta accanto a realtà ospedaliere complesse, posso affermare che sono maturi i tempi in cui il ruolo di ogni figura medica e non, diventa INCIDENTE nel "qui e ora", in relazione alla consapevolezza che non esiste "operare sanitario" senza una prospettiva di tipo educativo - relazionale. Lo scenario futuro si apre alla progettualità creativa del singolo professionista e del gruppo professionale, assumendo quasi un carattere di sfida: una presa di coscienza, sostenuta scientificamente, che aiuti la persona a determinare il senso della propria storia di salute e di malattia.

Introduzione

La pedagogia appartiene a tutte quelle scienze dell'educazione che hanno la loro radice culturale, nelle discipline demantropologiche. Nel processo formativo esse permettono l'acquisizione di una "necessaria capacità critica e di discernimento" degli strumenti culturali, espressivi, tecnologici e applicativi, asserviti ed asservibili alle professioni sanitarie in genere. L'ambito pedagogico, sviluppa le tematiche più attuali e

più spinose riguardanti i rapporti tra scienza - politica - etica - istanze sociali - priorità assistenziali. Sempre più l'operatore, l'educatore, l'infermiere, l'ostetrica, il medico, sono chiamati a vivere il loro "specifico professionale" come "scienza dell'uomo e per l'uomo, in una dialettica storica e prospettica al tempo stesso.

L'idea centrale è quella che "apprendere ad apprendere" non si esaurirà in un periodo scolastico, in quanto come diceva Seneca, "non è sufficiente una vita". I contenuti dei prossimi capitoli sono volti a costituire strumenti cognitivi per dei saperi scientifici in grado di guidare il processo di apprendimento, sia in un iter strettamente didattico, sia in quello "professionale-decisionale", in cui a seconda dei vari setting, occorrono soluzioni creative, metodologie adeguate e tecnologie avanzate. Solo tramite l'utilizzo di appropriati moduli concettuali, si può direzionare la propria attività, elaborare cognitivamente le esperienze, ri-significandole e rendendole applicabili in modo nuovo ad altri contesti. Il fine è quello di raggiungere obiettivi professionali educativi ed assistenziali, attraverso modalità e operatori qualificati e responsabili, animati da una motivazione profonda, capaci di coniugare tradizione e innovazione, pensiero e azione, pedagogia e nursing.

Conclusione

La cura richiede sempre più una prospettiva pedagogica, per essere efficace ed appropriata a completamento di saperi sanitari, sociali classicamente intesi. Alla tecnologia si accompagnano le scienze umane che rendono gli interventi all'avanguardia ma rispettosi dell'uomo nella sua totalità. Una nuova consapevolezza rende il curatore anche educatore in un'ottica di integrazione tra figure diverse. "L'educazione come scienza è paragonabile all'ingegneria come sistema per costruire ponti" - (Dewey 1967)

Gli operatori sanitari da sempre, quotidianamente e continuamente "costruiscono ponti", nel recuperare l'integrità perduta di soggetti che l'hanno persa temporaneamente o per sempre, facendo loro ritrovare il massimo dell'equilibrio e del benessere possibili. Essi tessono relazioni a contenuto scientifico che assumono nella loro natura, alta valenza terapeutica: la relazione diviene veicolo ma anche "core" di vissuti, interscambiati nel momento del bisogno, da persona a persona.

In questo continuo sforzo di "risignificare esperienze" in una ritrovata "rappresentazione del sé corporeo, affettivo e cognitivo" si inserisce il lavoro di cura che accoglie i

bisogni, si prende carico dei problemi, indaga soluzioni, propone strategie e interventi, mettendo al centro l'uomo che di volta in volta diviene: utente, paziente, cliente, discente ma è e rimane semplicemente l'UOMO. Il curante lo aiuta in questa ricerca per un "ritrovare sé stesso" nel corso di una malattia che lo disorienta, nel dramma di un lutto che lo ha colpito, nella devianza di un periodo difficile, nel superare le fasi di cambiamento che fanno paura, nel divenire sempre più autonomo. A gestire se stesso. Creare professionisti competenti e prospettici, adeguati ad affrontare la società fluida di cui facciamo parte, sarà la grande sfida del futuro. La cura pedagogica ha in sé delle potenzialità incredibilmente sorprendenti: risorse umane, modelli operativi, organizzazioni valide, processi comunicativi che possono essere valorizzati grazie al cambiamento, alla metabelletica. Una profonda trasformazione che rende l'uomo meno fragile di fronte alle difficoltà e forse anche più "contento di esistere" (Maritain 1966), se è fiducioso delle sue capacità.

Aiutare in questo percorso di crescita le nuove generazioni è compito degli adulti che devono "indicare la strada", incoraggiare, con creatività e originalità, illuminando i cammini curriculari e rendendoli "intensamente significativi". La cura deve essere avvolta da un nuovo umanesimo laddove si incontrano saperi "alti" e specifici, relazioni terapeutiche empaticamente gestite, persone che operano con una mission speciale: educare originariamente "tirar fuori" la parte migliore di ogni persona, le risorse insperate, le potenzialità residue. Una nuova utopia? No. Una prospettiva possibile ad iniziare da "qui e ora", da ognuno di noi, ciascuno per il proprio ruolo.

Provocatoriamente possiamo affermare che "sono finiti i buoni samaritani e sono arrivati i buoni professionisti".

MARIA MARGHERITA MEGGIOLARO

Nata a Montebelluna Maggiore (VICENZA) nel 1966. Laureata in Scienze dell'Educazione presso l'Università di Padova. Abilitata alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica. Lavora come coordinatrice presso il Poliambulatorio di Vicenza. È docente per la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Verona e Padova - Polo Universitario di Vicenza - di Pedagogia generale e sociale e discipline Demantropologiche, per le Lauree Sanitarie di 1° livello, di Infermieristica e Ostetrica. Si occupa da alcuni anni della formazione degli Operatori Socio-Sanitari nell'insegnamento di "Metodologia del lavoro sociale e sanitario" e "Assistenza all'handicap".





L'uso della siringa cono-catetere quale metodica alternativa all'alimentazione fisiologica

Lavoro presso una struttura residenziale per anziani della provincia.

Recentemente il medico ha prescritto oralmente l'uso della siringa cono-catetere per alimentare un'ospite che non apre volontariamente la bocca per ricevere il cibo.

La prescrizione di questo metodo di alimentazione è stata preceduta dalla valutazione della logopedista per verificare il riflesso della deglutizione. Tengo a precisare che al medico era stato riferito che l'ospite, alla vista del cibo, manifestava agitazione motoria e abbondante sudorazione e le OSS avevano dedotto che quella era da interpretare come un rifiuto del cibo. Avevo chiesto al medico che trascriveva in cartella clinica le indicazioni precise per poterle trasferire a tutti i colleghi nelle consegne. Secondo la mia coordinatrice non serve prescrizione medica scritta ma basta il parere della logopedista. La logopedista si è informata su questa metodica e non esiste attualmente nessun scritto in merito ma afferma che è un'usanza tipica delle case di riposo per evitare il SNG nei pazienti con riflesso di deglutizione e che l'Ente si adopererà per preparare il personale OSS a questa procedura con un corso di formazione interno. La mia domanda è:

- ci sono protocolli o procedure in merito all'uso della siringa per alimentazione

forzata?

- è giusto chiederne la prescrizione medica scritta o basta il parere della logopedista?

- quali sono le conseguenze legali in caso di soffocamento con questo metodo senza prescrizione medica?

So anche che alcuni medici vietano questo metodo perché molto pericoloso.

Grazie e buona giornata

Egregia collega,

La valutazione sulla disfagia del paziente e la relativa prescrizione di una alimentazione tramite sondino naso-gastrico compete al medico. La valutazione deve essere riportata in cartella clinica e l'eventuale decisione di inserimento del sondino assume il rango di prescrizione. Stessa situazione si verifica nel momento in cui il medico - dopo adeguata valutazione - decida di far alimentare il paziente con metodiche di altro tipo, di cui si assume la responsabilità delle decisioni. All'infermiere compete la "corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche" come recita testualmente il profilo professionale dell'infermiere D.M. 19 settembre 1994, n. 739.

Il ruolo del logopedista sulla disfagia risulta quanto meno controverso. Il profilo professionale del logopedista, recepito

con il D.M. 14 settembre 1994, n. 742 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del logopedista" non attribuisce al logopedista alcuna competenza sulla disfagia e sul suo trattamento. Egli svolge la propria attività nella prevenzione e nel trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio e della comunicazione. Non a caso l'attività che più caratterizza l'autonomia e la professionalità del logopedista è quella relativa alla elaborazione del "bilancio logopedico", locuzione utilizzata in luogo di diagnosi logopedica.

Da molti anni i logopedisti si attribuiscono - a volte anche con delle buone ragioni - competenze nel campo della disfagia. Comunque, qualunque indicazione in merito alla valutazione della disfagia e alla prescrizione della modalità di alimentazione deve essere scritta e deve essere assunta in base alle cosiddette evidenze scientifiche.

Un test molto utilizzato e ricorrente nella letteratura clinico-assistenziale anglosassone è quello che prevede la somministrazione di 50 ml di acqua circa in un bicchiere a piccoli sorsi, monitorare il paziente per alcuni minuti e verificare un eventuale ristagno di liquidi in faringe, la presenza di tosse e/o di voce gorgogliante. Se il test con l'acqua risulta negativo si procede poi alla valutazione con acqua gelificata per individuare una eventuale disfagia ai cibi semi-solidi e solidi. L'esito del test fornisce gli elementi per classificare la disfagia in 4 livelli:

1. assente, quando la deglutizione è corretta;
2. lieve, quando il paziente presenta voce gorgogliante dopo la deglutizione di acqua;
3. media, quando il paziente presenta voce gorgogliante e tosse dopo la deglutizione di acqua;
4. severa quando il paziente presenta tosse severa alla deglutizione di liquidi e solidi.

Per un esame più approfondito della deglutizione possono essere utilizzate l'endoscopia flessibile o la video fluoroscopia (il gold standard per l'accertamento della disfagia).

Tutti gli interventi assistenziali ed educativi richiedono un approccio multi specialistico (medico, infermiere, logopedista, dietista, Oss, familiari, ...).



Le conseguenze giuridiche relative al sofferocamento sono presto dette: se vi sono errori e negligenze durante la manovra - sia con che senza prescrizione medica - l'accusa, in caso di decesso del paziente, sarà di omicidio colposo.

Potrà concorrere il medico - laddove esista una prescrizione - se venga riconosciuta sbagliata la sua valutazione sulla disfagia. Fatte queste premesse concludo con le seguenti considerazioni:

1. prima di valutare l'uso della siringa cono-catetere quale metodica alternativa all'alimentazione fisiologica, rifletterei sull'imprescindibile raccolta del **consenso del paziente** a subirla e sul **grado di rischio di complianze** che questo approccio comporta.
2. **non vi sono protocolli** o procedure validate in merito all'uso della siringa per alimentazione forzata ma vi sono evidenze che guidano la scelta degli alimenti nei pazienti con difficoltà alla deglutizione (pasti con cibi semisolidi e aumento della consistenza dei liquidi attraverso l'uso di addensanti per ridurre il rischio di penetrazione nelle vie aeree, corretta postura e setting ambientale adeguato).
3. al pari dell'alimentazione con SNG o PEG, anche l'alimentazione "forzata" con siringa cono-catetere **richiede la prescrizione medica**. Per sua stessa definizione la "prescrizione" è necessariamente "scritta prima".
4. La **responsabilità penale** si riferisce a quei comportamenti, definiti reati, che sono puniti con la sanzione di una pena. Il reato è, a sua volta, definito da una condotta, un evento e un nesso di causalità. La condotta offensiva può essere voluta (dolo) o non voluta (colpa) ma verificatasi per negligenza, imprudenza o imperizia. La negligenza si definisce come un atteggiamento di trascuratezza, scarsa attenzione, mancanza di diligenza, omissione di precauzioni. L'imperizia è caratterizzata da una insufficiente preparazione e capacità che un professionista dovrebbe invece avere. L'imprudenza corrisponde ad un comportamento avventato in cui il soggetto, nonostante l'alta probabilità che il suo comportamento produca un danno, agisce lo stesso. Quest'ultima fattispecie mi sembra più probabile nell'uso della siringa allo scopo di forzare l'alimentazione.
5. La scelta di ricorrere a questo intervento va condivisa, caso per caso, con l'intera équipe assistenziale e va descritta all'interno di un preciso protocollo condiviso e sottoscritto dal Responsabile della struttura.

La Prescrizione telefonica

Sono un'infermiera che opera presso un IPAB. Tempo fa il Collegio ha organizzato un corso di aggiornamento sulla prescrizione e somministrazione di farmaci affrontando il problema sul possibile errore che può sorgere nel capire e somministrare il giusto farmaco prescritto dal medico in modo diverso da quello scritto.

Purtroppo in molte Case di Riposo, come quella in cui lavoro, il medico non è presente fisicamente tutto il giorno, ma mezza giornata e nelle rimanenti ore è reperibile telefonicamente. Se abbiamo un problema, non di massima urgenza (in questi casi ci rivolgiamo al 118) chiamiamo telefonicamente il medico per una consultazione, e a volte esso ci prescrive un farmaco da somministrare. Tengo a precisare che il passaggio dalla forma verbale/telefonica a quella scritta in cartella, spesso si effettua il giorno dopo in quanto il medico svolge attività ambulatoriale. Più volte è stato sollevato il problema proponendo anche delle possibili soluzioni come l'invio di un fax per confermare il nome e dosaggio del farmaco sostituendolo alla prescrizione scritta. Nel frattempo ci fidiamo del medico che lavora da molti anni, ma in alcuni reparti non sempre è così.

Altro modo che abbiamo ritenuto giusto (per modo di dire) è di trascrivere in cartella il nome del farmaco con la dicitura - prescritto telefonicamente -. Cosa posso fare per risolvere questo problema che a mio avviso è abbastanza importante ed è una situazione che con i tagli della sanità potrà solo che peggiorare.

Carissima collega,

non vi è dubbio che il problema sia presente in molte strutture della residenzialità. L'assenza di prescrizione rende **non lecita** la somministrazione da parte dell'infermiere. Da un punto di vista medico-scientifico il medico prescrive un farmaco in seguito ad un processo che può definirsi logico, cronologico e sequenziale.

In particolare giunge alla prescrizione dopo avere attuato le seguenti attività:

- anamnesi del paziente;
- esame obiettivo;
- analisi della diagnostica di laboratorio e della diagnostica per immagini;
- ragionamento diagnostico complessivo e individuazione di una sorta di "graduatoria" e fissazione delle situazioni in "ordine di importanza";
- individuazione di una serie di patologie o di quadri clinici che possono essere inquadrati nel raggruppamento nosologico individuato;
- scelta della diagnosi certa o probabile;
- scelta della impostazione terapeutica.

Il medico al telefono, di fatto, **non opera sui primi tre punti** e quindi sulla parte più importante del ragionamento diagnostico.

La prassi della prescrizione telefonica è pericolosa sotto tutti i punti di vista. In primo luogo per il paziente, che ha diritto ad essere visitato dal medico prima della prescrizione.

È pericolosa dal punto di vista dell'infermiere che si trova, in caso di contenzioso, "scoperto" da un punto di vista probatorio.

È pericolosa, infine, per il medico che si trova a prescrivere dietro una rappresentazione fatta dall'infermiere e non appurata direttamente.

Il Ministero della Salute ha però sancito questa prassi nella Raccomandazione n. 7 del 2007 il cui punto di interesse recita testualmente: "Le prescrizioni verbali o telefoniche vanno evitate e, laddove presenti, **devono essere limitate** solamente a circostanze particolari e in ogni caso **verificate immediatamente** (ad esempio chiedendo al medico di ripeterla) e subito riportate in cartella clinica".

Essendo di fatto ineliminabili in quanto le prescrizioni telefoniche garantiscono la flessibilità in un sistema di regole rigide (per ogni somministrazione di farmaci è necessaria la prescrizione medica) inserite in un contesto flessibile come una residenza (aperta 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno) le cautele adottate sono consigliabilissime e ancora più consigliabile è la sensibilizzazione del gruppo professionale e interprofessionale per adottare quei **protocolli** che la letteratura consiglia in casi simili.



Gli infermieri di Vicenza hanno rinnovato la loro casa!

Negli ultimi anni le attività del Collegio sono diventate tali e tante che abbiamo finalmente dato seguito al progetto che da tempo ha visto un impegno nell'accantonamento di una quota di capitale per rinnovare la sede dal punto di vista strutturale, necessaria conseguenza di una revisione organizzativa che è cominciata qualche tempo fa. Da un paio di anni infatti oltre all'attività di front office, che viene svolta prevalentemente dalla signora Federica, si è reso necessario affiancare una nuova figura di contabile, la signora Francesca, che si occupa oltre che di contabilità anche dell'organizzazione degli eventi formativi.

Non solo le attività di segreteria e di contabilità, ma anche i momenti istituzionali di incontro tra i consiglieri, gli accessi da parte degli iscritti alla biblioteca, gli incontri dei colleghi stranieri che affrontano il riconoscimento del titolo ed entrano a pieno titolo nell'albo degli infermieri sono tutte attività che si intrecciano nei locali della nostra sede e che, ormai inadeguata ad accoglierle tutte, ha assunto una nuova veste.

È nostra intenzione festeggiare con voi l'obiettivo raggiunto e per questo stiamo organizzando l'inaugurazione della nuova sede che proporremo presumibilmente appena dopo l'insediamento del nuovo Consiglio Direttivo.

Vi aspettiamo a questo prossimo appuntamento!

Ricordatevi di visitare il nostro sito www.vicenzaipasvi.it per conoscere la data dell'inaugurazione della vostra nuova casa.



front office



biblioteca



sala riunioni



uffici

È stato rinnovato il sito del Collegio IPASVI di Vicenza

Il sito web è ormai uno strumento di comunicazione fondamentale per ogni Ente: è infatti sempre più importante utilizzare le opportunità offerte dalla rete in modo ottimale per avere successo. Internet consente ad esempio di promuovere in modo efficace ed efficiente la propria attività e i propri iscritti. Un sito web consente un rapido aggiornamento della comunicazione con l'iscritto permette di essere visibili ed a partecipare attivamente alla vita del Collegio IPASVI. Infatti, appartenere ad una professione significa anche dare voce ai professionisti ed è con questo spirito che nell'ultimo triennio è nata l'esigenza di reperire modalità aggiornate di comunicazione e potenziando quelle già esistenti. Per tale motivo abbiamo cercato di migliorare sotto tutti i punti di vista il sito internet del nostro Collegio.

Analizzando le caratteristiche del sito attuale si può notare che nella Home page vi sono dei settori suddivisi in base alla loro funzionalità. In particolare vi sono sei link verticali ("Collegio", "Pubblicazioni", "Servizi", "ECM", "News", "Contatti") ciascuno formulato in base al proprio servizio offerto e di colore differente. La diversità di colore permane anche su altri link e pensiamo che sia utile all'iscritto in modo da facilitare la navigazione.

Dalla Home inoltre è possibile leggere le inserzioni del Collegio IPASVI di Vicenza in merito alle **Comunicazioni** (ad es. l'evento delle elezioni per il triennio 2012-2014, l'Assemblea annuale degli iscritti e tutto ciò che è di interesse conoscitivo per l'iscritto). Da qui si potrà conoscere e accedere ai progetti promossi dal collegio come "A passo con ...Tesi".

A seguire è presente uno spazio deputato alla **Formazione** dove ogni infermiere potrà tenersi aggiornato sugli eventi formativi proposti dal Collegio o patrocinati dallo stesso. Nella Home sono citate le **Convenzioni** che potrebbero essere utili all'iscritto in termini economici in base al servizio offerto con l'istituto convenzionato e l'angolo riservato ai **Link di interesse** come può essere il sito dei concorsi della Regione Veneto, Enpapi, polizze assicurative. Per agevolare anche i colleghi stranieri si è creato un link che porta ad un'area dedicata dove si potranno trovare le norme di riferimento, la procedura per il riconoscimento dei titoli e la modalità per

procedere all'iscrizione all'albo ma anche suggerimenti per affrontare l'esame di italiano e legislazione sanitaria e i materiali su cui preparare la prova. spiegazione per la pratica di riconoscimento dei titoli esteri. Dalla prima pagina è possibile accedere ai numeri, dal 2000 in poi, della rivista "Infermieri Informati", organo ufficiale del Collegio IPASVI di Vicenza. In questo caso è possibile anche il salvataggio della stessa in formato PDF. Sempre presente nella pagina di inizio sono specificati gli **orari di segreteria**. Un'importante particolarità di questo sito rinnovato è l'**Area riservata** per ciascun iscritto. Infatti, prefiggendoci di offrire maggiori servizi e più funzionalità, rispar-

miando del tempo agli iscritti sarà possibile:

- segnalare il proprio indirizzo PEC
- modificare i propri recapiti
- scaricare il certificato di iscrizione all'albo.

Ci siamo resi conto che la costruzione e strutturazione di un sito è molto complessa e comporta molto lavoro a priori, ma può essere davvero un valore aggiunto in termini di condivisione, partecipazione e sviluppo per tutti. In tale ottica saremo grati se ci giungessero dei feedback, rispetto agli elementi positivi e negativi, di questo lavoro in modo da rendere dinamico questo progetto basandosi sulle esigenze dell'iscritto.



Notizie selezionate per voi

E.C.M.



Da Age.Na.S.

Sul sito dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nell'area E.C.M. sono state pubblicate alcune risposte a quesiti sulla quantità dei crediti Ecm da ottenere per il periodo 2011-2013 e sulla percentuale delle varie tipologie di corsi Ecm (Fad, Res, Fsc).

Dubbie perplessità sui meccanismi dell'Ecm e sull'acquisizione dei relativi crediti? Due risposte ad altrettante Faq, da parte dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che le ha pubblicate sul proprio sito www.agenas.it nella sezione "Accreditamento provider" - Faq.

Il primo quesito riguarda i crediti Ecm 2011-2013. Alla domanda:

"I crediti formativi da ottenere sono sempre 150 con un minimo di 25 e un massimo di 75 per anno?"

L'Agenas risponde che "la Commissione Nazionale per la formazione continua ha stabilito in 150 i crediti formativi utili per il triennio 2011/2013, con uno "sconto" di 10 crediti formativi l'anno in favore dei virtuosi. Cioè di coloro che negli ultimi tre anni (triennio 2008/2010) accumulano almeno 90 crediti formativi. La Determina della CNFC deve essere oggetto di Accordo Stato Regione in quanto ricade tra i provvedimenti precettivi per le Regioni".

Alla seconda domanda:

"In che percentuale devono essere acquisiti i crediti (FAD - RES - FSC)?"

L'Agenas risponde precisando che "la Commissione Nazionale non ha stabilito limiti in percentuale per acquisire crediti formativi utilizzando le diverse tipologie formative: residenziale, FAD, FSC. Unico limite percentuale riguarda gli infermieri professionali che possono acquisire con tipologia FAD fino al 60% dei crediti formativi".

Va comunque ricordato che entrambe queste determinazioni devono passare al vaglio della Conferenza Stato-Regioni e ricevere la relativa approvazione.

P.E.C.

La Posta Elettronica Certificata (PEC) è un sistema di "trasporto" di documenti informatici che presenta delle forti similitudini con il servizio di posta elettronica "tradizionale", cui però sono state aggiunte delle caratteristiche tali da fornire agli utenti la certezza, a valore legale, dell'invio e della consegna (o meno) dei messaggi e-mail al destinatario.

Sulla Gazzetta Ufficiale del 28/1/2009 supplemento ordinario n. 14/L è stata pubblicata la legge 28 gennaio 2009 n. 2 sulla "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale". Di particolare rilevanza per i Collegi è quanto riportato dai commi 7 e 8 dell'art. 16:

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

Per maggiori informazioni sulla PEC rimandiamo alla Sezione Posta Elettronica Certificata (PEC) del sito CNIPA, il Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione

Per l'attivazione di una casella PEC gratuita potete rivolgervi all'ENAPI (se siete liberi professionisti) oppure, dal 26/04/2010 è stato offerto un servizio gratuito del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione fornito da Poste Italiane, Telecom Italia e Postecom che consentirà a tutti i cittadini di attivare una casella e-mail gratuita.



Per richiedere l'attivazione del servizio "PostaCertificat@" è sufficiente collegarsi al portale www.postacertificata.gov.it e seguire la procedura guidata che consente di inserire la richiesta in maniera semplice e veloce. Trascorse 24 ore dalla registrazione online ci si potrà quindi recare (entro tre mesi) presso uno degli uffici postali abilitati per l'identificazione e la conseguente firma sul modulo di adesione.

L'elenco degli uffici postali abilitati è disponibile su www.postacertificata.gov.it. Il richiedente dovrà portare con sé il documento originale di riconoscimento personale, utilizzato per la registrazione online, e un documento comprovante il codice fiscale (la tessera del codice fiscale o del servizio sanitario nazionale), lasciandone una copia all'ufficio postale. Al termine della verifica dei dati forniti dal cittadino e della sottoscrizione del modulo di adesione per l'attivazione del servizio, la casella "PostaCertificat@" sarà pronta all'uso.

Altri Enti che offrono la possibilità di attivazione della casella e-mail certificata gratuita sono: INPS o ACI (Automobile Club d'Italia).

Una volta ottenuta la casella, siete gentilmente invitati a comunicarla entrando nel sito www.vicenzaipasvi.it seguendo le indicazioni che troverete nell'area riservata.

Assicurazione Coordinatori e Dirigenti Infermieristici



Da FNC

Obbligo per gli infermieri libero professionisti di stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale come definito nella "Manovra Finanziaria" L. 147972011 n. 148 da ultimo emanata dal Governo.

È necessario che **tutti** gli infermieri che hanno un rapporto diretto con i pazienti - sia come dipendenti di un ente (pubblico o privato) che come liberi professionisti - stipulino una polizza assicurativa per la responsabilità professionale in quanto:

- 1) se i liberi professionisti potranno essere chiamati in causa direttamente dai pazienti,
- 2) i professionisti dipendenti potranno essere sottoposti ad una azione cosiddetta "di rivalsa" da parte dell'Azienda/Struttura da cui dipendono.

È altresì importante che anche i dirigenti e i coordinatori infermieristici contraggano una specifica polizza assicurativa per la cosiddetta "Responsabilità patrimoniale" necessaria a coprire i danni patrimoniali causati all'Azienda e per i quali l'azienda stessa dovrà parimenti esercitare una azione giudiziaria "di rivalsa".

Di seguito alcune situazioni che possono

determinare danni patrimoniali all'Azienda sia in termini di maggiori spese che in ammende eventualmente comminate e di cui potrebbero essere responsabili i soggetti che hanno preso parte al processo decisionale:

- partecipazione a commissioni tecniche che prendano o orientino decisioni implicanti spese
- mancato esercizio dell'azione disciplinare
- smarrimento di documentazione clinica
- responsabilità che emergano avanti il giudice del lavoro in particolare per cause che riguardino riconoscimento di mansioni, indennità oppure trasferimenti illegittimi
- illegittimità di accordi sindacali sottoscritti che abbiano causato un danno all'Ente
- responsabilità per sanzioni a seguito di controlli dell'ispettorato del lavoro
- responsabilità per pareri conferiti ad altre strutture da cui sia derivato un danno (incarichi art. 53 del d.lsg 165/01; fatture società interinali che dovessero risultare non economicamente rigorose...)
- applicazione di leggi in tema di organizzazione del lavoro quali D- Lgs 196/03

(Privacy) D. Lgs. 81/08 (Sicurezza sui luoghi di lavoro)

- assegnazione di erogazioni pubbliche quali borse di studio

Nel sito www.ipasvi.it potrete trovare nel riquadro IN EVIDENZA la Nuova assicurativa sulla responsabilità patrimoniale per colpa grave rivolta ai dirigenti infermieristici.

La Federazione nazionale Ipasvi ha attivato una nuova Convenzione assicurativa volta a garantire la **Responsabilità patrimoniale per colpa grave**: questa garanzia è particolarmente utile per chi si trova in posizione apicali e, quindi, più soggetto a rischi patrimoniali (intendendosi per tali i pregiudizi economici che si possono cagionare all'ente che non derivano da danni a persone o cose) piuttosto che materiali (i rischi garantiti dalle normali polizze di RC Professionale).

Le condizioni ottenute sono molto favorevoli, sia in termini economici, sia per i vantaggi che una Convenzione "IPASVI" può significare in termini di difesa della categoria.

In questo modo si ritiene di offrire un insieme di garanzie completo a tutti gli iscritti.

Le modalità di adesione e la documentazione possono essere ottenute:

- contattando il **numero verde 800-637709**
- inviando una mail all'indirizzo it_affinity@willis.com **hiesta informazioni** al numero **011-2443464**

Quota associativa annuale Collegio Ipasvi



Già dall'anno scorso è possibile effettuare il pagamento della quota associativa annuale con una nuova modalità con

BONIFICO BANCARIO

CODICE IBAN: IT97 N076 0111 800 00002.2648.323 (INDICARE NELLA CAUSALE DI VERSAMENTO IL NOME DELL'ISCRITTO)

Rimane invariata la modalità con **BOLLETTINO POSTALE PREMARCATO** (pagabile presso qualsiasi Ufficio Postale)

NOTE IMPORTANTI La quota dovrà essere versata entro e non oltre il **31/03/2012** dopo questa data, per questioni contabili potrà essere richiesto un contributo spese per l'avvio della procedura di recupero quote morosità.

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuto di Versamento - BancoPosta		CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuto di Accredito - BancoPosta	
CC n. 22648323	di Euro 46,00	sul C/C n. 22648323	di Euro 46,00
inlestato a: COLLEGIO PROVINCIALE I.P.A.S.V.I. DI VICENZA		INTERATO A: COLLEGIO PROVINCIALE I.P.A.S.V.I. DI VICENZA	
eseguito da: [redacted]		ESEGUITO DA: [redacted]	
VIA [redacted] 28		VIA [redacted] 28	
36010 [redacted] VI		36010 [redacted] VI	
Scadenza: 31/03/2011		Scadenza: 31/03/2011	
COD. FISCALE: [redacted]		COD. FISCALE: [redacted]	
QUOTA ANNUALE 2011		QUOTA ANNUALE 2011	
BOLLO DELL'UFF. POSTALE		BOLLO DELL'UFF. POSTALE	
[QR Code]		[Barcode]	
Poste		Poste	
DF1101444890010001 01 01072607 240 P. 2/2		<000211000031780020> 00000046+00> 000022648323< 896:	



Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza

MODULO DI ISCRIZIONE AI CORSI



Corso gratuito solo per gli infermieri del Collegio di Vicenza

Modalità di iscrizione:

- ▼ Prima di effettuare l'invio di dati per l'iscrizione, telefonare in Collegio al n. tel. 0444.303313 il martedì, il mercoledì e il giovedì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 e dalle ore 15.00 alle ore 17.00 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 ecm.ammin@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, l'indirizzo e-mail e il profilo lavorativo.



Attenzione:

- ▼ Verranno accettate iscrizioni fino ad esaurimento dei posti disponibili.
- ▼ L'accettazione dell'iscrizione al corso è subordinata al pagamento della quota annuale di iscrizione al collegio.

Dati corso*

Iscrizione al Corso gratuito solo per gli infermieri del Collegio di Vicenza "Medici e infermieri perché sempre in conflitto? istruzioni per l'uso"



Crediti ECM: in accreditamento

Docenti: Prof. Paolo Borsato - Dott.ssa Beatrice Tessadori

Sede: Aula Magna "Onza" Scuola per Operatori Sanitari - contrà San Bortolo - Vicenza

Sabato 28 gennaio 2012 - 8,30 / 13,30

Apertura iscrizioni: a partire dal 3 gennaio 2012

* I dati relativi ai corsi potrebbero subire delle variazioni, fare riferimento al sito www.vicenzaipasvi.it per gli eventuali aggiornamenti.

Modulo di iscrizione valido solo per il corso gratuito "Medici e infermieri perché sempre in conflitto? istruzioni per l'uso"

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) _____

Ai sensi del DLgs. 196/2003, autorizzo il Collegio IPSVI 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

Corso per Coordinatori Infermieristici

Per l'iscrizione al corso gli iscritti CNC riceveranno l'invito con allegato il modulo di iscrizione. Per tutti gli altri fare riferimento alla segreteria organizzativa:
 Coordinamento Caposala Provincie di Vicenza
 C.I. Maria Margherita Meggiolaro 0444.752344
 Coord.poliambslucia@ulssvicenza.ita e ai coordinatori aziendali refernti CNC

C.I. Antonia Cesta tel. 0444/753464
 C.I. Annamaria Carollo tel. 0444/752878
 C.I. Maria Teresa Permechele tel. 0444/753782
 C.I. Roberta Sartori tel. 0444/753132

Dati corso*

Iscrizione al Corso per Coordinatori Infermieristici

Il coordinamento infermieristico tra "sogno" e "realtà": aspettative e quotidianità

Crediti ECM: in accreditamento

Docenti: Dott.ssa Annamaria Guarnier - Dirigente del Servizio Infermieristico presso la Direzione Cura e Riabilitazione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Sede: Istituto Saveriano - Missioni Estere - Viale Trento, 119 Vicenza

Venerdì 9 marzo 2012 - 8,30 / 13,30

Apertura iscrizioni: a partire dal ricevimento dell'invito da parte del Coordinamento Caposala e dalla pubblicazione sul sito www.vicenzaipasvi.it

Quota di partecipazione: Iscritti al C.N.C. € 15 - Non iscritti € 50 - Studenti € 50

* I dati relativi ai corsi potrebbero subire delle variazioni, fare riferimento al sito www.vicenzaipasvi.it per gli eventuali aggiornamenti.