

INFERMIERI

informati

notizie dal Collegio IPASVI di Vicenza



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

ISSN: 1721-2456

Anno XIII - Numero 1
GENNAIO-APRILE 2012

www.vicenzaipasvi.it

12 maggio 2012

Giornata internazionale dell'infermiere
"CRESCERE CON GLI INFERMIERI"



Elezioni del Comitato
Centrale e Revisori dei Conti
2012-2014

ATTUALITÀ
Nuovo team di
rappresentanza
del collegio
IPASVI di Vicenza

A PAG. 3

ATTUALITÀ
Notizie dal
Congresso:
intervista
ad Annalisa
Silvestro

A PAG. 6

AGGIORNAMENTO
I corsi ECM
per il secondo
trimestre 2012

A PAG. 10

APPROFONDIMENTO
La sanità
scoppia. Arriva
l'infermiere di
comunità

A PAG. 14

NORMATIVA
L'angolo
giuridico:
interpretazione
dell'ECG e
Competenze OSS

A PAG. 24

www.vicenzaipasvi.it

vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it



Infermierinformati

ISSN 1721-2456
Quadrimestrale, anno XIII – numero 1

Direttore responsabile
Fanchin Gianmaria

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

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

Progetto grafico
ErgonProject – Vicenza
www.ergonproject.it

Stampa
Grafiche Simonato Snc - Fara Vic.no (VI)

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

Foto:
Archivio Ipasvi Vicenza e Gianmaria Fanchin

**Norme editoriali
per le proposte di pubblicazione**

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

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

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

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

Ogni pagina dovrà essere numerata e nella prima dovrà comparire:

- titolo dell'articolo;
 - autori (nomi completi e qualifiche professionali);
 - data di completamento del lavoro;
 - recapiti per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail).
- La bibliografia va inserita nell'ultima pagina rispettando i seguenti criteri:

- per le riviste: cognome e nomi degli autori, titolo dell'articolo, nome della rivista, numero e anno di pubblicazione;

- per i libri: cognome e nome degli autori, titolo del libro, casa editrice, anno di pubblicazione;

- per gli atti: titolo dell'evento, città, data.

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

Il materiale inviato non verrà restituito in alcun caso.

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

Infermierinformati SOMMARIO

IL CORAGGIO DEL CAMBIAMENTO...	3	IL COORDINAMENTO INFERMIERISTICO TRA SOGNO E REALTÀ: LA PROFESSIONE TRA IMMAGINARIO E ORDINARIO	18
ELEZIONI RINNOVO TEAM DI RAPPRESENTANZA COLLEGIO IPASVI VICENZA	4	IL DISAGIO FISICO E PSICO-SOCIALE NELLA PERSONA CON MANIFESTAZIONI CUTANEE INDOTTE DA FARMACI BIOLOGICI. UNA INDAGINE ESPLORATIVA.	19
NOTIZIE DAL CONGRESSO NAZIONALE UNA SINTESI DEGLI INTERVENTI	5	L'INFERMIERE GARANTISCE LA CORRETTA APPLICAZIONE DELLE PRESCRIZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE	23
INTERVISTA ALLA PRESIDENTE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI	6	CONFERENZA STATO/REGIONI 22 FEBBRAIO 2001. IL PROFILO PROFESSIONALE DELL'OSS	24
CRONACA DI UN EVENTO: ELEZIONI DEL COMITATO CENTRALE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE	8	LA RELAZIONE DEL TESORIERE ALL'ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI DEL 28 GENNAIO 2012	25
A SPASSO CON... LE "TESI" PREMIATE	9	FRESCO DI ...LETTURA	31
I CORSI ECM E GLI EVENTI FORMATIVI DEL 2012	10		
I SERVIZI SANITARI SOMMERSI DA UNA DOMANDA DI CURA E ASSISTENZA IN CONTINUA CRESCITA. COSA FARE PER UN PROBLEMA NON PIÙ SOTTO CONTROLLO?	14		



Il coraggio del cambiamento...

Cari colleghi, si è recentemente concluso il XVI Congresso Nazionale IPASVI tenutosi a Bologna il 22,23 e 24 marzo 2012, con la presentazione di una mozione conclusiva da parte della Presidente Annalisa Silvestro densa di contenuti significativi per la nostra professione. Di seguito alcuni passaggi significativi:

"Gli infermieri italiani... chiedono:

- la ridefinizione e il riconoscimento del ruolo degli infermieri per la presa in carico e la continuità assistenziale in ospedale, sul territorio e fra ospedale e territorio;

- l'orientamento all'assistenza infermieristica nel territorio secondo le logiche dell'infermieristica di famiglia, dell'integrazione socio-sanitaria e della complementarietà dell'esercizio libero professionale infermieristico;

- il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze infermieristiche esperite, specialistiche e della consulenza infermieristica".

Le prime due asserzioni sottendono ad una attenta riorganizzazione della risposta "sanitaria" nel territorio, visto e considerato l'aumento ricorso negli ultimi anni ai servizi di emergenza-urgenza sempre più intasati e per tanto a discapito di una qualità di prestazione rivolta ai pazienti stessi - si stima che nel 2011 gli accessi al Pronto Soccorso siano stati circa 23 milioni - .

La terza affermazione evidenzia in particolar modo una sorta di trascuratezza da parte del Sistema Sanitario Nazionale al riconoscimento del significativo apporto che la professione infermieristica offre per una garanzia di qualità assistenziale, ponendosi anche a supporto di altre professionalità in qualità di consulente specialistico ed esperto. Doveroso peraltro sottolineare come i temi contenuti negli stralci proposti nella mozione di Bologna siano di interesse e di spunto anche per la nostra politica regionale: infatti, il nuovo Piano Socio Sanitario della Regione Veneto, in via di approvazione, contie-

ne al suo interno precisi riferimenti alla valorizzazione del ruolo dell'infermiere, identificato come colui che "nel prendersi cura autonomamente del processo di *nursing* nell'ambito del percorso assistenziale svolge oltre modo la funzione anche di *case manager*...".

Di fatto noi siamo consapevoli che gli infermieri nel loro quotidiano agire, da sempre si prendono cura in modo autonomo del paziente attraverso l'applicazione del processo di assistenza infermieristica, metodo operativo peculiare della professione.

Ma da una prima lettura del PSSR, sembrerebbe trasparire una proiezione nell'indirizzare l'infermiere ad un ruolo "altamente" gestionale di presa in carico del paziente.

A mio modesto parere, bisogna necessariamente fare attenzione a quanto si andrà a delineare per non rischiare di intraprendere una strada che potrebbe portare alla "strumentalizzazione" delle competenze professionali, con il solo fine di tamponare situazioni critiche come l'attuale diminuzione del numero dei medici che peraltro risulta ancora superiore alla media europea.

Va ricordato che il ruolo, la competenza, la responsabilità e il profilo giuridico delle diverse figure professionali che interagiscono nell'assistenza al cittadi-

no (in particolare per l'infermiere ed il medico) sono ben definite e distinte.

Su questo non si incorre in generalità di valutazione.

Si è quindi assolutamente concordi sulla necessità di operare oggi più che mai un cambiamento che pone alcuni quesiti sulle strategie da adottare e se e con quale coinvolgimento da parte dei professionisti direttamente interessati...

È chiaro che il Collegio IPASVI assume ed assumerà un ruolo di costante vigilanza affinché quanto prospettato a livello regionale non rimanga fine a se stesso, per non incorrere in cosiddette frasi ad effetto che inducono i professionisti e i cittadini ad una confusione nella terminologia delle parole, secondo una propria interpretazione personale che non sempre risulta essere appropriata al contesto che si va a trattare.

Colgo infine l'occasione per ringraziare tutti coloro che hanno preso parte alle elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo per la fiducia riposta nel gruppo di rappresentanza eletto, e non solo anche ai molti che avrò il piacere di conoscere per un confronto vis-a-vis informando che lo stesso è già attivo a pieno regime per perseguire quanto previsto dai fini istituzionali.



Elezioni rinnovo **team di rappresentanza** Collegio Ipasvi Vicenza

Nei giorni 28, 29 e 30 gennaio scorsi si sono tenute le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti del Collegio IPASVI di Vicenza per il triennio 2012 - 2014.

Con il diritto di voto gli infermieri appartenenti al Collegio provinciale hanno espresso la loro volontà che ha consentito, dopo lo spoglio delle schede elettorali, di individuare i quindici infermieri chiamati a far parte dell'organo di rappresentanza professionale.

Nel corso della primo Consiglio Direttivo, tenutosi giovedì 2 febbraio u.s., dopo che tutti i 15 convocati hanno sottoscritto l'accettazione all'incarico, si è proceduto a definire e nominare, come previsto dal regolamento, le figure istituzionali di presidente, vicepresidente, tesoriere e segretario.

A seguito dello scrutinio il nuovo Direttivo risulta così definito:

CARICHE

Presidente: Federico Pegoraro, infermiere coordinatore Centro Formazione AULSS 5 Ovest Vicentino

Vicepresidente: Gianmaria Fanchin, infermiere coordinatore Emodinamica AULSS 6 Vicenza

Tesoriere: Sonia Dal Degan, infermiere coordinatore ADI AULSS 6 Vicenza

Segretario: Barbara Pozza, infermiere Ambulatori Cardiologia AULSS 5 Ovest Vicentino

CONSIGLIERI

Leila Barreto, infermiere Pediatria AULSS 5 Ovest Vicentino

Stefano Bigarella, infermiere SUEM AULSS 6 Vicenza

Sonia Cappozzo, infermiere DH Urologico AULSS 3 Bassano del Grappa

Luca Franzè, infermiere Terapia Intensiva AULSS 6 Vicenza

Olga Gomitolo, infermiere Sanità Penitenziaria AULSS 6 Vicenza

Simone Maccà, infermiere Psichiatria AULSS 6 Vicenza

Lucia Maron, infermiere Pronto Soccorso AULSS 6 Vicenza

Valeria Rossetto, infermiere coordinatore Chirurgia AULSS 6 Vicenza

Stefania Rossi, infermiere coordinatore Sanità Penitenziaria AULSS 6 Vicenza

Matteo Storti, infermiere Centro Formazione AULSS 5 Ovest Vicentino

Fabio Vicariotto, infermiere coordinatore Servizio Professioni Sanitarie AULSS 6 Vicenza

Risultano eletti per il Consiglio dei Revisori dei Conti:

Effettivi

Lucina Artuso, infermiere Coordinatore,

Giampietro Dal Cengio, infermiere SUEM AULSS 6 Vicenza

Luigi Donà, infermiere coordinatore Gruppo Operatorio AULSS 6 Vicenza

Supplente

Roberto Guerra, infermiere libero professionista

Dopo l'insediamento il nuovo team di rappresentanza ha già dato avvio alle attività istituzionali, definendo gli obiettivi da perseguire per l'anno 2012; la modalità operativa è basata sul confronto e la condivisione tra gli elementi del gruppo.

Si invitano tutti i colleghi iscritti ad inviare eventuali proposte ed idee per il perseguimento degli obiettivi comuni alla professione all'indirizzo vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it; quanto pervenuto verrà preso in esame dal Consiglio Direttivo per le opportune valutazioni.





Notizie dal Congresso nazionale

Una sintesi degli interventi

Il XVI Congresso della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi tenutosi a Bologna nei giorni 22, 23 e 24 marzo 2012, ha voluto guardare al futuro dei professionisti infermieri all'interno del panorama sanitario italiano.

Gli obiettivi del congresso sono stati:

- diffondere i progetti e le esperienze di qualità presentate dagli infermieri
- offrire spunti di riflessione su come è cambiata la cultura infermieristica e quali implicazioni ha avuto sull'organizzazione del sistema sanità
- rendere esplicita e visibile la forza della cultura degli infermieri italiani consapevoli oramai del valore della professione e del ruolo svolto dall'infermiere al servizio della collettività e della salute del cittadino.

Il convegno si è aperto, dopo la relazione introduttiva della Presidente Annalisa Silvestro, con l'intervento dell'attuale Ministro della Sanità Renato Balduzzi, il quale ha sottolineato come la figura dell'infermiere stia svolgendo un ruolo centrale nel garantire risposte assistenziali ai bisogni dei cittadini all'interno della governance del sistema salute.

È cambiato il rapporto tra l'uomo e la salute.

L'infermiere in questi anni, come precisato anche dalla relazione di Annalisa Silvestro, ha saputo mostrare le proprie potenzialità nell'esprimere attraverso conoscenze e competenze, il livello culturale raggiunto per costruire, insieme agli altri professionisti della salute, una risposta sanitaria sempre più qualificata ed efficace.

Il Ministro Balduzzi ha poi descritto diversi ambiti in cui il Servizio Sanitario Nazionale si sta muovendo:

- una diversa organizzazione della medicina generale
- l'apertura degli studi medici 24 ore su 24
- lo sviluppo dell'infermiere nel territorio
- l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera per intensità di cure
- la docenza infermieristica nelle università

- i contratti di lavoro che valorizzino le professioni a tutti i livelli e non solo i profili manageriali.

Egli ha inoltre affermato come sia necessario cambiare l'attuale organizzazione del sistema salute se si vuole fare in modo che gli infermieri diventino il fulcro attorno a cui si volgono le cure; occorrerà dare apicalità alle competenze acquisite dagli infermieri e dare loro maggiore centralità nelle cure; riconoscere loro la responsabilità nei processi e nei percorsi assistenziali.

Al congresso sono anche intervenuti personaggi quali Evandro Agazzi, Gianluca Favereo ed Edoardo Manzoni che in una tavola rotonda hanno dibattuto, insieme con Annalisa Silvestro, sui percorsi e i paradigmi della cultura infermieristica, magistralmente moderati dalla giornalista Maria Concetta Mattei. Dal dibattito è emerso come il professionista che lavora a continuo contatto con la malattia debba sapersi rapportare al vissuto di chi è ammalato dove "il modello teorico della salute e della malattia è la ricerca di un nuovo equilibrio"; dove il gesto è ciò che qualifica l'azione dell'infermiere, un gesto competente che risponde alle esigenze della persona.

Attraverso il prendersi cura ed il curare c'è un'arte: è l'arte di amare qualcuno e di adoperarsi per portargli conforto e benessere. Oggi, più che mai, nel processo di cura si deve tenere in considerazione l'assunzione di responsabilità da parte della persona malata unitamente all'atteggiamento umano dei professionisti della salute.

Nella seconda sessione si è parlato della cultura infermieristica attraverso i progetti e le sperimentazioni presentate da numerosi colleghi provenienti da tutta Italia ed in particolare, due momenti sono stati dedicati ai contributi provenienti dagli infermieri pediatrici e dagli infermieri libero professionisti.

Nella sessione pediatrica, Barbara Mangiacavalli, segretaria uscente del comitato centrale, ha introdotto l'apertura dei lavori parlando delle discussioni che si stanno avendo su come e se modificare i profili professionali e pro-

prio in questa prospettiva, se vogliamo parlare di infermieri "up-grading", occorrerà che ci sia qualcuno con competenze e conoscenze che sappia supportare l'infermiere. In questa sessione è intervenuta Carol Hall (Associate Professor, School of nursing Midwifery and Physiotherapy, The University of Nottingham, UK) che ha fatto delle riflessioni sugli impatti nella pratica clinica dell'educazione in ambito pediatrico in Europa che hanno mostrato il ruolo centrale dell'infermiere. Altri interventi di infermieri professionisti dell'assistenza pediatrica, sono stati fatti sull'ambito neonatologico nel percorso nascita.

Sull'esercizio libero-professione sono intervenuti Marina Calderone, Paolo D'agostino, Marco G. Gariglio, M. Teresa Pegoraro e Mario Schiavon presidente dell'ENPAPI.

Nella terza sessione Giorgio Casati, Direttore Pianificazione strategica dell'Università Cattolica Sacro Cuore, è intervenuto parlando della cultura, competenze e responsabilità degli infermieri nella quotidianità assistenziale e nelle relazioni inter-professionali.

È doveroso oggi, conoscere e mappare l'assistenza sanitaria per misurare le organizzazioni e poter in tal modo dimostrare quali cambiamenti si stanno verificando ed in quale direzione occorre investire. Ha parlato dell'importanza delle risorse umane nell'impresa: "se devo gestire un problema assistenziale, dovrà essere affidato ad un infermiere competente, professionista responsabile dell'assistenza infermieristica.

Siamo quindi in un'epoca di grandi cambiamenti nell'organizzazione sanitaria; laddove ci sono situazioni di organizzazione dell'assistenza e di gestione multidisciplinare siamo resi partecipi di risultati di eccellenza dell'assistenza sanitaria.

Come afferma Annalisa Silvestro "il XVI Congresso della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi apre un'altra fase storica del cammino degli infermieri: quella della consapevolezza del proprio valore professionale e della volontà di un impegno ancor più ampio e responsabile".

Intervista alla Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Anche quest'anno, come per il mandato precedente, si è tenuto il Congresso Nazionale IPASVI nei giorni 22, 23 e 24 marzo presso Bologna – Palazzo dei Congressi. A tale evento hanno partecipato tutti i 102 Collegi d'Italia tra cui quello di Vicenza, di fronte ad una platea di oltre 4.000 iscritti, dove sono stati presentati e condivisi gli obiettivi del prossimo triennio.

In questa occasione abbiamo intervistato la Presidente della Federazione Nazionale IPASVI, dott.ssa Annalisa Silvestro, formulando 3 domande in parte tratte da un'intervista effettuata al vicepresidente della Federazione, dott. Gennaro Rocco, nello scorso triennio ed in parte costituite con una visione "futura" della professione.

L'intervista è avvenuta il giorno 23 marzo ed il tempo concesso è stato di 6 minuti. Alla Presidente è stato chiesto ed ottenuto il consenso verbale e la possibilità di poterla registrare.

Gli obiettivi dell'intervista che ci siamo prefissati erano i seguenti:

- orientamento della *mission* del Collegio IPASVI rispetto alle considerazioni emerse nell'intervista;
- migliorare la qualità dei contenuti della Rivista del Collegio IPASVI di Vicenza;
- ottenere un parere autorevole in merito a obiettivi, finalità e aree prioritarie del Collegio IPASVI.



I consiglieri Matteo Storti e Sonia Cappozzo con al centro la Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI Annalisa Silvestro

Grazie a questo particolare evento si colgono momenti di riflessione, condivisione di obiettivi e consapevolezza che la professione infermieristica ha fortemente voluto, in una prospettiva di cambiamenti, sotto tutti i punti di vista. Secondo Lei quali potrebbero essere gli obiettivi primari, le linee principali su cui dovremmo impegnarci come categoria professionale e come professionisti della salute?

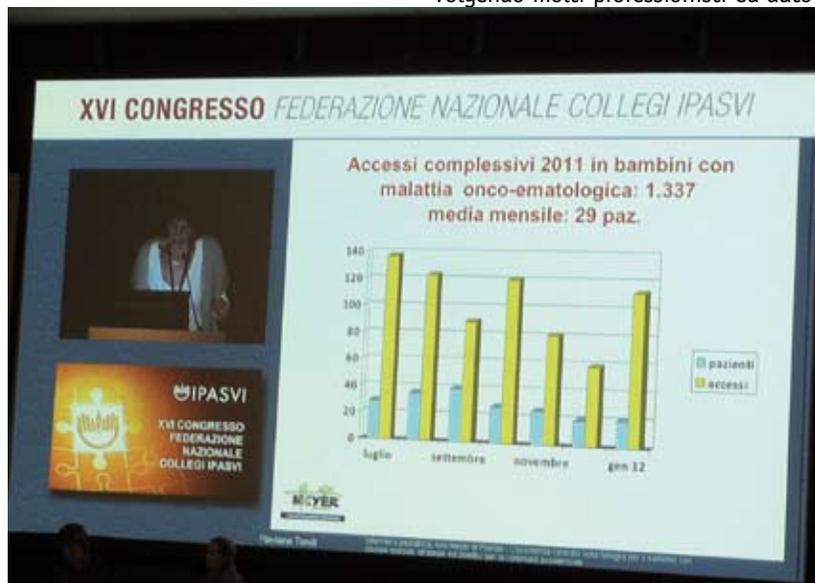
Innanzitutto credo che si possa dire che questo Congresso, molto più degli altri, si è proiettato all'esterno coinvolgendo molti professionisti ed auto-

rità esterne alla professione, in modo particolare la giornata di apertura al Congresso. In questa occasione parliamo di noi, raccontiamo cosa stiamo facendo rispetto a progettazioni e ricerche. La conferenza stampa con la dott.ssa Botticelli per la ricerca fatta con il Censis, è orientata a far capire perché la comunicazione fatta con i mass media trova delle mancanze evidenti nei nostri confronti e soprattutto capire che tipo di immagine hanno degli infermieri gli esponenti dei gruppi politici, basta pensare al video presentato durante gli interventi. Questo obiettivo è rivolto alla nostra collettività per far sapere chi siamo e che cosa facciamo. Di conseguenza gli obiettivi che ci diamo per il prossimo futuro sono:

da una parte quello di continuare ad elaborare propri contenuti specifici peculiari della professione e dall'altra quella di favorire i dibattiti con l'obiettivo quindi di farci conoscere.

Sinteticamente quali potrebbero essere le "armi vincenti" per cogliere l'interesse e la partecipazione alle attività del Collegio da parte dell'iscritto?

La prima cosa che mi viene da dire è che gli infermieri devono iniziare a capire che il miglioramento avviene grazie al contributo di tutti: non si



può pensare che c'è un "qualcuno" che pensa per tutti ma che tutti devono pensare a loro stessi e alla collettività. Bisogna cominciare ad avere la consapevolezza che noi non dobbiamo delegare nulla agli altri, non dobbiamo delegare al politico, al direttore generale, al primario, al sindacalista. Ognuno di noi può fare qualcosa di importante. In Italia siamo oltre 400.000 professionisti, abbiamo sedi provinciali rappresentati dai Collegi IPASVI in tutta la Penisola, dobbiamo quindi cominciare a dare (come singolo) più forza alla professione, partecipare alla vita professionale, coinvolgendo per quanto possibile i tavoli tecnici e di decisione. Ora si tratta di rafforzare la rappresentanza professionale perché le generazioni che hanno portato l'infermieristica fino ad oggi stanno per "uscire"... in modo fisiologico direi... per cui sono le vostre generazioni che dovranno prendersi l'incarico di continuare il miglioramento dell'infermieristica. Questo è l'obiettivo primario.

Secondo Lei quali sono le aree prioritarie di attività del Collegio?

La Federazione sta promuovendo l'aspetto della formazione permanente, della cultura professionale, dello sviluppo di progetti di ricerca, ecc. Tutti elementi essenziali per una crescita della professione anche se tali aspetti dovrebbero essere maggiormente riservati alle Università, alle Aziende, ecc.: chiaro sostenute dai Collegi però



dovrebbero essere maggiormente loro, però ad oggi questo non sempre è possibile ed in questa fase storica è importante dedicarsi a queste aree. Secondo me però il Collegio deve essere sempre più un soggetto politico, deve essere presente nelle decisioni, deve essere visibile nei confronti dell'iscritto e dei cittadini: "deve avere un giornalista che lo segue"... Per esempio quando esce un articolo che

parli di "Infermieri" o "Sanità" il Collegio IPASVI deve dire la sua perché altrimenti come fanno a conoscerci i cittadini. I cittadini invece ci conoscono sul passaparola e sulle capacità tecniche che possediamo (cosa importantissima) ma hanno difficoltà a percepire che anche noi possiamo sostenere un punto di vista magari differente.

XVI CONGRESSO FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI

PROFESSIONISTI NEL CUORE DEL FUTURO

[Guarda i video](#)

Rimborso iscrizione

XVI CONGRESSO FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI

Visitate il sito della Federazione www.ipasvi.it nell'area **IN EVIDENZA** troverete le relazioni, i video e la mozione conclusiva.

Gli iscritti vicentini che hanno partecipato al congresso possono chiedere il rimborso della quota di iscrizione e la quota del pasto per un totale di 50,00 Euro esibendo l'attestato di partecipazione presso la segreteria del Collegio di Vicenza negli orari di apertura al pubblico.

Cronaca di un evento: elezioni del Comitato Centrale del Collegio dei Revisori dei Conti della Federazione Nazionale Collegi IPASVI



Gentili Presidenti,
Cari Colleghi,

17 aprile 2012

Si sono da poco concluse le elezioni per il rinnovo degli organismi dirigenti della Federazione e abbiamo rilevato in questa insolita competizione elettorale come una parte della rappresentanza professionale abbia manifestato la necessità di un cambiamento. Questo è un segnale di disagio e di attenzione che la professione vuole far emergere.

La nostra lista, "Le ragioni del cuore", ha voluto rappresentare questo cambiamento per dare nuovo respiro alla professione infermieristica in Italia, con la passione, la motivazione, l'entusiasmo e il coraggio che ci hanno guidati in queste due settimane e che accomunano ciascuno di noi nel nostro impegno professionale.

Ringraziamo coloro che hanno concesso fiducia al nostro programma e all'intero gruppo: considerando che tutto si è svolto nell'arco di pochi giorni, e non mesi, il disorientamento poteva essere alto. Invece più di un terzo ha riconosciuto il nostro slancio e la nostra voglia di contribuire concretamente alla costruzione del nostro futuro professionale.

Un grazie anche a coloro che pur volendoci sostenere con onestà ci hanno espresso condivisione, e non siete stati pochi, ma impossibilità nel farlo perché tutto si è realizzato troppo in fretta e le scelte erano già state fatte e condivise all'interno dei Consigli Direttivi.

Vi abbiamo comunque sentiti vicini con i vostri sguardi, le vostre parole ed abbracci; ci avete riconosciuto il coraggio di aprire un dibattito democratico che non andrà disperso pur in presenza di un sistema elettorale funzionale ai sistemi di cooptazione. Non è difficile, con le regole attuali, costruire una lista che assicura voti: è sufficiente includere presidenti che possono assicurare un buon numero di preferenze basate sul rapporto di 1 scheda elettorale ogni 200 iscritti e il gioco è fatto.

Un grazie anche a coloro che abbiamo sentito distanti, quasi timorosi del contatto, pronti a giudicare senza la minima curiosità di conoscere, chiusi a qualsiasi possibilità di confronto. Ci siamo proposti a voi con un programma e un gruppo di professionisti portatori di saperi, pensieri ed esperienze diverse, ed è proprio nella diversità e nella pluralità che il pensiero si arricchisce e giunge a sintesi, attraverso prospettive diverse con le quali realizzare gli obiettivi in cui ci siamo riconosciuti e confrontati.

Noi non ci fermiamo, confidando sulla fattiva collaborazione di quanti tra voi ci hanno sostenuti e di quanti vorranno camminare con noi: vogliamo continuare, attraverso il confronto democratico e le azioni concrete, a far crescere la professione infermieristica perché possa esprimere e condividere obiettivi di sviluppo e miglioramento per divenire punto di riferimento qualificato e riconosciuto della sanità italiana.

Con le ragioni del cuore e la forza di un pensiero condiviso.

Antonella Santullo - Giovanni Mutillo - Ermellina Zanetti - Marcello Bozzi - Carlo Celentano Giuseppe Donzuso - Danilo Massai - Nicola Draoli - Francesco Falli - Gianmaria Fanchin - Giovanni Colella

la lista "Le ragioni del cuore"

www.progettoinfermieri.it

Nei giorni 13, 14, 15 aprile u.s. si sono svolte a Roma le elezioni per il rinnovo del Comitato Centrale e del Collegio dei Revisori dei Conti della Federazione Nazionale Collegi IPASVI per il triennio 2012 - 2014.

Un momento importante per tutti gli infermieri che hanno espresso e individuato, attraverso il voto del proprio Presidente del Collegio¹, il gruppo dirigente al quale affidare la guida della professione.

Rispetto agli anni precedenti, per la prima volta nel corso della nostra storia (1950), sono state presentate due liste di candidati. Per la prima volta il voto non è scontato.

Le due liste, una capitanata dalla presidente uscente Annalisa Silvestro², l'altra da Antonella Santullo³, hanno diviso i Presidenti d'Italia. Chi invoca alla fiducia incondizionata ad Annalisa, chi vede nell'alternativa una nuova opportunità.

- 1 Ogni Presidente di Collegio IPASVI ha a disposizione una scheda per votare ogni 200 infermieri iscritti.
- 2 Lista Silvestro: per il C.C. A. Silvestro, C. Carboni, B. Mangiacavalli, B. Mazzoleni, G. Rocco, M.A. Schirru, F. Vallicella. per il CRC: M.G. Bedetti, S. Occhipinti, P. Pateri, I. Rosini.
- 3 Lista Santullo: per il CC: A. Santullo, G. Mutillo, E. Zanetti, M. Bozzi, C. Celentano, G. Donzuso, D. Massai per il CRC: N. Draoli, F. Falli, G. Fanchin, G. Colella.

Di certo questo fenomeno nuovo ha spinto i Consigli Direttivi dei Collegi IPASVI provinciali ad analizzare i programmi pervenuti per apprezzarne potenzialità e limiti e quindi a dover scegliere.

Durante il Consiglio Nazionale del 13 aprile scorso ogni componente della lista Santullo ha presentato una parte di programma e le motivazioni che hanno spinto a scendere in campo. Silvestro ha riassunto gli obiettivi fin qui perseguiti (è al suo 5° mandato consecutivo) e le azioni per portare gli infermieri nel futuro.

Danilo Massai è emozionato, per lunghi anni ha condiviso cammini impervi con Annalisa e vederli contrapposti li mette entrambi in difficoltà. Poco dopo in sede della federazione si aprono i seggi. Si chiudono tre giorni dopo e inizia lo spoglio che dura per tutta la notte.

L'esito delle votazioni conferma più votata la lista Silvestro. Santullo ottiene più del 30% di preferenze a dimostrare che la necessità di attivare un confronto e una maggior partecipazione sui programmi è richiesto da un presidente su tre. Si parte da questo dato di fatto.

L'esito di queste elezioni ci indica una nuova strada da intraprendere, costellata da un sano confronto democratico che farà crescere la professione. Ne abbiamo tanto bisogno.

Ecco i nuovi componenti del Comitato Centrale della Federazione Ipasvi per il triennio 2012-2014

Grande soddisfazione di Annalisa Silvestro, presidente uscente, per il risultato conseguito.

“Più che di continuità parlerei di fiducia. Di fiducia nei confronti del gruppo dirigente uscente e della strategia professionale che abbiamo portato avanti in questi anni”. Così **Annalisa Silvestro** commenta a caldo lo schiacciante successo che ha premiato la lista **Infermieri per il futuro**, di cui è capofila.

“Il nostro obiettivo è stato sempre quello di puntare alla valorizzazione della professione attraverso un suo riposizionamento in campo formativo, organizzativo e assistenziale e con una grande attenzione rivolta al contesto socio-economico attuale - continua - Ringrazio anche a nome di tutta la squadra i Presidenti provinciali che con il loro voto hanno dimostrato di condividere e sostenere questa linea”.

Le votazioni per il rinnovo degli organismi dirigenti della Federazione si sono svolte a Roma dal 13 al 15 aprile. Ecco le preferenze espresse ai candidati delle due liste in campo (si omettono gli elenchi dei candidati che hanno riportato meno di 20 preferenze).

Sulla base dei risultati elettorali gli organismi dirigenti per il triennio 2012-2014 saranno così composti:

COMITATO CENTRALE

Annalisa Silvestro
Gennaro Rocco
Barbara Mangiacavalli
Ciro Carbone
Beatrice Mazzoleni
Franco Vallicella
M. Adele Schirru

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Pierpaolo Pateri
M. Grazia Bedetti
Salvatore Occhipinti
Irene Rosini (supplente)

A Spasso con... le “Tesi” premiate

La medicina alternativa è efficace nella prevenzione della nausea e del vomito indotti dalla chemioterapia?
Tesi di Laurea di Alberto Zangini
Premiato nell'edizione del 2009

Abstract

Background: nausea e vomito risultano essere due tra effetti collaterali conseguenti al trattamento chemioterapico più temuti dai pazienti. Frequentemente viene riferita una riduzione della qualità di vita percepita tale da indurre, in alcuni casi, l'interruzione della terapia. La terapia farmacologica antiemetica continua a progredire ma purtroppo non garantisce una completa remissione del sintomo.

Obiettivo: comprendere se le terapie complementari sono efficaci nella prevenzione della nausea e del vomito indotti da chemioterapia.

Materiali e metodi: è stata una revisione della letteratura sulle seguenti banche dati: PubMed, Cochrane Library, Cinhal. Le parole chiave utilizzate sono state: Chemotherapy, Music Therapy, antiemetic, Reflexology, Muscle Relaxation, Acupressure, Acupuncture, Nausea, Vomiting, Emesis, Alternative Medicine, Complementary Therapy. Successivamente è stato tenuto un confronto con esperti del settore.

Conclusioni: i risultati emersi da questa revisione della letteratura sono a favore dell'utilizzo delle tecniche complementari associate ai farmaci tradizionali. Alcune di esse hanno impatto pressoché nullo sull'organizzazione ospedaliera e sui costi, altre aprono a nuovi scenari del tutto diversi dell'attività di infermiere come libero professionista.

Pazienti in trattamento con cyberknife: la percezione della qualità di cura
Tesi di Laurea di Alice Zulian
Ha partecipato all'edizione 2009

Abstract

Motivazioni ed obiettivi: Il cyberknife come opzione alla normale chirurgia interventistica è un'alternativa di trattamento offerta da pochi centri ospedalieri Italiani. L'obiettivo è quello di capire se il servizio di cura, della realtà di Vicenza, soddisfa i bisogni e le aspettative dei pazienti.

Materiali e metodi: Ricerca qualitativa mediante l'utilizzo di un'intervista ermeneutica semi-strutturata, composta da tre domande guida. Analisi di quindici interviste realizzate a pazienti che presentano tumori cerebrali, che abbiano eseguito almeno un trattamento prima dell'intervista.

Risultati e valutazioni: Le quindici interviste condotte hanno permesso di mettere in luce gli aspetti positivi e negativi del servizio di cura offerto; inoltre ogni paziente ha espresso la sua aspettativa rispetto al trattamento stesso. I dati sono stati riportati sottoforma di categorie. Gli elementi negativi individuati fanno riferimento sia ad aspetti organizzativi del servizio (liste d'attesa troppo lunghe) sia ad aspetti più umani, intesi come desiderio di parlare con figure competenti che li aiutino in questa fase delicata della loro vita. Tutto ciò ha spinto a fare delle riflessioni sulla tipologia di assistenza fornita e questo ha permesso di ipotizzare alcune soluzioni pratiche per migliorare l'assistenza infermieristica fornita.

Conclusioni: Sono state avanzate quattro proposte pratiche da applicare a quelli che i pazienti hanno individuato come elementi negativi. Esse hanno lo scopo di sopperire a certe mancanze per riuscire ad offrire un servizio di cura adeguato rispetto ai numerosi bisogni, sia fisici che psicologici e di supporto, che i pazienti con cancro generalmente hanno.

I corsi ECM e gli eventi formativi del 2012

Per i dettagli di tutte le proposte formative controllare il sito www.vicenzaipasvi.it
Tutti gli eventi sono in accreditamento ECM Veneto.



"Giornata Internazionale dell'Infermiere"
CRESCERE CON GLI INFERMIERI

12 maggio

"Lo sviluppo della cultura infermieristica per il miglioramento dell'assistenza"

EVENTO GRATUITO

Premessa

Il mondo sanitario è in continua evoluzione e oggi, forse più che mai nel passato, si trova di fronte ad importanti sfide.

Infatti, a coronamento di un'evoluzione culturale culminata con l'approvazione di norme che sanciscono il carattere intellettuale, l'autonomia e la responsabilità della professione infermieristica, si stanno sviluppando diverse iniziative a livello nazionale e locale per valorizzarne le competenze.

In coincidenza con la "Giornata internazionale dell'Infermiere" il Collegio IPASVI intende dare evidenza alla cultura prodotta dagli infermieri che determina il modo di essere dei singoli professionisti nell'ambito di una collettività, in relazione alle aspettative che questa collettività ha sulla cultura che i singoli esprimono.

Docenti

Renato Moresco, Infermiere Medicina Interna Azienda ULSS 6 Vicenza
Antonella Mosele, Infermiere Responsabile Coordinamento Assistenziale Residenzialità Territoriale Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa
Lorenzo Musella, Infermiere Pronto Soccorso Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino
Federico Pegoraro, Infermiere Presidente Collegio IPASVI Vicenza
Maria Cristina Polita, Infermiere Referente Area Qualità e Ricerca Servizio Professioni Sanitarie Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa
Luisa Anna Rigon, Infermiere Presidente Scuola Formazione in Agorà
Elio Sartori, Infermiere Cardiologia Azienda ULSS 4 Alto Vicentino
Erika Storti, Infermiere Emodinamica Azienda ULSS 6 Vicenza

Obiettivo

Scopo della tavola rotonda è di presentare ed aprire un dibattito rispetto ad alcune interessanti esperienze professionali sviluppate nel territorio vicentino, in cui il ruolo dell'infermiere interviene in maniera incisiva per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Destinatari

L'evento è riservato a tutti gli Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitarie

ISCRIZIONI

È possibile effettuare l'iscrizione fino ad esaurimento dei posti: da lunedì a giovedì dalle 10,00 alle 12,00 e dalle 15,00 alle 18,00 e venerdì dalle 10,00 alle 12,00 chiamando il numero 0444.303313

Programma dettagliato

- 9.00 Introduzione al corso Il Presidente del collegio Ipasvi Federico Pegoraro
- 9.15 Migliorare la relazione d'aiuto con la persona affetta da demenza in strutture residenziali, mediante l'applicazione sperimentale di un piano assistenziale infermieristico di Antonella Mosele Luisa Anna Rigon
- 9.40 Comunicazione aumentativa-alternativa - Strategie di base per affrontare difficoltà comunicative di pazienti con gravi deficit della parola in ambito infermieristico di Maria Cristina Polita
- 10.05 Censimento degli ambulatori dedicati allo scompenso cardiaco nella Regione Veneto: stato dell'arte di Elio Sartori
- 10.30 Coffee Break
- 11.00 L'utilizzo della tecnica ad ultrasuoni FAST eseguita dagli infermieri del Dipartimento di Emergenza: una revisione sistematica di Lorenzo Musella
- 11.25 Case Manager Infermieristico all'interno di un'Area Medica organizzata per intensità di cure - Dipartimento medicina ULSS 6 di Renato Moresco
- 11.50 Indagine sul vissuto di malattia di alcuni pazienti affetti da sindrome di Tako Tsubo di Erika Storti
- 12.15 Tavola rotonda Moderatore: Federico Pegoraro Relatori: Antonella Mosele, Luisa Anna Rigon, Maria Cristina Polita, Elio Sartori, Lorenzo Musella, Renato Moresco, Erika Storti
- 13.15 est valutazione e gradimento ECM



ULSS 6
VICENZA

CONGRESSO

**Le Cure Palliative
nell'Azienda ULSS n.6
di Vicenza:
la gestione integrata
del paziente a domicilio**

19 maggio 2012
ore 09.00 - 16.30

Azienda ULSS 6 Vicenza
AULA Magna "I. Onza"
Polo Didattico Universitario
(sede corsi di Laurea)
Contrà San Bartolo n. 85

EVENTI PATROCINATI IPASVI

16 giugno 2012 a Vicenza
orario 8.30-13.00

**EVENTO
GRATUITO**

Aula polifunzionale
della Scuola per Operatori
Sanitari – area chiostro - Ospedale San Bortolo

“Il coordinatore infermieristico: Un professionista in continua evoluzione”

con gli psicologi – psicoterapeuti

Dott. Alessandro Copes e la Dott.ssa Marta Boaretto.

CREDITI ECM: evento in accreditamento

per Coordinatori Infermieristici

Dalle ricerche condotte nel panorama italiano emerge che il coordinatore infermieristico è un professionista costantemente alla ricerca di definire la propria identità professionale anche alla luce della sempre più rapida evoluzione del panorama sanitario italiano.

In questo contesto diventa essenziale il continuo aggiornamento delle proprie competenze, sia in ambito tecnico-gestionale che in quello comunicativo-relazionale, in quanto essenziali per espletare al meglio il proprio ruolo di raccordo tra le diverse esigenze all'interno di contesti operativi sempre più complessi.

Il presente corso ha lo scopo di riprendere i contenuti affrontati nelle attività formative promosse dal collegio Ipasvi di Vicenza nel 2011 rivolte ai coordinatori infermieristici. Verranno analizzati, con una ricerca sul campo, le interazioni tra soddisfazione lavorativa e motivazione cercando di individuare i fattori che favoriscono entrambi le dimensioni. La seconda parte del corso verrà dedicata ad esplorare i bisogni formativi dei coordinatori per riuscire a definire in maniera partecipativa i futuri percorsi di aggiornamento sia sotto l'aspetto dei contenuti che di quello metodologico. I partecipanti, attraverso modalità interattive, verranno invitati a diventare co-protagonisti del loro percorso, favorendo lo scambio tra professionisti provenienti spesso da realtà operative differenti.

Il corso è dedicato ai Coordinatori Infermieristici che hanno frequentato le tre edizioni del 2011 del corso: “Essere o fare i coordinatori? Percorso formativo/esperienziale per lo sviluppo delle competenze gestionali del coordinatore infermieristico” che verranno contattati personalmente dalla Segreteria organizzativa del Collegio di Vicenza.

Programma

8.30 – 9:00 Introduzione ai contenuti della giornata.

9,00 – 10,30 Soddisfazione lavorativa e motivazione: una ricerca sul campo

Pausa 10.30 – 10.45

10.45 – 12.30 Valutazione dei bisogni formativi dei coordinatori infermieristici

12.30 – 13.00 Conclusione della giornata e Compilazione dei questionari sull'apprendimento.



“Essere” o “fare” i coordinatori?

Percorso formativo/esperienziale per lo sviluppo delle competenze gestionali del coordinatore infermieristico
Con gli psicologi – psicoterapeuti Dott. Alessandro Copes e la Dott.ssa Marta Boaretto.

CREDITI ECM: evento in accreditamento per Coordinatori Infermieristici esercitanti o in formazione

Costo: 90,00 - per gli iscritti al Collegio Infermieri di Vicenza e 140,00 - per i non iscritti al Collegio di Vicenza.

1° edizione a Thiene

21-28 settembre (8.30 - 17.30)

7 dicembre 2012 (8.30 - 13.00)

(visita il sito www.vicenzaipasvi.it per la sede)

2° edizione a Bassano

12 - 19 ottobre (8.30 - 17.30)

14 dicembre 2012 (8.30 - 13.00)

(visita il sito www.vicenzaipasvi.it per la sede)

La figura del coordinatore infermieristico è tra quelle in più rapida evoluzione nel panorama sanitario italiano degli ultimi anni.

La gestione infermieristica all'interno di un reparto ospedaliero o di una struttura residenziale richiede oramai non solo le “classiche” capacità tecnico-pratiche ma anche e soprattutto abilità organizzative, talvolta manageriali e di sicuro comunicativo-relazionali per far fronte alle molteplici richieste che provengono da interlocutori assai differenti tra loro (la direzione sanitaria, i medici, i colleghi infermieri, gli OSS, i pazienti ed i loro familiari). Il coordinatore infermieristico, attraverso un uso attento della leadership, deve infatti saper orientare il lavoro di ognuno verso il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione utilizzando al meglio non tanto le risorse materiali quanto le energie e le abilità di ciascun componente dell'équipe curante.

Per far questo sono imprescindibili abilità di analisi e problem solving, l'utilizzo di adeguati e flessibili stili di leadership, la capacità di ascoltarsi e di ascoltare le esigenze dei collaboratori così come di portare avanti scelte e strategie condivise.

Il presente corso ha lo scopo, in prima giornata, di accompagnare il coordinatore infermieristico nella presa di consapevolezza delle proprie modalità di leadership, abilità e caratteristiche specifiche, nonché di facilitare una riflessione circa il proprio ruolo professionale nel confronto costruttivo con i colleghi. Sarà infine possibile soffermarsi sul tema delle competenze comunicative utili nel lavoro in équipe.

Nella seconda giornata il focus si sposterà sul potenziare le abilità già possedute e riconosciute come efficaci tentando di modificare quelle invece meno efficienti sul piano della produttività e del clima organizzativo in generale.

A distanza di circa tre mesi da questi due momenti, di carattere esperienziale e formativo, verrà proposto un incontro conclusivo di condivisione dei percorsi avviati volto ad analizzare assieme al gruppo di coordinatori competenze e strategie risultate efficaci nella pratica quotidiana e gli aspetti che richiedono invece di essere approfonditi e migliorati.

OBIETTIVO EVENTO:

Fare migliorare le capacità relazionali e comunicative
Far acquisire competenze per l'analisi e la risoluzione dei problemi nei vari contesti.

Obiettivi specifici

Prima giornata

- stimolare una riflessione sul proprio ruolo di coordinatori infermieristici
- analizzare gli stili di leadership identificando quelli più efficaci
- individuare modalità comunicative che favoriscono l'integrazione e la condivisione di scelte operative nel gruppo di assistenza
- sviluppare la capacità di comunicare costruttivamente le critiche

Seconda giornata

- identificare i principali motivi di conflitto sviluppando la capacità di lettura e di risoluzione dello stesso
- aumentare la capacità di analisi e di miglioramento del clima lavorativo
- identificare gli strumenti più efficaci per motivare l'équipe
- identificare gli strumenti e le modalità per fornire supporto ed aiuto ai coordinatori infermieristici

Terza giornata:

- verificare le abilità acquisite dai singoli partecipanti
- identificare le criticità restanti e alcune modalità operative per il loro superamento

Programma

1° giornata **QUALE COORDINATORE?**

Dott.ssa Boaretto Marta

8.30 – 10.30 Introduzione alla giornata: "Dove si colloca il coordinatore?" Il coordinatore infermieristico: una figura di raccordo tra differenti interlocutori

Pausa 10.30 – 10.45

10.45-12.00 "Che tipo di coordinatore sono?"

12.00-13.00 Analisi delle caratteristiche e degli stili di leadership personali

13,00 – 14,00 Pausa pranzo

14.00-16.15 Gli stili di leadership. Orientamento al compito e alle relazioni: la difficoltà di trovare un equilibrio.

16,15 – 16,30 Pausa

16.30 – 17.30 Le abilità comunicative. Esprimersi in modo chiaro e comunicare costruttivamente le critiche ai collaboratori.

17.30 – 18.00 Conclusione della giornata e Questionario finale di verifica dell'apprendimento

2° giornata **LE RISORSE DEL COORDINATORE**

Dr. Copes Alessandro

8.30 – 9:00 Introduzione ai contenuti della seconda giornata. Il coordinatore come mediatore dei conflitti

9,00 – 10,30 Competenze relazionali nella gestione dei conflitti: tra esigenze di accogliimento e necessità di autorevolezza

Pausa 10.30 – 10.45

10.45 – 13.00 Strategie per monitorare e migliorare il clima lavorativo

13,00 – 14,00 Pausa pranzo

14.00 – 16.15 Il coordinatore come motivatore del gruppo di lavoro

16,15 – 16,30 Pausa

16.30– 17.30 Chi aiuta il coordinatore infermieristico?: risorse formali ed informali.

17.30 – 18.00 Conclusione della giornata. Compilazione dei questionari sull'apprendimento.

3° giornata **IL COORDINATORE INFERMIERISTICO NELLA PRASSI QUOTIDIANA**

Dr. Copes Alessandro e Dott.ssa Marta Boaretto

8.30 – 9:00 Introduzione ai contenuti della terza giornata.
9,00 – 10,30 Condivisione dei percorsi avviati. Verifica delle abilità acquisite e delle criticità restanti

10.30 – 10.45 Pausa

10.45 – 12.15 Strategie per proseguire l'esperienza: percorsi individuali e di gruppo

12.15 – 12.45 Conclusione della giornata. Compilazione dei questionari sull'apprendimento



Come mi iscrivo?

PROCEDURA PER L'ISCRIZIONE AI CORSI ECM DEL COLLEGIO IPASVI DI VICENZA

(procedura da seguire anche per i corsi gratuiti tranne il punto 3 e il punto 4)

- Telefonare al n. 0444-514311** a partire da 30 giorni prima del corso per richiesta disponibilità e conferma IMMEDIATA dell'iscrizione al corso (martedì e giovedì ore 10.00-12.30)
- Dopo aver ricevuto conferma telefonica, **inviare tutti i dati** via mail a ecm.ammin@vicenzaipasvi.it o fax al n. 0444-514311 (come da modulo sul giornalino o sul sito del Collegio)
- Pagare** la quota di partecipazione al corso sul c/c/p n. 53229126 intestato al Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza entro 7 giorni dalla conferma telefonica, (pena l'annullamento dell'iscrizione stessa)
- Inviare copia del bollettino** pagamento effettuato via mail o fax n. 0444-514311

N.B.

- Verranno accettate iscrizioni fino ad esaurimento dei posti disponibili. Le iscrizioni che perverranno prima della data definita non saranno prese in considerazione.
- L'accettazione dell'iscrizione al corso è subordinata al pagamento della quota annuale di iscrizione al collegio.
- Non verranno rimborsate le quote di iscrizione per nessun motivo. Per non perdere la quota di iscrizione sarà possibile effettuare una variazione del nominativo del partecipante, anche in sede congressuale.

Per ogni informazione telefonare alla SEGRETERIA CORSI ECM COLLEGIO IPASVI VICENZA al n. 0444-514311 nei giorni martedì e giovedì ore 10.00-12.30



“Collaborare in equipe: strategie e strumenti per potenziare le risorse del gruppo di lavoro”.

Con gli psicologi – psicoterapeuti

Dott. Alessandro Copes e la Dott.ssa Marta Boaretto.

CREDITI ECM: evento in accreditamento per Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitarie.

1° edizione

4 – 11 ottobre 2012 ad Arzignano

(visita il sito www.vicenzaipasvi.it per la sede)

2° edizione

8 – 15 novembre 2012 a Bassano

(visita il sito www.vicenzaipasvi.it per la sede)

Costo: 70,00 - per gli Iscritti al Collegio IP.AS.VI. di Vicenza e 110,00 - per i non iscritti al Collegio di Vicenza.



Un “gruppo di lavoro” può raggiungere i propri obiettivi professionali solo lavorando in condizioni di “interdipendenza positiva”; diventa quindi necessario acquisire consapevolezza della propria identità professionale e apprendere strumenti che consentano di lavorare facendo dell’eterogeneità (di competenze, di strumenti, di punti di vista, di ruoli) una risorsa. Nella prima giornata verrà stimolata una riflessione relativa alla differenza tra un semplice “gruppo” ed un “gruppo di lavoro”, incoraggiando i partecipanti ad analizzare concretamente il proprio contesto lavorativo, anche con l’aiuto di parametri di valutazione. Si inviteranno i partecipanti a riflettere su ruoli, responsabilità e competenze delle varie figure professionali all’interno dell’équipe. Si cercherà inoltre di sperimentare e confrontare gli effetti di modalità lavorative differenti, suggerendo la necessità, soprattutto in un contesto di cura, di soluzioni di tipo “collaborativo”. Nella seconda giornata verrà quindi affrontata la questione del “come” lavorare in gruppo, approfondendo i temi dell’assertività e della comunicazione efficace. Verranno forniti nuovi strumenti di lavoro orientati ad esprimere critiche o apprezzamenti costruttivi, a migliorare la circolazione delle informazioni, la presa di decisioni e le discussioni all’interno dell’équipe di lavoro. Grazie all’uso di esercizi e simulate, sarà possibile applicare e verificare le abilità apprese durante il corso ricevendo importanti feedback dal gruppo stesso.

Obiettivo evento

Identificare assieme ai partecipanti strategie e strumenti che favoriscano l’integrazione e la condivisione di scelte operative nel gruppo di assistenza in cui si trovano a lavorare. Promozione di una comunicazione corretta ed efficace.

Obiettivi specifici

Prima giornata

- Aumentare la consapevolezza dei ruoli all’interno del gruppo e della differenza tra gruppo e gruppo di lavoro sottolineando le risorse di quest’ultimo;
- Sperimentare le diverse modalità di lavoro e maturare riflessioni circa i relativi effetti;
- Identificare strategie e strumenti operativi che favoriscono l’integrazione e la condivisione di scelte operative nel gruppo di assistenza.

Seconda giornata

- Stimolare una riflessione sui ruoli e le responsabilità delle varie figure professionali;
- Fornire strumenti per una comunicazione efficace ed assertiva all’interno del gruppo di lavoro;
- Elaborare nel gruppo strategie di integrazione professionale orientate ad un più efficace lavoro d’équipe.

Metodologie didattiche

Coerentemente con l’argomento trattato e con le teorie secondo cui l’apprendimento è facilitato in situazioni di sperimentazione in gruppo, verranno utilizzate metodologie che valorizzino e permettano di conoscere le potenzialità del gruppo (esercitazioni in piccoli gruppi, discussioni in plenaria, role-playing). Verranno consegnate le diapositive proiettate durante il corso.

Programma

1° giornata: IL GRUPPO DI LAVORO E L’INTEGRAZIONE PROFESSIONALE Dr. Copes Alessandro

8.30 – 10.30 Introduzione alla giornata. “Le differenze tra gruppo e gruppo di lavoro.”

Pausa 10.30 – 10.45

10.45-13.00 “In che gruppo lavoro?” Partendo dagli aspetti teorici illustrati in precedenza si porteranno i partecipanti a riflettere su quale percezione abbiano del gruppo in cui lavorano evidenziandone limiti e risorse.

13.00 – 14.00 PAUSA PRANZO

14.00-16.15 I ruoli e le dinamiche all’interno del gruppo di lavoro. Leadership autoritaria, permissiva, democratica distribuita. Il clima nel gruppo di lavoro: spunti per una valutazione.

16.15 – 16.30 PAUSA

16.30 – 17.30 Dall’interazione all’integrazione: il lavoro d’équipe. Lavorare in modo competitivo, individualistico cooperativo: esercitazioni pratiche. L’interdipendenza positiva nella pratica professionale.

2° giornata: STRATEGIE DI INTEGRAZIONE Dott.ssa Marta Boaretto

8.30 – 9:00 Introduzione ai contenuti della seconda giornata. Assertività, aggressività, passività

9,00 – 10,30 Esprimere le proprie esigenze senza prevaricare gli altri: l’assertività nella pratica quotidiana.

Pausa 10.30 – 10.45

10.45 – 13.00 Strumenti per una comunicazione assertiva all’interno del gruppo di lavoro. Competenze comunicative: saper formulare una critica costruttiva, saper scegliere lo stile comunicativo adeguato.

13.00 – 14.00 PAUSA PRANZO

14.00 – 16.15 La comunicazione efficace all’interno del gruppo di lavoro: ascoltare, rispondere, esporre, persuadere. La presa di decisioni in gruppo. Le capacità di discussione in gruppo.

16.30– 17.30 Esempi di applicazione delle competenze apprese nella pratica quotidiana.

Pausa 16,15 – 16,30

17.30 – 18.00 Conclusione della giornata. Compilazione dei questionari sull’apprendimento.

La sanità scoppia. Arriva l'infermiere di comunità

I servizi sanitari sommersi da una domanda di cura e assistenza in continua crescita.

Cosa fare per un problema non più sotto controllo?

Il Veneto ha circa 5.000.000 di abitanti che si concentrano fra le 5 province di Padova, Treviso, Venezia, Verona e Vicenza¹. Quest'ultima presenta una popolazione tra gli 800.000 e i 900.000 abitanti.

La caratteristica principale della popolazione veneta è l'invecchiamento, per l'effetto congiunto del calo delle nascite e dell'allungamento della vita media. La componente anziana rappresenta il 20% della popolazione veneta. Ci sono 1.000.000 di anziani, spesso in condizioni di fragilità e più esposta al rischio di patologie croniche, che ricorrono maggiormente ai servizi socio-sanitari. Più del 10% di questi anziani inoltre non dispone di alcun tipo di sostegno (4%) e vive da sola (7%) avvalendosi di assistenza domiciliare non sanitaria o di assistenza a pagamento (da badanti)².

La conseguenza è sotto gli occhi di tutti. Nella nostra provincia i servizi di Pronto Soccorso accolgono anche 300 accessi al giorno e i reparti ospedalieri devono ricorrere costantemente all'uso di letti aggiuntivi, i letti bis, tris con un sovraccarico di lavoro al personale sanitario. Lo scorso anno presso l'ULSS 6 si sono stati 32.500 ricoveri di cui 15.000 provenienti dal Pronto Soccorso.

Un dato interessante viene dalla Regione Veneto che ha rilevato per il 2011 un totale di 1.900.000 accessi ai Pronti Soccorsi di cui 500.000 codici bianchi (patologie impropriamente sottoposte al vaglio della medicina di urgenza-emergenza) e considerato che non vi è una standardizzazione dell'assegnazione del "codice bianco" si stima in realtà questi siano molti di più. Tale ragionamento porta a pensare che una delle cause principali dell'affollamento

dei Pronti Soccorsi sia la mancanza di una risposta/offerta sanitaria adeguata da parte anche del territorio.

Una situazione impegnativa, acuita dalla perdita di 45.000 posti letto per acuti nel corso degli ultimi 10 anni in Italia (passando da 6/1000 a 4/1000 abitanti), a seguito di processi di razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi. Per evitare l'implosione del nostro sistema sanitario diventa necessario rimodulare l'offerta.

Ecco allora che la FIMEUC (Federazione Italiana Medicina Emergenza Urgenza Catastrofi) ha individuato alcune soluzioni efficaci al problema, in parte già sperimentate a livello regionale o avviate a livello nazionale e tra queste vi è la proposta di "potenziare la rete di assistenza Socio-Sanitaria domiciliare, le Unità Territoriali di cure Primarie integrate con servizi diagnostici e specialistici, l'assistenza residenziale riabilitativa in post-acuzie, l'assistenza domiciliare e residenziale per le Cure Palliative".

A tal proposito abbiamo coinvolto la dott.ssa Mara Pellizzari Direttore S.A.I.T.R.A. (Servizio Assistenza Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale) Bassa Friulana di Trieste che ha avuto un ruolo importante per il riassetto della sanità in Friuli Venezia Giulia intervenendo appunto sul territorio ed introducendo l'Infermiere di Comunità. Si tratta di una figura promotrice della continuità assistenziale e dell'integrazione socio-sanitaria che collabora con i professionisti e gli operatori del territorio e che assume un ruolo determinante nella presa in carico dei pazienti dimessi dall'ospedale. Il progetto ha attivato 21 "stazioni" di infermiere di comunità con una copertura di 29 comuni su 31. A seguito dell'introduzione sperimentale dell'infermiere di comunità (a partire dal 2001) nell'ambito dei Distretti dell'Ass 5 "Bassa Friulana", nel triennio 2009-2011, presso gli ospedali di Palmanova e Latisana, si sono registrati 79.397 accessi ai pronti soccorsi con codice

bianco, a fronte delle 97.282 richieste del triennio 2005-2007, con una riduzione di accessi pari al 18,3%. Nel 2011 le persone che si sono recate al pronto soccorso dei due ospedali, per codice bianco, sono state 4.742 in meno rispetto al 2009.

Dott.ssa Pellizzari che cosa si può fare per rimodulare l'offerta del sistema sanitario caratterizzato dall'attuale scenario socio-demografico e epidemiologico con una crisi economica, ancora lontana da l'essere superata.

Oggi la risposta assistenziale a questi nuovi bisogni è parziale e spesso istituzionalizzante, volta a risolvere soprattutto la dimensione fisica del problema. I nuovi bisogni sono di carattere esistenziale e riguardano l'intero "vivere" delle persone, pertanto investono tutte le dimensioni dell'essere uomo: fisica, psichica, sociale, spirituale. Si rende perciò necessaria l'attivazione di nuovi modelli assistenziali che superino la logica prestazionale (prestazione come fine anziché come mezzo) e che garantiscano la "presa in carico" della persona, dei caregiver e della loro situazione.

Se si considera che quasi un terzo della popolazione del FVG è rappresentato dalla fascia d'età over 65 e se a questo si aggiunge che buona parte di essa è affetta da una o più patologie croniche, appare evidente come questa condizione non possa trovare più nella cura l'unica risposta, ma sia invece necessario ripensare l'intera offerta in cui l'assistenza, sia proattiva che reattiva, occupi lo stesso spazio della cura.

Quindi rimodulare l'offerta significa agire sia a livello ospedaliero che territoriale.

La letteratura internazionale indica in modo evidente che l'ospedale deve essere organizzato per intensità di cure e complessità assistenziale e superare la logica del ricovero del paziente in unità

1 Rovigo e Belluno si attestano attorno ai 200.000 abitanti.

2 Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale "Documento a supporto degli indirizzi di Piano Socio-Sanitario 2011-2013 Regione del Veneto".



SANITÀ Il presidente della quinta commissione regionale assicura

Ospedale nuovo «Costi a carico di tutti i veneti»

Per Leonardo Padrin non ci saranno ripercussioni sui servizi. Ma Dalla Via osserva: «I posti letto per abitanti ora sono pochi»

Anna Lirio

«I consensi legati ai finanziamenti privati del nuovo ospedale di Santorso sono gravemente scemati dal territorio ma saranno sostenuti da queste città del Veneto».

Sono le parole di Leonardo Padrin, presidente della V Commissione sulla sanità del Consiglio regionale del PdL, che è sceso in campo all'affollata assemblea pubblica organizzata dalle associazioni Comunità e Patrimo. In movimento per Schio e Uda. Parole che ritengono i sindaci Luigi Dalla Via, Alberto Toldo e Pietro Menzies nella sala del centro parrocchiale di S. Trinità per ascoltare Leonardo Padrin (PdL) e il nuovo nosocomio e al piano territoriale socio-sanitario.

«La quinta commissione», ha detto Grazia, «ha elaborato un documento di analisi dettagliata dei vari project financing realizzati in Veneto dal quale si deduce che ci sono contratti operativi a fronte di un livello di posti letto per abitanti non modificabile. Per fortuna il sistema sanitario di Veneto negli anni ha saputo evolvere e ha investito anche verso l'integrazione socio-sanitaria. Con strutture sanitarie non più ospedale-centriche ma spostate sul territorio. Il ribatteggiamento operante in un ospedale-centrico non può essere il piano».

Leonardo Padrin ha tracciato le linee guida del piano spingendosi sui principali nodi introdotti: «In ospedale si fanno solo quelle prestazioni che non si possono fare altrove, in altre strutture. Questo è il grande cambiamento che muterà il territorio, con gli ospedali di rete e le strutture intermedie».

È stato il sindaco Luigi Dalla Via a prendere sulla necessità del piano dal momento che il nuovo ospedale di Santorso è già attivo: «Nell'Usls siamo ad un livello di posti letto per abitanti molto basso, il nuovo ospedale che ci sono anche i canoni del project financing da pagare», spiega il primo cittadino. «Questo punto abbiamo fretta di realizzare le strategie stabilizzanti di cui siamo sprovvisti».

«Questo territorio appena bitoni con unli o avanzi di esercizio», ha detto Toldo, «ma troppo vite ci siamo dietro "bravi" e non vorrei che alla fine facessimo la figura del finto. Noi abbiamo già razionalizzato la spesa sanitaria al massimo, ora chiediamo che si parli col piano».

I sindaci: «Ora si parla col piano socio-sanitario realizzando le strutture che ancora mancano»

I relatori del convegno sul futuro della sanità territoriale...
La sala parrocchiale di S. Trinità gremita di cittadini...
Ritagliare stampare ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

operative per specialità, in base alla patologia. I pazienti vanno suddivisi in base alle diverse necessità di cura e assistenza. Mi spiego, è diverso il percorso di un paziente autonomo che viene ricoverato per indagini specialistiche rispetto ad un paziente instabile o che necessita di un inquadramento clinico. Vanno differenziati i percorsi, istituendo per i primi strutture diurne (day service) a gestione medico/infermieristica, che accolgono il paziente che deve essere sottoposto ad indagini e corsie privilegiate per i pazienti stabili che vengono ricoverati per un inquadramento clinico per poi mandarlo dal proprio medico curante che, ottenuti i dati clinici, attua il proseguimento della cura. In questo modo si abbattano i costi e non si intascano i servizi ospedalieri.

Un esempio concreto che fa pensare che ci siano ancora margini di intervento in ospedale.

Certamente, definendo i percorsi diagnostico terapeutici per i quadri clinici più rilevanti: BPCO, Ictus, Diabete, scompenso cardiaco stabile e istituendo le funzioni del bed-manager, figura che può essere occupata da un infermiere e che ha la mappatura dei letti in aree determinate, e assegna il paziente al posto letto in base alla bassa, media o alta intensità di cura e complessità assistenziale. Ma devono essere definiti

i percorsi così anche per i pazienti di area critica e per i pazienti di area ambulatoriale.

L'offerta ospedaliera va modificata e a livello territoriale cos'è necessario fare?

È importante attuare la mappatura dei pazienti cronico/ fragili da parte di un'équipe composta dal medico di medicina generale, da esperti dell'area dei servizi sociali e dell'azienda sanitaria. Questa mappatura consente di effettuare un monitoraggio stretto delle condizioni dell'utente e di attivarsi prontamente quando queste condizioni cambiano attivando il MMG e l'ospedale.

Perché nonostante i progressi in medicina il sistema non riesce a fare un salto di qualità e utilizzare appieno le potenzialità dei professionisti della salute, in primis l'infermiere?

Ancora oggi prevale il modello tayloristico, basato sulla divisione del lavoro che vede la prestazione come fine anziché come strumento. Ri-progettare il modello significa lavorare ai bisogni con risposte mirate e per far questo è necessario decentrare il servizio, renderlo capillare attraverso quelli che definisco i nodi di comunità attraverso l'infermiere di comunità e l'assistenza a domicilio.

Può descrivere questo progetto e illustrare le finalità

La **finalità** del progetto Infermiere di

Comunità (IC) è quella di favorire la promozione e il mantenimento della salute della persona, attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace di garantire non solo prestazioni, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi con l'obiettivo finale di accompagnare il paziente nel suo percorso di riappropriazione del proprio progetto di salute e di vita.

Concretamente il progetto **"Infermiere di Comunità"** consiste nell'attivazione di un servizio di assistenza infermieristica decentrato in ogni comunità, che può rispondere a uno o più comuni aventi circa 3.000- 4.500 abitanti, attraverso la disponibilità di un infermiere dedicato che è fisicamente presente in quel territorio anche attraverso l'attivazione di un ambulatorio infermieristico. È un infermiere, dipendente del SSR, afferente al Distretto Sanitario, che a differenza della figura infermieristica che svolge assistenza elusivamente prestazionale, (ovvero svolge la prestazione assistenziale su richiesta e non realizza una presa in carico) fa parte integrante della comunità, ne conosce i bisogni, le risorse e le potenzialità sommerse. Inoltre garantisce una presenza continua e costante nel proprio territorio di riferimento.

L'infermiere di comunità è il professionista che mantiene il più stretto contatto con il cittadino della propria zona di competenza e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica generale in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità ovvero MMG, assistente sociale, fisioterapisti, assistenti domiciliari etc perseguendo l'integrazione interdisciplinare e ponendo al centro il cittadino. L'infermiere di comunità interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni varie, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità a causa della malattia e contribuisce a costruire la rete del welfare di comunità.

Com'è organizzato il servizio IC

L'intervento dell'infermiere di comunità si sviluppa sostanzialmente in **tre ambiti: ambulatoriale, domiciliare, sociale.**

A livello ambulatoriale, l'IC eroga l'assistenza a tutti gli utenti che sono in grado di deambulare e che necessitano di assistenza infermieristica a medio-bassa complessità e/o interventi di educazione-promozione alla salute.

L'attività ambulatoriale può essere svolta in strutture residenziali già esistenti nella comunità come ad esempio Case di riposo, Strutture residenziali protette etc. Un elemento logistico ritenuto strategico e irrinunciabile per attivare percorsi di integrazione efficaci è l'ubicazione dell'ambulatorio infermieristico accanto al luogo di attività dell'assistente sociale. Ciò facilita il riconoscimento di una sede socio-assistenziale e di conseguenza l'integrazione delle due aree.

L'ambulatorio così concepito, diventa un punto di incontro in cui gli utenti e le famiglie possono recarsi e fare affidamento per ottenere risposte ai loro bisogni di assistenza infermieristica. In questo modo l'IdC riesce a garantire una presenza stabile e costante sul territorio, diventando una figura di riferimento riconosciuta all'interno della comunità.

L'attività ambulatoriale si caratterizza per le seguenti attribuzioni:

- erogazione delle prestazioni di maggiore richiesta degli utenti su prescrizione del MMG (prelievi, medica-

zioni, iniezioni, infusioni, controllo e monitoraggio dei parametri vitali, ecc.) con una modalità di risposta complessiva che permetta di limitare in modo significativo la distanza, non solo fisica, tra cittadino e istituzioni;

- orientamento e informazione all'utente relativamente all'offerta sanitaria migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici (informazioni riguardanti le rete dei servizi distrettuali e le vie di accesso agli stessi, indicazioni sulle modalità per ottenere presidi e ausili);
- promozione di interventi di educazione alla salute finalizzati all'autogestione di problematiche assistenziali semplici.

Inoltre, in alcune stazioni di infermiere di comunità, è attiva la sperimentazione della prenotazione decentrata CUP per indagini strumentali e/o visite specialistiche.

A livello domiciliare, l'IC eroga l'assistenza a tutti gli utenti che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione che necessitano di assistenza infermieristica a medio- alta complessità, con carattere di continuità, con bassi livelli di autonomia che abbisognano di periodiche prestazioni sanitarie. Inoltre l'IC segue utenti che vivono in un contesto familiare e sociale che richiede una particolare sorveglianza e/o protezione.

L'attività a domicilio si caratterizza per le attribuzioni già illustrate nell'attivi-

tà ambulatoriale integrate dalle seguenti funzioni:

- promozione della continuità delle cure tra ospedale e territorio e viceversa attraverso la messa in rete di tutti i servizi e i professionisti sanitari e sociali presenti nel territorio
- promozione della salute nella comunità attraverso l'integrazione delle cure infermieristiche con tutte le esigenze di ordine sanitario, sociale e soprattutto educativo del nucleo familiare, con un approccio volto a valorizzare le risorse delle singole famiglie indirizzandole verso una corretta autocura ed autogestione. L'Infermiere di Comunità cerca quindi di incrementare le capacità di self-care dell'utente e della sua famiglia, rendendoli il più possibile autonomi ed indipendenti anche attraverso l'attivazione di reti informali (parenti, amici, vicini, gruppi di volontariato, di auto-aiuto) Così facendo esalta il concetto di promozione della salute condotta dalla e con la comunità e non sulla e per la comunità
- promozione della presa in carico leggera e anticipata quando ancora il bisogno non è stato espresso, ma è potenzialmente presente
- progettazione e verifica di interventi di "aiuto infermieristico ed assistenza tutelare alla persona" resi da altri operatori (operatori socio-sanitari, assistenti familiari, familiari stessi ecc)
- tutorato nei confronti dei caregivers, badanti, e/o altre risorse presenti nella comunità.





A livello sociale, l'IC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali ed informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute. Tutto ciò l'IC lo svolge attraverso il lavoro di rete che si può definire una modalità di lavoro nel quale a partire da un problema specifico, concreto come ad esempio un paziente recentemente colpito da ictus che deve rientrare a domicilio, si definiscono le integrazioni necessarie per garantire la continuità dei percorsi, nonché le interrelazioni tra le funzioni dei servizi coinvolti a vantaggio di un miglior trattamento dei problemi di salute della persona o della comunità.

Ma gli infermieri sono preparati per affrontare un nuovo ruolo?

La domanda è giustamente provocato-

ria ed invita a riflettere sul bisogno di rafforzare la nostra cultura intesa come "quanto concorre alla formazione dell'individuo sul piano intellettuale e morale e all'acquisizione della consapevolezza del ruolo che gli appartiene come singolo e come appartenente ad una comunità". Diventa allora necessario sentire la responsabilità di quanto l'Infermieristica stia diventando centrale per il futuro del sistema sanitario e dell'inevitabile urgenza di una continua formazione con la convinzione di far parte di un gruppo professionale ricco di idee, valori e capace di effettuare processi di lavoro di qualità e di garantire risultati assistenziali di eccellenza.

Conclusioni

Pur sottolineando che una maggiore appropriatezza del ricorso al pronto soccorso deriva dalla somma di diversi fattori e di specifiche strategie messe

in campo dalle Aziende sanitarie, si è dimostrato che la figura dell'Infermiere di Comunità non solo riduce gli accessi in pronto soccorso ma risulta essere un filtro efficace per i ricoveri ospedalieri. In tal modo le persone più fragili, perché malate croniche o anziane, sono tenute sotto controllo da un professionista in grado di rilevare precocemente eventuali segni di aggravamento di una patologia e allertare il medico di famiglia.

Dall'esperienza del FVG si evince che l'Infermiere di Comunità è una delle nuove e valide risposte che l'evolversi scientifico, epidemiologico, socio economico e fattuale ci richiede. Si tratta di una soluzione in linea con la concretezza e la determinatezza che contraddistingue la nostra professione e che di fronte a resistenze e paure altrui ha sempre scelto la strada del coraggio ed evoluzione attraverso l'impegno degli Infermieri noi tutti.

IL COLLEGIO PROFESSIONALE GARANTISCE AUTONOMIA, COMPETENZA E RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE

Infermiere: professione aut

La professione infermieristica è testimonianza di un "patrimonio umano" che è oggi materia di cui si parla poco, eppure talvolta molto dibattuta. Per fare maggiore chiarezza è utile fornire una lettura sul ruolo e le competenze trasversali dell'infermiere, figura scrupolosamente attenta al proprio Codice Deontologico, proclamato il 27 febbraio 2009, vincolante per gli infermieri, pena le sanzioni del Collegio Professionale. "Il Codice - spiega il Dott. Federico Pegoraro, Presidente del Collegio IPASVI di Vicenza - è uno degli elementi che definiscono il campo di attività dell'infermiere: non più solo, quello di un "operatore sanitario" dotato di un diploma abilitante, ma un professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica, attività che ruota intorno alla stretta relazione con la persona assistita attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura tecnico scientifica, gestionale, relazionale, intellettuale ed educativa. In poche parole, per definire il rapporto tra l'infermiere e il paziente destinatario delle prestazioni sanitarie, si può tranquillamente affermare che l'infermiere è colui che si prende carico della persona assistita. "Un concetto, questo, basilare per approfondire la complessità dell'assistenza infermieristica odierna, a stretto contatto con la persona assistita e con i caregivers (i parenti e le figure di riferimento dell'assistito) oltre che con altri professionisti della sa-

lute (es. i medici) e con il personale di supporto." La competenza infermieristica si esprime verso l'assistito mediante la valutazione di più "assi" distinti. In primo luogo sul piano della salute-malattia, nella gestione collaborativa dei percorsi diagnostico-terapeutici attivati con professionisti sanitari (ad esempio la modalità di gestione della somministrazione della terapia), mettendo in atto competenze tecniche, terapeutiche e assistenziali, di sostegno alle funzioni vitali, di soddisfazione dei bisogni di base modificati dalla malattia o che provocano risposte di adattamento alterate. Inoltre, sul piano della comprensione-scelta, l'infermiere è competente nella gestione autonoma della relazione educativa e nella definizione della tipologia dei processi di assistenza. Si tratta di competenze educative/relazionali finalizzate a una modificazione consapevole del comportamento della persona assistita o delle sue persone di riferimento, per adottare stili di vita che contribuiscono a mantenere o a ristabilire la salute o a ridefinire il proprio progetto di vita in conseguenza alla condizione patologica. Infine, sul piano dell'autonomia-dipendenza, l'infermiere si occupa autonomamente dei processi assistenziali con competenze di pianificazione, supervisione e verifica orientate alla progettazione dell'intervento infermieristico o delle attribuzioni specifiche assegnate agli Operatori Socio-Sanitari (OSS).



IPASVI

Il coordinamento infermieristico tra sogno e realtà: la professione tra immaginario e ordinario



"La professione tra immaginario e ordinario". Su questo tema si è dibattuto a Vicenza il 9 Marzo un nutrito gruppo di coordinatori infermieristici e non, che hanno lavorato su alcune realtà del loro quotidiano, rapportandolo alle aspettative e a volte realizzate, a volte disattese della professione.

La metodologia utilizzata ha colto le problematiche oggettive ed emotive tipiche del ruolo, attraverso l'analisi video rappresentata delle questioni più frequenti affrontate dal coordinatore es. la riunione per le ferie estive, la programmazione di una dimissione protetta, la gestione delle conflittualità.

E' stata anche una preziosa occasione per conoscere il percorso strutturato che accompagna il coordinatore neofita ad inserirsi nel ruolo "agito", pianificato ed implementato nella Provincia di Trento.

Ad esporci questa esperienza è stata la Dr.ssa Guarnier e i suoi collaboratori che hanno consentito di capire il fabbisogno formativo teorico e pratico, la socializzazione al ruolo del coordinatore e le componenti della professionalità.

Ci si è soffermati in particolare sulle responsabilità del coordinatore verso : l'organizzazione, il paziente, i collaboratori e verso se stessi. Molto interesse ha riscosso la riflessione riguardo agli ambiti e la misura di condivisione delle responsabilità all'interno dell'organizzazione e dei vari soggetti istituzionali.

Il ruolo del Coordinatore deve fare i conti con il contesto sociale in cui si trova immerso: una sorta di "vita liquida".

La "vita liquida" è una vita nella quale sembra non ci siano punti fermi; tutto cambia molto velocemente, troppo velocemente. Stiamo ancora imparando come affrontare una situazione, ma, nel frattem-

po, la realtà è cambiata, la situazione è diversa, e i nostri strumenti diventano subito inadeguati o, come si dice oggi, "obsoleti". Tutto si mescola, che noi vogliamo o no, e si presenta diverso da come era in passato. (Zygmunt Bauman)

Per gentile concessione della docente vengono pubblicati alcuni contenuti in forma sintetica che possono portare un contributo proficuo a ricordo della giornata promossa dal CNC (Coordinamento Nazionale dei Coordinatori/Caposala) della provincia di Vicenza. Per visualizzare i contenuti in forma integrale accedi al sito www.vicenzaipsvi.it. A tal proposito si ricorda che sono aperte le nuove iscrizioni o il rinnovo al CNC per il 2012 ; con il versamento di 35 euro, si ha diritto:

1. ad una rivista che riporta tutte le fonti normative e le sentenze in materia di coordinamento
2. alla partecipazione a quote agevolate ai momenti formativi
3. ad essere rappresentati, attraverso le persone delegate, nelle sedi in cui vengono prese deci-

sioni relative alla funzione di coordinamento

Tale associazione non ha scopo di lucro ma offre ai suoi iscritti modalità partecipate nella gestione di varie problematiche, aggiornamento costante su aspetti legislativi, canali e tavoli di confronto istituzionale tra i vari soggetti pubblici e privati al fine di valorizzare e sviluppare il ruolo del coordinatore.



Annamaria Guarnier



Annamaria Guarnier

Diversi livelli di responsabilità sullo stesso argomento

Direttore di U.O. Responsabile dei risultati sul paziente	Condivisione di azioni e strategie da attuare in caso di understaffing Organizzazione integrata dei processi (es. dimissione protetta, gestione dei farmaci, pianificazione del lavoro, comunicazioni a utente e famiglia, orari di lavoro...)
Responsabile del Servizio Infermieristico/delle Professioni Sanitarie	Condividere standard di presenza Supporto al modello organizzativo Supporto al cambiamento
Direzione strategica dell'organizzazione	Strategie per la gestione delle risorse che consentano di presidiare alcuni processi (inserimento, valutazione, sviluppo professionale...)

Annamaria Guarnier



Il disagio fisico e psico-sociale nella persona con manifestazioni cutanee indotte da farmaci biologici. Una indagine esplorativa

INTRODUZIONE

I farmaci biologici, sempre più utilizzati negli ultimi anni, si sono dimostrati efficaci nel migliorare la prognosi e la sopravvivenza delle persone affette da tumore, creando rinnovata speranza ed aspettative anche nel personale che opera in Oncologia¹.

Essi agiscono sulle cellule neoplastiche in base alla presenza di specifici bersagli ("target" come recettori o enzimi) permettendo quindi di selezionare i soggetti destinatari secondo determinate caratteristiche genetiche. Di conseguenza una cura potrà essere personalizzata e più tollerata poiché in grado di risparmiare linee cellulari normali con minori effetti collaterali sistemici (ad es. vomito o neutropenia) tipici delle terapie tradizionali¹⁻³. Alcuni di questi farmaci vengono assunti per via orale migliorando il comfort dell'assistito.

Ai nuovi farmaci si sono accompagnati però nuovi effetti collaterali tutt'ora oggetto di studio^{2,3}. I più eclatanti si sono rivelati a carico della cute e indotti da farmaci inibitori del fattore di crescita epidermoidale (EGFR). L'EGFR, recettore di membrana normalmente presente nelle cellule di origine epiteliale, svolge un importante ruolo sulla crescita, differenziazione e proliferazione cellulare. In alcuni tumori solidi (colon-retto, polmone, pancreas, distretto cervico-facciale),

esso può trovarsi alterato o iperespresso. L'inibizione di tale recettore permette quindi di interferire o di bloccare la crescita tumorale, seppur con alcuni effetti indesiderati³. Il *rash papulopustolare* è l'effetto collaterale cutaneo più comune e precocemente manifestato soprattutto a livello di volto, cuoio capelluto e torace e spesso si accompagna a forte prurito e dolore alla cute colpita. A rendere interessante tale evento cutaneo è la dimostrata relazione positiva tra presenza e severità del rash papulopustolare ed efficacia terapeutica del farmaco somministrato⁴. Altri effetti dermatologici particolari possono essere xerosi, congiuntivite, paronichia o alterazioni nella crescita di ciglia e capelli, ma anche reazione manopiede indotti anche da inibitori di proteina-chinasasi^{3,4,5}, molecole piccole anch'esse coinvolte nella crescita e nella moltiplicazione cellulare.

Le reazioni cutanee possono fortemente incidere sulla Qualità di Vita (QdV) della persona con malattia oncologica ed essere fonte di disagio causando una riduzione della compliance e, talvolta, sfiducia nelle possibilità di cura⁶. Si stima che il 100% delle persone trattate presenti tossicità cutanea dopo sei mesi dall'inizio della terapia e che il 37% delle persone con manifestazioni cutanee richieda una modificazione della dose dei farmaci⁷. Pertanto, minimizzare le manifestazioni

cutanee, la sintomatologia o le problematiche ad esse associate è un obiettivo proposto dalle diverse fonti di letteratura^{3,5,7-9}.

Attualmente le strategie di intervento sono sia di tipo educativo e profilattico che farmacologico, in base al grado delle reazioni cutanee. Non risultano comunque essere ancora disponibili specifici trattamenti basati su prove di efficacia, ma solo linee guida tratte da opinione di esperti e pochi dati derivati da trial clinici^{8,10}. Poco indagato risulta inoltre essere l'impatto che tali problemi alla cute hanno sulla QdV della persona con patologia tumorale.

L'indagine in oggetto ha lo scopo di esplorare i maggiori bisogni espressi o inespressi delle persone con tossicità cutanea da farmaci target. Il fine è di poter fornire orientamenti utili alla pratica clinica infermieristica che possano favorire la compliance e migliorare la QdV, indispensabili alla prosecuzione della cura, in questo profilo di assistiti.

MATERIALE E METODI

L'indagine esplorativa è stata condotta presso l'UOC di Oncologia Medica della ULSS 5 "Ovest Vicentino" tra novembre e dicembre 2010. Sono state coinvolte persone trattate con inibitori di EGFR (cetuximab e Panitumumab) o di proteina-chinasasi (erlotinib, sorafenib e sunitinib) che avessero manifestato reazioni alla cute. Per la rilevazione dei dati è stato utilizzato un questionario anonimo, stilato sulla scorta della letteratura internazionale, corredato ad una griglia di raccolta dati clinici e socio-demografici e preceduto da una lettera di presentazione. L'infermiere aveva cura di illustrarlo personalmente al destinatario che poteva completarlo subito o a domicilio.

Il questionario, suddiviso in aree (conoscenze, problemi correlati alla manifestazione cutanea e QdV), prevedeva 17 domande (sei a risposta multipla, una a risposta aperta) e due quesiti finali ri-

L'OMS nel 1948 definisce la QdV come "la percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni".

In ambito oncologico vengono utilizzati diversi strumenti per la valutazione della QdV che considerano le dimensioni fisica, psichica e sociale, come ad esempio: *EORTC-Quality of Life Questionnaire (EORTC)*, *Karnofsky Performance Scale (KPS)*, *Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Scale*.

In dermatologia altri strumenti di tipo multidimensionale sono adottati per misurare l'impatto che determinati disturbi cutanei (come psoriasi, acne o eczemi) possono avere sulla QdV come: *Il Chronic Skin Disease Questionnaire (CSDQ)*, *Lo Skindex-29* e *lo Skindex-16*, *il Dermatology Life Quality Index (DLQI)*. Il DLQI (11) viene preso a riferimento in modo parziale nella stesura del questionario utilizzato come strumento di indagine.

Attualmente non sembrano comunque essere ancora disponibili strumenti di valutazione adatti alla tipologia di chi contemporaneamente è affetto da patologia tumorale e problemi cutanei indotti da farmaci target.

guardanti l'aspetto socio-demografico (scolarità ed attività lavorativa eventualmente svolta).

Per l'aspetto "QdV" si è fatto riferimento al "Dermatology life quality index (DLQI)".¹¹ Il grado di severità delle manifestazioni cutanee richiesto nella griglia di raccolta dati utilizza come riferimento la scala CTCAE v.4.0.¹²

Le persone partecipanti all'indagine hanno dimostrato disponibilità e gradimento per l'interesse e l'attenzione che, in questo modo, gli infermieri hanno manifestato verso un così particolare problema che le riguardava.

I dati ottenuti sono stati sintetizzati mediante l'utilizzo di indici della statistica descrittiva tramite il software Microsoft® Office Excel 2003.

RISULTATI

Le persone intervistate sono state in tutto 25, 17 maschi e 8 femmine con un'età media di 60 anni. Tutti hanno avuto problemi cutanei, il 60% in forma moderata, 16% severa e 8% molto severa, il 68% ha manifestato rash papulopustoloso. Il 24% ha effettuato il trattamento per meno di un mese, il 28% per più di 2 mesi. L'84% dichiara di non svolgere alcuna attività lavorativa mentre il restante 12% lavora a tempo ridotto o aiuta presso attività altrui.

Dall'indagine alcuni dati indicano un bisogno di informazione ed educazione: il 32% delle persone dichiara di non aver segnalato il problema alla cute alla comparsa dei primi sintomi. L'88% delle persone con problemi cutanei di aver utilizzato solo creme lenitive ed il 28% di aver sostenuto spese aggiuntive costose per la cura della cute. Nonostante per il 12% degli intervistati l'infermiere ha dato le informazioni più utili per alleviare i sintomi o il problema alla cute, la maggior parte delle persone pensa che, l'infermiere dovrebbe dare più suggerimenti per migliorare l'abilità nella gestione delle manifestazioni cutanee.

La QdV percepita è stata indagata nelle dimensioni fisica, psichica e sociale.

Durante il trattamento con il nuovo farmaco, il 28% delle persone ha eseguito anche chemio o radioterapia ed il 76% del totale, riferisce di aver sofferto anche di altri disturbi. La manifestazione cutanea che ha maggiormente disturbato, accanto al problema principale, è stata la secchezza delle mucose (56%). Svolgere alcune attività di vita quotidiana risulta difficoltoso a causa dei problemi alla cute "talvolta" per il 40%, "spesso" per l'8% e "sempre" ancora 8%.

Il 60% degli intervistati riferisce di aver ridotto le uscite o la frequentazione di luoghi pubblici a causa delle manifestazioni cutanee. Il 32% delle persone afferma di aver vissuto i problemi cutanei come una evidente dimostrazione della tossicità della cura, il 28% come un evento quasi necessario anche se indesiderato.

Infine, la maggioranza delle persone riferisce di aver provato soprattutto un senso di depressione a causa delle manifestazioni alla cute (Grafico n. 1).

La Compliance (intesa come aderenza al trattamento) viene espressa attraverso il desiderio di interrompere la cura a causa dei problemi alla cute ed è presente in circa la metà delle persone intervistate, seppur con varia frequenza (Grafico n. 2). Osservando la relazione tra: "vissuto della manifestazione" e "tempo di trattamento" e tra: "vissuto della manifestazione" e "sesso", la manifestazione cutanea risulta "una evidente dimostrazione della tossicità della cura" soprattutto dalle persone che hanno seguito il trattamento per meno di un mese e dal 50% delle persone di sesso femminile.

Tra le persone intervistate il grado di severità delle manifestazioni cutanee non sembrano essere particolarmente in relazione con la limitazione delle ADL (solo se di grado 4 la difficoltà a svolgere alcune attività viene dichiarata sempre presente).

La depressione è la sensazione maggiormente presente tra le persone con tendenza all'isolamento sociale e, mentre poca influenza sulla compliance sembra avere l'associazione di più trattamenti concomitanti, la depressione risulta invece influenzare il desiderio di interrompere la cura (compliance). (Grafico n. 3). Infine le persone che percepiscono la manifestazione cutanea come evidente tossicità della cura ne desiderano maggiormente l'interruzione (32%).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Alla luce di quanto esposto l'infermiere dovrebbe migliorare e rafforzare alcune aree di intervento al fine di permettere una quanto più serena prosecuzione della cura e presa in carico degli assistiti. L'informazione data a chi inizia una terapia molecolare andrebbe rinforzata su importanza e modalità di segnalare con tempestività eventuali effetti cutanei. Dall'indagine emerge che le persone spesso non segnalano i problemi alla cute, l'infermiere perciò dovrebbe invitare ad avvisare ai primi sintomi, anche prima del controllo programmato (dopo 7 giorni) e a mantenere un contatto telefonico con una figura professionale individuata. Lo scopo è di evitare l'evoluzione agli stadi più gravi, di alleviare i disturbi, di facilitare la programmazione degli accessi al centro di cura^{9,13}. Inoltre, in accordo con la letteratura^{8,10}, sull'operato dell'infermiere dovrebbe essere maggiormente presente la sfera educativa ed in particolare svolgere un ruolo di formazione nel mantenimento di cura della cute integrandosi con le altre figure professionali (oncologo, dermatologo, farmacista) ed indicare a chi rivolgersi per avere consigli adeguati e prevenire le complicanze. Una maggior informazione favorisce la compliance: infatti può motivare la persona a continuare la cura (il problema alla cute è reversibile e può essere alleviato), può evitare percezioni inesatte (ad esempio il

La reazione avversa da farmaci (ADR) è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come la "risposta ad un farmaco nociva, non voluta e che avviene alle dosi impiegate normalmente nell'uomo per profilassi, diagnosi e terapia".

La segnalazione delle ADR è regolata dal DLgs del 24 aprile 2006 n. 219 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 142 del 21 giugno 2006) ed estende anche all'infermiere l'obbligo di segnalazione prima riservato solo a medici e farmacisti. L'AIFA (Agenzia Italiana del farmaco) provvede alla registrazione e al monitoraggio delle segnalazioni.

La CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) risulta essere la scala di valutazione degli eventi avversi maggiormente utilizzata in oncologia, a livello internazionale.

La CTCAE versione 4.0 è stata pubblicata nel maggio 2009 e rivista nel giugno 2010. (12). Rispetto la precedente v 3.0, essa

offre una definizione più accurata dei gradi di severità, considera la possibile influenza che ogni evento avverso ha sulle attività di vita quotidiana (ADL) e risulta essere arricchita di alcuni termini (anche riguardo i problemi cutanei).

Tuttavia alcuni esperti ritengono che manchino ancora alcuni termini importanti (come ad es. la paronichia) oltre che indicazioni per misurare obiettivamente il grado del rash papulopustoloso o di altri eventi (ad es. conta delle pustole o riferimenti allo stato emotivo), oltre a non disporre di linee guida standardizzate e valutazioni fotografiche. (14). Ad oggi, perciò, pare non sia stato ancora formulato un sistema di gradazione e classificazione per l'accertamento medico ed infermieristico specifico ed adeguato alla costellazione dei nuovi eventi avversi indotti da farmaci a bersaglio molecolare.



problema cutaneo come dimostrazione di inefficacia della cura), può migliorare la QdV riducendo l'ansia e la frustrazione che possono derivare da questo evento indesiderato^{7,15}. Osio et al. (2010) affermano che manifestazioni severe di Grado 3 possono essere accettate a fronte di un beneficio terapeutico, infatti la richiesta di informazioni riguardo il significato degli eventi cutanei rivela la necessità di rinforzare anche la motivazione in questo profilo di assistiti.

Secondo Andreis et al. (2010) la QdV risulta maggiormente compromessa nella dimensione fisica nella donna, in chi riceve parziale beneficio dalla cura e nelle persone con tossicità di grado 3.

Dall'indagine emerge che la QdV può risultare compromessa nella sua dimensione fisica in modo diversificato in relazione soprattutto allo stato di malattia, come evidenziato da Joshi et al. (2010)¹⁶. Sintomi derivanti da altre terapie e la compromissione delle attività quotidiane (ADL), non sembrano invece determinare una riduzione della compliance. Infine la richiesta di informazioni aggiuntive, mirate ad alleviare e gestire i problemi alla cute, rispecchia la necessità di vivere bene il quotidiano piuttosto che la necessità di una performance lavorativa (la maggior parte del campione ha 60 anni e non svolge alcun lavoro).

Gli infermieri dovrebbero, inoltre, promuovere maggiormente il benessere fisico e psico-sociale.

A differenza di quanto riportato da Romito et al. (2009), dall'indagine condotta si

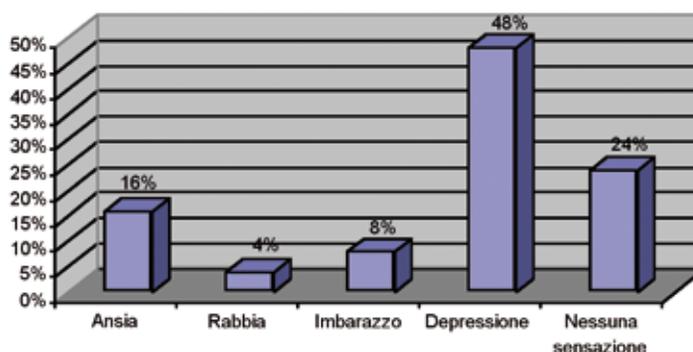


Grafico n. 1: Sensazione suscitata dalla manifestazione cutanea

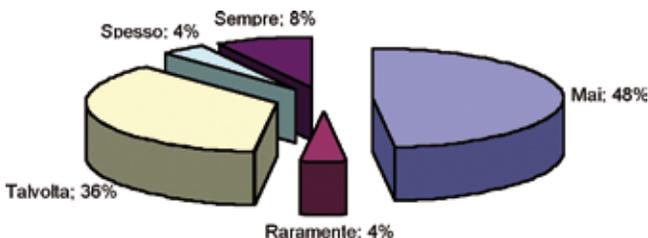


Grafico n. 2: Desiderio di interrompere la cura

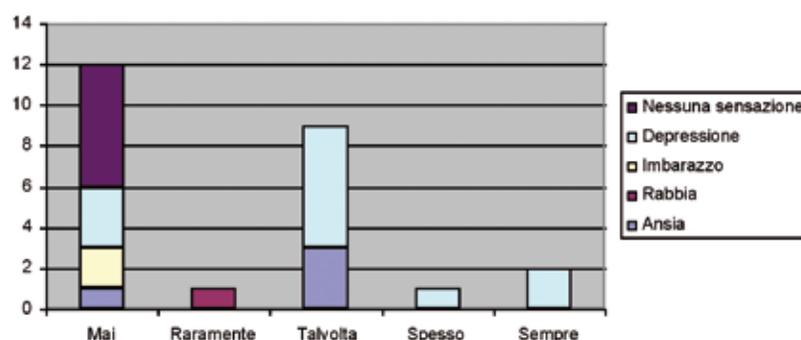


Grafico n. 3: Relazione tra sensazione suscitata dalla manifestazione cutanea e desiderio di interrompere la cura

CTAEC v.4.0 Common Terminology Criteria for Adverse Events, version 4.0;	INTERVENTI
GRADO 0	Emollienti privi di alcool, creme protettive con schermo solare non inferiore a 30, creme idratanti comuni uso di saponi o prodotti neutri per la cura della cute
GRADO 1 Papule e/pustole che coprono meno del 10% della superficie corporea, possono o no essere associate a sintomi come prurito o fragilità cutanea	Continuare il farmaco alla dose corrente. Monitoraggio. Trattare con idrocortisone crema al 2,5% e clindamicina 1% gel. Ricontrrollare dopo 2 settimane (da un professionista); se la reazione peggiora o non migliora, procedere al prossimo step.
GRADO 2 Papule e/pustole che coprono il 10-30% della superficie corporea, possono o no essere associate a sintomi come prurito o fragilità cutanea; associato ad impatto psicologico; limitante attività quotidiane strumentali (ADL)	Continuare il farmaco alla dose corrente. Monitoraggio. Trattare con idrocortisone crema al 2,5% e doxiciclina (100mg) o minociclina (100 mg 2 volte al giorno). Ricontrrollare dopo 2 settimane (da un professionista); se la reazione peggiora o non migliora, procedere al prossimo step.
GRADO 3 / 4 G3: Papule e/pustole che coprono più del 30% della superficie corporea, possono o no essere associate a sintomi come prurito o fragilità cutanea; limitante l'autocura quotidiana (self-care ADL); associato a superinfezioni locali, indicati antibiotici per via orale. G4: Papule e/pustole che coprono tutta la superficie corporea, possono o no essere associate a sintomi come prurito o fragilità cutanea ed associati ad estesa superinfezione, indicati antibiotici ev; conseguenze pericolose per la vita.	Modificazione delle dosi a seconda del caso; se si sospettano infezioni ottenere esami colturali. Continuare il trattamento con idrocortisone crema al 2,5% e doxiciclina (100mg) o minociclina (100 mg 2 volte al giorno) più prednisone (0.5 mg/kg) per 5 giorni. Ricontrrollare dopo 2 settimane se la reazione peggiora o non migliora; potrebbe essere necessario interrompere o sospendere le dosi a seconda del caso.

evinche che le manifestazioni cutanee possono direttamente influire su isolamento sociale e distress psicologico¹⁷. Alcune persone indicano "ipertricosi ed alopecia" come l'effetto cutaneo di maggior disturbo; inoltre la depressione sembra favorire la limitazione dei contatti sociali ed è in relazione con il desiderio di interrompere la cura (compliance). Infine dai risultati dell'indagine, emerge che il problema alla cute, se vissuto come effetto tossico della cura, può influire negativamente sulla compliance, soprattutto nel sesso femminile. Ciò potrebbe essere spiegato considerando l'importanza che la donna naturalmente attribuisce all'immagine corporea. C'è da dire, inoltre, che la donna di età di circa 60 anni (età maggiormente rappresentata nel campione considerato) è fisiologicamente esposta a variazioni ormonali correlate alla menopausa, fenomeno, questo, che aumenta il rischio di manifestare problemi cutanei.

Attualmente misure educative e proattive si sono dimostrate efficaci nel ridurre manifestazioni cutanee di medio grado (G2) oltre che evitare l'evoluzione ai gradi maggiori o il manifestarsi nel tempo^{5,9,18}

- A scopo preventivo e, sempre, sulla cute secca, idratare la cute con emollienti: sono indicate creme idratanti all'urea o olii da bagno (ad es. olio di mandorle dolci)
- Evitare l'uso di saponi, sostanze contenenti alcool o profumo, vestiti stretti (preferire fibre naturali, cotone a contatto della pelle)
- Evitare l'esposizione al sole e al vento
- Proteggere la pelle esposta con cappelli e vestiti
- Usare creme con filtro solare non inferiore a 15 e a base di ossido di zinco
- E' possibile utilizzare prodotti cosmetici a base di acqua sulla cute integra e che non presenti infezioni
- In caso di rash papulopustolare sono da evitare prodotti indicati per l'acne e retinoidi
- Sulla cute infiammata sono utili bagni tiepidi con amido e impacchi freddi

Orientamenti per l'assistenza infermieristica

- Aumentare l'attenzione alla cura della cute e alle problematiche dermatologiche.
- Disporre di strumenti informativi utili a monitorare la manifestazione cutanea.
- Considerare alcuni fattori di rischio (sesso femminile, età, fototipo chiaro storia di patologia cutanea, farmaco *target*, tempo di trattamento).

Inoltre, in una logica di lavoro di equipe:

- Percorsi specifici di presa in carico con modalità facilitanti per la segnalazione di effetti collaterali cutanei
- Gruppo multiprofessionale di valutazione preliminare di rischio e di monitoraggio
- Coinvolgimento di gruppi di auto-aiuto e figure di supporto

- In caso di paronichia bagni con acqua e aceto bianco o acqua e bicarbonato di sodio, cerotti in TNT sulle ferite
- Seguire le istruzioni sull'assunzione della terapia orale (i farmaci anti-EGFR vanno assunti a stomaco vuoto, va evitato il succo di pompelmo)

Le strategie di trattamento comprendono algoritmi secondo il grado di severità.

I trattamenti attivi, curativi del rash papulopustolare prevedono principalmente l'uso di prodotti emollienti e lenitivi (gradi minori), antibiotici e corticosteroidi per i gradi più severi (G2-G3-G4). La sintomatologia può essere controllata con antistaminici o antidolorifici appropriati.

Antibiotici orali, come doxiciclina o minociclina, risultano efficaci e talvolta possono essere usati anche a scopo profilattico. L'uso dei corticosteroidi è controverso: risultano meno utilizzati in Europa che nei paesi anglosassoni¹⁸, ma possono essere utili a livello locale (per via sistemica sono indicati solo nei casi di Grado 4), a basse dosi e per brevi periodi (1-2 settimane) per evitare effetti collaterali tipici come la secchezza cutanea ed il maggior rischio di infezioni^{9,19}.

In conclusione interventi pro-attivi ed educativi, condotti in collaborazione multiprofessionale, sono essenziali per minimizzare gli effetti delle manifestazioni cutanee riducendo il disagio e lo stress degli esperti dalla persona assistita.

L'infermiere riveste, in tale senso, un ruolo essenziale nel migliorare la QdV, favorendo l'aderenza alla cura e migliorando la sopravvivenza della persona trattata. In particolare, l'infermiere dell'equipe oncologica può migliorare le proprie competenze rispetto le aree di intervento sintetizzate nella griglia sotto riportata.

ALGORITMO DI TRATTAMENTO DEL RASH PAPULOPUSTOLARE

M. Dermatologic toxicities. In: Olver IN, ed. The MASCC Textbook of Cancer Supportive Care and Survivorship. New York, NY: Springer; 2010 Versione tradotta

BIBLIOGRAFIA

1. Catania G, Cavazza I, Del Bue A, Giori M, Marcucci F. Farmacogenomica: farmaci target oriented in Carpanelli I, Mazzuffero F, Pellachin S. L'infermiere in oncologia. 2nd ed. Milano. Carrocci Faber; 2009; 25-36.
2. Belli L, Giori M, Cavazza I. Target Therapy. Associazione Italiana Infermieri in Oncologia AIIO Marzo 2010.
3. Lacouture ME. Insights into the pathophysiology and management of dermatologic toxicities to EGFR-targeted therapies in colorectal cancer. Cancer Skin Care Program and SERIES Clinic, Department of Dermatology, Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, Northwestern University, Chicago, USA. Cancer Nurs. 2007; 30: 17-26.
4. Li T, Perez-Soler R. Skin toxicities associated with epidermal growth factor receptor inhibitors. Target Oncol. 2009; 4: 107-19.
5. Lee WJ, Lee JL, Chang SE, Lee MW, Kang YK, Choi JH, Moon KC and Koh JK. Cutaneous adverse effects in patients treated with the multitargeted kinase inhibitors sorafenib and sunitinib. British Journal of Dermatology 2009; 161: 1045-51.
6. Joshi SS, Ortiz S, Witherspoon JN, Rademaker A, West DP, Anderson R, Rosenbaum SE, Lacouture ME. Effects of Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitor-Induced Dermatologic Toxicities on Quality of Life. Cancer 2010; 116: 3916-23.
7. Osio A, Mateus C, Soria JC, Massard C, Malka D, Boige V, Besse B. and Robert C. Cutaneous side-effects in patients on long-term treatment with epidermal growth factor receptor inhibitors. British Journal of Dermatology 2009; 161: 515-21.
8. Skirpac T. in Spotlight on symposia. Strategies for Rash Management: An Expert Guided Discussion For Nurses. ONS 35th Annual Congress in San Diego. ONS Connect 2010; 25: 47-48.
9. Grenon NN, Chan J. Managing toxicities associated with colorectal cancer chemotherapy and targeted therapy: a new guide for nurses. Clin J Oncol Nurs. 2009; 13: 285-96.
10. Balagula Y, Lacouture ME, Cotliar JA. Dermatologic toxicities of targeted anticancer therapies. J Support Oncol. 2010; 8: 149-61.
11. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): A simple practical measure for routine clinical use. Clinical and Experimental Dermatology 1994; 19: 210-16.
12. U.S. Department of health and human services. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 4.0. National Institutes of Health, National Cancer Institute 2009.
13. Lacouture ME, Basti S, Patel J, and Al Benson III. The SERIES Clinic: An Interdisciplinary Approach to the Management of Toxicities of EGFR Inhibitors. J Support Oncol. 2006; 4: 236-238.
14. Lacouture ME, Maitland ML, Segar S, Setser A, Baran R, Fox LP, Epstein JB, Barasch A, Einhorn L, Wagner L, West DP, Rapoport BL, Kris MG, Basch E, Eaby B, Kurtin S, Olsen EA, Chen A, Dancy JE, Trotti A. A proposed EGFR inhibitor dermatologic adverse event-specific grading scale from the MASCC skin toxicity study group. Support Care Cancer 2010; 18: 509-22.
15. Andreis F, Rizzi A, Mosconi P, Braun C, Rota L, Meriggi F, Mazzocchi M, Zaniboni A. Quality of life in colon cancer patients with skin side effects: preliminary results from a monocentric cross sectional study. Health and Quality of Life Outcomes 2010; 8:40.
16. Joshi SS, Ortiz S, Witherspoon JN, Rademaker A, West DP, Anderson R, Rosenbaum SE, Lacouture ME. Effects of Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitor-Induced Dermatologic Toxicities on Quality of Life. Cancer 2010; 116: 3916-23.
17. Romito F, Giuliani F, Cormio C, Tulipani C, Mattioli V, Colucci G. Psychological effects of cetuximab-induced cutaneous rash in advanced colorectal cancer patients. Support Care Cancer 2010; 18: 329-334.
18. Segar S, Chiritescu G, Lemmens L, Dumon K, Van Cutsem E, Tejpar S. Skin toxicities of targeted therapies. Eur J Cancer 2009; 45: 295-308.
19. Thomas J. Lynch, Jr., Ed S. Kim, et al. Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitor Associated Cutaneous Toxicities: An Evolving Paradigm in Clinical Management. The Oncologist, Symptom Management and Supportive Care 2007; 12: 610-621.
20. Morse L, Calareso P. EGFR-Targeted Therapy and Related Skin Toxicity. Seminars in Oncology Nursing 2006; 22: 152-1.



L'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche

ECG - esecuzione, interpretazione ed interventi

Gentile collega, i quesiti sono relativi all'assenza del medico in struttura di *lungodegenza* relativamente alla lettura e interpretazione della traccia elettrocardiografica. Le domande che le rivolgo sono le seguenti:

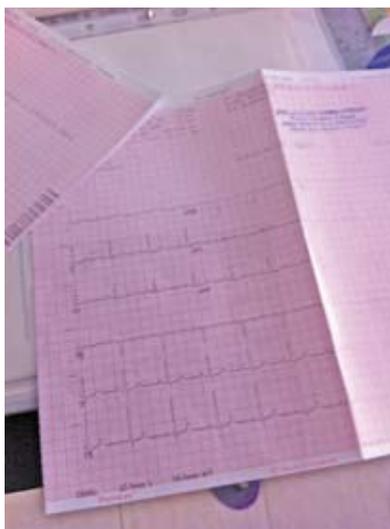
- Come si deve comportare l'infermiere quando rilevi da una prima lettura dell'ECG delle significative e/o patologiche alterazioni del ritmo e non sia reperibile un medico in struttura per la sua refertazione?
- Entro quanto tempo l'ECG debba essere refertato in presenza di alterazioni patologiche del ritmo?
- Quali siano gli obblighi legali dell'infermiere in presenza di un ECG con alterazioni patologiche, prescritto e non refertato dal medico perché non presente in struttura, ove si presentino sequele per il paziente?

Egregio collega, il profilo professionale dell'infermiere, art. 1, DM 14 settembre 1994, n. 739 comma 3 lettera d, si esprime riguardo alle procedure diagnostiche affermando che: *"l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche"*. Garantire l'applicazione delle prescrizioni diagnostiche non significa interpretare i risultati delle stesse.

Con il personale medico i rapporti di competenza e responsabilità sono chiari in quanto spetta al medico prescrivere e valutare le indagini diagnostiche da lui richieste, di qualsiasi natura esse siano.

Ricordo che l'attività sanitaria è esercitata dai professionisti secondo i loro profili e competenze (conoscenze, esperienza e pratica). L'atto medico (prescrizione diagnostica e terapeutica) non è delegabile ad alcuno.

Si presuppone, inoltre, che la prescrizione medica di una indagine diagnostica così com'è l'ECG sia con-



seguito ad un dubbio diagnostico e che sia premura del soggetto prescrivente valutarne l'esito quanto prima.

Un infermiere incorre nella responsabilità penale quando da una sua azione od omissione deriva un danno o un pericolo alla persona assistita. Se questo comportamento si configura come uno dei reati previsti dal Codice Penale ne consegue una sanzione penale.

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. Nella responsabilità professionale è rilevante la colpa.

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

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

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

Chiarito che l'infermiere operante in un contesto operativo di *lungodegenza*

potrebbe non essere avvezzo al riconoscimento di alterazioni del ritmo cardiaco è, altresì evidente, che una traccia elettrocardiografica gravemente alterata è sempre accompagnata da importanti segni e sintomi clinici: pallore, dispnea, precordialgie, alterazioni dello stato di coscienza, alterazione dei parametri vitali, Ciò a dire che l'impossibilità di un'istantanea refertazione dell'ECG non esime l'infermiere dall'agire prontamente di fronte ad un quadro sintomatologico più ampio e articolato. In tal senso egli dovrebbe avere la competenza e, senza dubbio ha la responsabilità di riconoscere la gravità del quadro clinico, accertare la necessità di intervento urgente del medico ed intervenire per quanto di sua competenza.

Presumo che in strutture sanitarie in cui il medico non è presente nelle 24 ore vi siano delle precise indicazioni su chi coinvolgere in caso di situazioni urgenti (118 in primis, guardia medica, medico reperibile, MMG,...).

Alcune strutture sanitarie, affini a quella che Lei coordina, hanno affrontato il problema da Lei sollevato adottando tre accortezze:

- Utilizzando apparecchi elettrocardiografici dotati di software di riconoscimento automatico degli eventi cardiaci più critici. Si tratta di apparecchiature riconosciute di dimostrata validità e sensibilità in cui la segnalazione automatica di evento critico è altamente affidabile e coerente con la situazione clinica del paziente;
- Stesura e adozione di un protocollo professionale operativo condiviso e approvato dal Direttore in cui si stabilisce come dovrebbe agire l'infermiere a fronte delle situazioni critiche da Lei evidenziate (chi chiamare, quando, in che modo, ...);
- Realizzazione di un corso di formazione specifica per far acquisire maggiori conoscenze circa l'interpretazione e lettura dell'ECG.

Conferenza Stato/Regioni 22 febbraio 2001 Il Profilo professionale dell'OSS

"... concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione".

Egregio collega, lavoro in qualità di coordinatrice presso una Casa di Riposo della provincia.

Con la presente sono a chiederle un parere riguardo al fatto che alcuni infermieri e Operatori Socio-Sanitari si rifiutano di collaborare all'inserimento dei colleghi neo assunti nel periodo di affiancamento, che da noi è previsto essere di circa dieci giorni.

Possono essere obbligati o devo sempre e comunque rivolgermi ai pochi che si offrono volontari?

A chi si rende sempre disponibile è previsto una qualche forma di riconoscimento economico?

Gentile collega, in riferimento alla sua richiesta di chiarimenti circa l'incarico al personale infermieristico e/o OSS del compito di affiancamento di colleghi neo-assunti nel percorso di inserimento. Le chiarisco quanto segue:

Il quadro delle attività, delle competenze e delle responsabilità attribuite all'Infermiere e all'Operatore Socio-Sanitario sono regolate da normative di ordine sia professionale che contrattuale.

Per quanto riguarda il tema in oggetto, il profilo professionale dell'OSS è stato normato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 22 febbraio 2001. In esso, all'art.5 c.1 sono elencate le attività attribuitegli, tra cui "supporto gestionale, organizzativo e formativo". L'Allegato A lo esplicita ulteriormente: "[...] collabora alla verifica della qualità del servizio e concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione". In particolari, vi si dice che l'OSS "[...] sa trasmettere i propri contenuti operativi".

Le leggi guida sull'esercizio professionale dell'infermiere sono principalmente:

D.M. 14 settembre 1994, n°739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere";

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

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

Il profilo professionale dell'infermiere (D.M. 739/1994), all'art. 1 comma 4 asserisce che: "L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca".

In queste disposizioni legislative emerge con chiarezza che, sia la relazione educativa rivolta ai pazienti e loro famigliari che l'attività di tutorship verso colleghi e studenti sono funzioni connaturate alla professione infermieristica.

Trasmettere le proprie conoscenze ed esperienze dovrebbe essere nell'interesse di qualsiasi professionista che aspiri a lavorare con colleghi e collaboratori competenti e preparati.

Nulla osta al fatto che si possano prevedere delle unilaterali forme di riconoscimento "contrattuale" a particolari abilità o competenze formative, ma queste rientrano nell'alveo della discrezionalità attribuita ai singoli enti.

Convenzioni. Rinnovata per il 2012 la collaborazione con ACLI SERVICE Vicenza

Scadenze, adempimenti e sedi
su www.aclivicenza.it

Anche per l'anno 2012 il Collegio IPASVI di Vicenza ha rinnovato la convenzione con la società di servizi ACLI SERVICE di Vicenza per l'erogazione di attività di assistenza fiscale per la compilazione dei modelli 730 e modelli Unico Persone Fisiche per gli iscritti al Collegio, a tariffazione agevolata.

Tipologie di prestazioni garantite e relative tariffe

- Modello 730 singolo: € 22,00;
- Modello 730 congiunto (coniuge dichiarante non a carico): supplemento € 20,00;
- Modello 730 congiunto (coniuge dichiarante a carico): supplemento € 10,00;
- Imu (ex Ici): calcolo Imu € 10,00 abitazione principale (ed eventuali pertinenze); calcolo Imu € 15,00 prima abitazione in assenza di abitazione principale (ed eventuali pertinenze); calcolo Imu € 13,00 per Comune; altri immobili/terreni; dichiarazione € 14,00 per Comune; dichiarazione congiunta: €

25,00 per Comune

- Modello Unico: € 30,00; Quadro M/T/W/AC: € 10,00 per ciascun Quadro; Quadro H: € 20,00; invio telematico modello Unico: € 10,00;
- Ristampa del modello 730/Unico: gratuita;
- Rielaborazione con ristampa del modello 730/Unico: € 6,00;
- Dichiarazione dei redditi integrative di modelli 730 ed Unico presentati attraverso la scrivente società: € 20,00;
- Consulenze: ristrutturazioni edilizie, lettura cartelle esattoriali, ecc. a partire da € 40,00;
- Accesso all'Agenzia delle Entrate: € 40,00
- Dsu; Ise/Isee: consulenza e redazione pratiche gratuite ai sensi delle normative vigenti;
- Dichiarazioni di successione: € 100,00 di sconto sulla tariffa ordinaria;
- Contratti di locazione abitativi e/o commerciali: 10 per cento di sconto sulla tariffa ordinaria.
- Pratiche di assunzione, compilazione fogli

paga e contributi Inps per collaboratrici familiari, badanti e baby sitter: 10% di sconto sulla tariffa ordinaria

Le tariffe applicate nella presente convenzione si intendono comprensive di Iva. Le prestazioni relative alla convenzione possono essere estese, a richiesta, anche a familiari conviventi dei soggetti iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza; in tal caso, si applicherà uno sconto fisso di € 8,00 (Iva compresa) alle normali tariffe come da listino esposto.

Come usufruire delle prestazioni previste dalla convenzione?

Per avvalersi di tale agevolazione tariffaria gli interessati dovranno recarsi presso una delle sedi operative e/o recapiti della Società di Servizi negli orari di apertura al pubblico (previo appuntamento telefonico, ove richiesto, telefonando al Numero Unico Prenotazioni 0444.955002) dietro presentazione di documentazione attestante la qualifica di iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza.

La relazione del tesoriere all'Assemblea degli iscritti del 28 gennaio 2012

BILANCIO CONSUNTIVO 2011

PREMESSA

Il rendiconto generale dell'anno 2011 si compone dei seguenti documenti contabili:

1. rendiconto finanziario: entrate ed uscite finanziarie in conto competenza;
2. il conto economico;
3. lo stato patrimoniale;
4. la situazione amministrativa al 31.12.2011;

I prospetti succitati sono strettamente correlati tra loro e rappresentano unitariamente la situazione del Collegio IPASVI sotto il profilo finanziario, patrimoniale ed economico dell'anno 2011.

Il rendiconto finanziario fornisce il risultato della gestione in conto competenza che presenta un utilizzo dell'avanzo di amministrazione iniziale di Euro 60.531,25. Tale documento evidenzia, inoltre, per capitolo di bilancio, le somme effettivamente accertate (riscosse e da riscuotere) ed impegnate (pagate e da pagare) nel corso dell'esercizio finanziario confrontandole con quelle contenute nel bilancio di previsione (per competenza e per cassa) dello stesso anno, riportandone, altresì, gli scostamenti.

Per effetto delle entrate accertate, delle uscite impegnate e della gestione dei residui attivi (riscossi e da riscuotere) e passivi (pagati e da pagare), riportati nella situazione amministrativa al 31.12.2011, si evidenzia che l'avanzo di amministrazione finale ammonta ad Euro 146.965,52.

Il fondo cassa al 31.12.2011 ammonta complessivamente ad Euro 153.979,62 rilevando una riduzione della sua consistenza, rispetto all'anno 2010, per complessivi Euro 55.604,88 (26,53% circa). La situazione patrimoniale, che rappresenta tutte le attività (disponibilità liquide, immobilizzazioni, crediti, ecc...) e le passività (debiti, fondi, ecc...) del Collegio, evidenzia, rispetto all'anno 2010, una



riduzione di patrimonio, pari al disavanzo economico d'esercizio, di Euro 10.470,02. Il conto economico, che rileva i proventi ed i costi dell'esercizio secondo il principio della competenza economica, evidenzia un disavanzo economico d'esercizio di Euro 10.470,02.

I dati succitati dimostrano che la gestione del Collegio IPASVI dell'anno 2011 è stata influenzata dagli investimenti effettuati come individuati nelle uscite in conto capitale, programmati a preventivo 2011, e sostenuti al fine di rinnovare e riorganizzare la sede del Collegio stesso.

CONTENUTI DEL RENDICONTO FINANZIARIO DELL'ANNO 2011

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

ENTRATE

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

Contributi ordinari

Le entrate accertate per contributi ordinari, che risultano in linea con l'esercizio precedente, ammontano complessivamente ad Euro 238.750,00 e rappresentano circa l'86% del totale entrate del Collegio IPASVI. Nell'anno 2010 le entrate accertate in questo capitolo sono state pari ad Euro 236.262,09.

Nel merito si segnala che nel corso dell'anno 2011 è proseguita l'attività di recupero dei contributi ordinari non versati negli anni precedenti da parte degli iscritti al Collegio IPASVI messi in mora. Tali azioni sono risultate efficaci nel 2011, come nell'anno precedente, ed hanno permesso il recupero di quote per Euro 4.370,00 pari a circa 95 quote.

Si è provveduto, inoltre, a regolarizzare l'iscrizione all'Ente dei soggetti che hanno

ENTRATE	SOMME ACCERTATE	RISCOSSE	DA RISCUOTERE	DIFFERENZE SULLE PREVISIONI
Titolo 1 ^a -Entrate correnti	259.180,50	251.153,74	8.026,76	+ 49,50
Titolo 2 ^a - Entrate in c/ capitale	0	0	0	0
Titolo 3 ^a - Entrate per partite di giro	17.327,57	17.327,57	0	- 18.622,93
Totale entrate	276.508,07	268.481,31	8.026,76	- 18.622,93

SITUAZIONE AVANZO/DISAVANZO DI CASSA

2011 - COLLEGIO IPASVI

Dal 01/01/2011 al 31/12/2011

Conto Cassa/Banca	Entrate	Uscite	Saldo
500010001 CASSA CONTANTI	4.361,79	3.254,96	1.106,83
500020001 C/C BANCARIO 3483234	69.098,65	51.931,25	17.167,40
500020003 C/C POSTALE 22648323 quote	292.388,38	228.780,70	63.607,68
500020007 C/C Postale 53229126 corsi	40.045,57	303,44	39.742,13
500020009 C/C 101086798 cod. Ente 2443600	269.903,28	237.547,70	32.355,58
Totale Avanzo di Cassa	€ 675.797,67	€ 521.818,05	€ 153.979,62

versato tutte le annualità dovute.

Altre entrate

Le altre entrate accertate (riscosse e da riscuotere) al netto delle entrate per partite di giro ammontano complessivamente ad Euro 20.430,50 e rappresentano circa l' 1% del totale entrate. In dette poste finanziarie rilevano per entità le seguenti entrate:

- ❖ le tasse prima iscr. all'albo degli Infer. stranieri:
Euro 4.968,00;
- ❖ i proventi per i corsi tenuti dal Collegio:
Euro 12.120,00;
- ❖ diritti di segreteria
Euro 648,00;
- ❖ gli interessi attivi su depositi e c/c postali e bancari:
Euro 870,08;
- ❖ i recuperi ed i rimborsi:
Euro 1.323,96.

Altre entrate per partite di giro

Queste entrate sono pari ad Euro 17.327,57 e si riferiscono, principalmente, a somme trattenute a titolo di ritenuta sui compensi dei collaboratori del Collegio IPASVI (contratti di collaborazione o prestazioni di lavoro autonomo) relative a contributi previdenziali ed imposte erariali (IRPEF). Dette somme, dato lo specifico funzionamento delle poste finanziarie iscritte nelle partite di giro, sono state con-

temporaneamente iscritte, per pari importo come debiti verso l'Erario e gli Istituti Previdenziali nel corrispondente titolo delle uscite.

La gestione dei residui attivi

I residui attivi rappresentano, sostanzialmente, i crediti che il Collegio vanta nei confronti di soggetti terzi. Tale gestione prende in esame i residui di tutte le entrate accertate al 31.12.2011 che saranno oggetto di incasso negli anni successivi.

I residui attivi, al 31.12.2011, ammontano ad Euro 11.246,76 con una riduzione, rispetto all'anno precedente; si precisa che Euro 3.220,00 sono relativi agli anni precedenti.

I residui attivi sono riferiti, quasi esclusivamente, ai crediti vantati dal Collegio nei confronti degli iscritti che non hanno pagato la propria quota da più anni. Detti residui sono stati implementati con le quote non incassate nell'anno 2011 per un valore pari ad Euro 7.682,00.

USCITE

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

Le uscite totali dell'anno 2011 sono aumentate rispetto a quelle del 2010, in conseguenza degli investimenti in conto capitale effettuati.

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

Uscite per gli organi dell'ente

Questo macroaggregato di spesa ammonta complessivamente ad Euro 62.830,740 e include tra le altre le spese relative all'assicurazione dei consiglieri, i loro rimborsi spese e gli oneri previdenziali e assistenziali. I compensi effettivi lordi dei consiglieri ammontano complessivamente ad Euro 56.785,51 di cui Euro 13.401,05 relativi a compensi per la realizzazione di progetti operativi.

Uscite per acquisto beni consumo-servizi

Queste uscite ammontano complessivamente ad Euro 84.863,75. Le principali spese sostenute in questo macroaggregato riguardano quelle relative ai servizi amministrativi (Euro 44.847,63) mentre per le consulenze fiscali, legali e professionali (Euro 30.000,00). Occorre sottolineare, tuttavia, che, rispetto al bilancio di previsione, si registra un incremento di spesa dovuto in particolare alle spese professionali sostenute per il rinnovo dei locali.

Uscite per funzionamento uffici

Sono pari ad Euro 11.437,38.

USCITE	SOMME IMPEGNATE	PAGATE	DA PAGARE	DIFFERENZE SULLE PREVISIONI
Titolo 1 [^] -Uscite correnti	253.715,63	236.130,89	17.584,74	- 93.926,24
Titolo 2 [^] - Uscite in c/ capitale	65.996,12	65.996,12	0	- 13.003,88
Titolo 3 [^] - Uscite per partite di giro	17.327,57	16.651,45	676,12	- 18.672,43
Totale uscite	337.039,32	318.778,46	18.260,86	-125.602,55



Uscite per prestazioni istituzionali

Queste uscite sono state pari ad Euro 87.604,20 in linea con l'anno precedente.

La voce di spesa più importante di questo macroaggregato riguarda il pagamento delle quote d'iscrizione alla Federazione Nazionale (Euro 48.655,95).

La realizzazione della rivista "Infermieri informati" ha registrato un impegno di spesa di Euro 11.679,20, mentre le spese impegnate per la realizzazione di eventi culturali sono state pari ad Euro 17.644,38,55.

Gli **oneri finanziari** ammontano ad Euro 764,77 e sono riferiti esclusivamente a spese e commissioni bancarie.

Gli **oneri tributari** ammontano ad Euro 6.097,79 e sono riferiti quasi esclusivamente all'Irap (imposta regionale sulle attività produttive) calcolata sui compensi dei consiglieri ed alle imposte e tasse versate allo Stato a fronte della presentazione della dichiarazione dei redditi.

Tra le **uscite in conto capitale** si segnala il sostenimento delle spese di ristrutturazione dell'immobile sede dell'Ente e l'acquisto dei mobili ed impianti.

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

La gestione dei residui passivi

I residui passivi rappresentano, sostanzialmente, i debiti che il Collegio ha

I dati completi del bilancio consuntivo 2011 e preventivo 2012 si rinvia al sito www.vicenzaipasvi.it pagina COLLEGIO sezione TESORERIA.

nei confronti di soggetti terzi (fornitori, consulenti) ed ammontano a Euro 18.260,86. Tale gestione prende in esame tutte le somme impegnate al 31.12.2011 che saranno oggetto di pagamento nell'anno successivo.

Detti residui si riferiscono per Euro 676,12 alle ritenute previdenziali ed erariali effettuate sui compensi erogati ai propri collaboratori, anche per prestazioni di lavoro autonomo, nel mese di dicembre 2011 e che sono state versate nel mese di gennaio 2012.

Situazione amministrativa al 31.12.2011

La situazione amministrativa fornisce la dimostrazione, in forma sintetica, della gestione dell'esercizio finanziario, sia in conto competenza, sia in conto residui. La situazione amministrativa, pertanto, partendo dalla consistenza di cassa di inizio esercizio, pone in evidenza, al 31.12.2011:

- ❖ la consistenza di cassa di fine esercizio che ammonta ad Euro: 153.979,62;
- ❖ il risultato totale di amministrazione che ammonta ad Euro 146.965,52.

STATO PATRIMONIALE

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

ATTIVITA'

Le immobilizzazioni materiali per mobili ed immobili sono pari ad Euro 144.270,20 e risultano aumentate per l'importo pari agli investimenti effettuati nel corso dell'esercizio, al netto dell'ammortamento dell'esercizio.

L'attivo circolante è costituito dai crediti (non riscossi) di 11.246,76 e dalla disponibilità liquida di 153.979,62 per cassa, banche e c/c postale: per un totale di attivo pari a 309.496,58.

PASSIVITA'

Totale passivo è dato dal patrimonio netto pari a 291.235,72 e dai residui passivi pari a 18.260,86 per un totale passivo di 309.496,58 in pareggio.

CONTO ECONOMICO

Il conto economico presenta le voci dei PROVENTI e dei COSTI del collegio dell'anno 2011.

I COSTI rappresentano la riclassificazione secondo il principio della competenza economica delle uscite del rendiconto finanziario.

I RICAVI rappresentano la riclassificazione secondo il principio della competenza economica delle entrate del rendiconto finanziario.

La differenza tra i ricavi e i costi, al netto degli oneri finanziari dell'esercizio e delle imposte, e rettificato delle poste straordinarie di esercizio, porta ad un disavanzo economico di gestione pari ad Euro - 10.470,02.



CONTO ECONOMICO

al 31 dicembre 2011

PROVENTI		
	2011	2010
Contributi da iscritti	€ 243.718,00	€ 241.276,09
Contributi diversi	€ 12.120,00	€ 6.890,00
Proventi finanziari	€ 870,08	€ 328,86
Entrate varie	€ 2.472,42	€ 3.422,39
COMPONENTI FINANZIARI	€ 259.180,50	€ 251.917,34
Sopravvenienze attive	€ -	€ -
COMPONENTI NON FINANZIARI	€ -	€ -
TOTALE PROVENTI	€ 259.180,50	€ 251.917,34
DISAVANZO ECONOMICO		€ -
TOTALE A PAREGGIO	€ 259.180,50	€ 251.917,34
COSTI		
Spese ordinarie di funzionamento	€ 172.226,13	€ 142.982,95
Spese per gli organi istituzionali	€ 62.830,74	€ 61.414,90
Spese per pubblicazioni	€ 11.679,20	€ 10.856,00
Imposte e tasse	€ 6.097,79	€ 6.414,26
Interessi e spese bancarie	€ 764,77	€ 794,93
Spese varie	€ 117,00	€ 5.046,00
COMPONENTI FINANZIARI	€ 253.715,63	€ 227.509,04
Ammortamenti imm.ni	€ 12.294,57	€ 6.748,00
Sopravvenienze passive	€ 3.640,32	€ 2.419,16
COMPONENTI NON FINANZIARI	€ 15.934,89	€ 9.167,16
TOTALE COSTI	€ 269.650,52	€ 236.676,20
AVANZO ECONOMICO	-€ 10.470,02	€ 15.241,14
TOTALE A PAREGGIO	€ 259.180,50	€ 251.917,34

STATO PATRIMONIALE

al 31 dicembre 2011

ATTIVO		
	2011	2010
Cassa e Tesoreria	€ 1.106,83	€ 715,79
Conti Correnti Postali 22648323	€ 63.607,68	€ 42.153,88
Conti Correnti Bancari 3483234	€ 17.167,40	€ 24.124,13
C/C 101086798	€ 32.355,58	€ 115.000,00
C/Cposta 53229126	€ 39.742,13	€ 27.590,70
DISPONIBILITA' FINANZIARIE	€ 153.979,62	€ 209.584,50
Crediti verso Iscritti	€ 10.902,00	€ 8.375,00
Crediti diversi	€ 344,76	€ 7.617,18
RESIDUI ATTIVI	€ 11.246,76	€ 15.992,18
Immobilizzazioni imm.li	€ 547,20	€ -
Immobili	€ 104.232,91	€ 85.051,40
Mobili, attrezzature e arredi	€ 39.490,09	€ 5.563,25
IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE	€ 144.270,20	€ 90.614,65
TOTALE ATTIVO	€ 309.496,58	€ 316.191,33
DISAVANZO ECONOMICO		
TOTALE A PAREGGIO	€ 309.496,58	€ 316.191,33
PASSIVO		
Debiti verso fornitori	€ 17.394,74	€ 5.309,37
Debiti verso Enti Previdenziali e Erario	€ 676,12	€ 9.084,22
Altri debiti	€ 190,00	€ 92,00
RESIDUI PASSIVI	€ 18.260,86	€ 14.485,59
TOTALE PASSIVO	€ 18.260,86	€ 14.485,59
Avanzi (disavanzi) economici portati a nuovo	€ 301.705,74	€ 286.464,60
Avanzo (disavanzo) economico dell'esercizio	-€ 10.470,02	€ 15.241,14
TOTALE PATRIMONIO NETTO	€ 291.235,72	€ 301.705,74
TOTALE A PAREGGIO	€ 309.496,58	€ 316.191,33

BILANCIO DI PREVISIONE 2012

PREMESSA

Il bilancio di previsione finanziario gestionale dell'anno 2012 è stato redatto tenendo conto:

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

Ciò posto, il presente bilancio di previsione segue il criterio della competenza finanziaria ed annota, quindi, tutti gli impegni di spesa e gli accertamenti di entrate che si prevedono per l'anno 2012. Mentre il bilancio preventivo di cassa segue il criterio della liquidazione monetaria e registra, quindi, tutti gli incassi ed i pagamenti che si prevede di effettuare nel corso dell'anno 2012 per costi e ricavi di competenza e per residui attivi e passivi dell'esercizio 2011.

BILANCIO DI PREVISIONE ANNO 2012

Nel seguito della presente relazione si rappresenteranno, in forma sintetica, le motivazioni che hanno portato alle previsioni di competenza e di cassa dei più significativi capitoli o macroaggregati del bilancio di previsione dell'anno 2012.

I dati del bilancio finanziario si basano sui dati preventivi dell'esercizio 2011, approvati dal Consiglio direttivo del 14 novembre 2011, tenuto conto delle variazioni che si sono verificate fino alla fine dell'anno 2011.

ENTRATE

Le prime voci delle entrate sono costituite dall'Avanzo di amministrazione consuntivo alla chiusura dell'esercizio 2011, per Euro 146.965,52, e dall'avanzo di cassa alla stessa data, per Euro 153.979,62, come risultano dalla tabella dimostrativa dell'avanzo di amministrazione presunto 2011; le suddette voci sono riportate a titolo di memoria e non entrano nel computo delle entrate.

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

1. TITOLO I ENTRATE CORRENTI

a) Entrate Contributive a carico iscritti

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

- ❖ Contributi Ordinari: per il quale si



prevede di accertare una somma pari ad Euro 240.488,00 (corrispondente a 5.228 iscrizioni);

- ❖ Tassa prima iscrizione Albo: per il quale si prevede di accertare la somma di Euro 3.680,00 (corrispondente all'iscrizione di 80 nuovi iscritti), che portano ad un totale di entrate da accertare pari ad Euro 244.168,00.

Le entrate di cassa sono state calcolate aggiungendo alle previsioni di competenza il totale dei residui attivi da incassare (Euro 10.902,00).

- In tale ambito si segnala che le quote non ancora incassate al 31.12.2011 sono complessivamente n. 238, così suddivise:

- ❖ anno 2009: 1
- ❖ anno 2010: 70
- ❖ anno 2011: 167

Per quanto concerne le altre entrate si segnala quanto segue:

- a) sono state previste entrate per Euro 7.500,00 a titolo di contributo da parte degli iscritti per l'organizzazione e gestione dei seminari di aggiornamento. Come di consueto, anche per quest'anno, al fine di facilitare al massimo la partecipazione dei propri iscritti ai corsi organizzati dal Collegio IPASVI, le quote di partecipazione saranno minime;
- b) i diritti di segreteria sono previsti pari ad Euro 530,00;
- c) si stima di incassare la somma di circa Euro 500,00 per interessi attivi di competenza sui conti correnti postali e bancari intestati al Collegio ed utilizzati per la gestione;
- d) i recuperi e rimborsi stimati ammontano complessivamente ad Euro 1.050,00, di cui Euro 1.000,00 riferiti ai contributi di infermieri stranieri, comunitari e non, per sostenere il prescritto esame;
- e) le entrate diverse risultano di modesta entità ammontando complessivamente ad euro 20,00.

2.TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE

Per tale titolo non è stata prevista alcuna entrata.

3.TITOLO III ENTRATE PER PARTITE DI GIRO

Le previsioni di queste entrate ammontano complessivamente ad Euro 34.000,00 e si riferiscono, principalmente, a somme che dovranno essere trattenute e riversate all'Erario e/o agli Enti previdenziali, a titolo di ritenuta, sui compensi dei collaboratori del Collegio IPASVI (contratti di collabora-

BILANCIO DI PREVISIONE DELL'ESERCIZIO 2012			
(in unità di euro)			
Descrizione	Previsioni di competenza	Residui	Previsioni di cassa
<i>Avanzo iniziale di amministrazione</i>	146.965,52		
<i>Fondo di cassa iniziale</i>			153.979,62
Contributi ordinari n. 5.228	240.488,00	10.902,00	251.390,00
Tassa prima iscrizione Albo n. 80	3.680,00		3.680,00
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO ISCRITTI	244.168,00	10.902,00	255.070,00
Proventi corsi	7.500,00	-	7.500,00
ENTRATE PER INIZIATIVE CULT. E AGG. PROF	7.500,00	-	7.500,00
Diritti di segreteria	530,00	-	530,00
QUOTE PARTECIP. ISCRITTI ALL'ONERE GEST.	530,00	-	530,00
Trasferimento correnti, contributi	-	-	-
TRASFERITI CORR.DA STATO-REGIONE-COMUNE-E.	-	-	-
Interessi attivi su depositi e c/corrent	500,00	344,76	844,76
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI	500,00	344,76	844,76
Recuperi e rimborsi	50,00	-	50,00
Recupero spese esami extracomunitari n.10	1.000,00	-	1.000,00
POSTE CORRETIVE-COMPENS.USCITE CORRENTI	1.050,00	-	1.050,00
Entrate diverse	20,00	-	20,00
More su quote iscritti	-	-	-
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	20,00	-	20,00
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	253.768,00	11.246,76	265.014,76
TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE	-	-	-
Ritenute Erariali	18.000,00	-	18.000,00
Ritenute Previdenziali e Assistenziali	8.000,00	-	8.000,00
Altre partite di giro	8.000,00	-	8.000,00
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	34.000,00	-	34.000,00
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	34.000,00	-	34.000,00
<i>Riepilogo Complessivo dei Titoli</i>			
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	253.768,00	11.246,76	265.014,76
TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE	-	-	-
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	34.000,00	-	34.000,00
Totale	287.768,00	11.246,76	299.014,76
Utilizzo presunto dell'avanzo di amministrazione	82.780,52	-	
Utilizzo presunto del Fondo di Cassa iniziale		-	89.794,62
TOTALE GENERALE	370.548,52	-	388.809,38
Descrizione	Previsioni di competenza	Residui	Previsioni di cassa
Compensi, indennità, Consulgenti	35.000,00	-	35.000,00
Assicurazione Consulgenti	2.100,00	-	2.100,00
Rimborsi spese	6.000,00	190,00	6.190,00
Compensi per Progetti Operativi	20.000,00	-	20.000,00
Oneri Previdenziali e Assistenziali CD	6.600,00	-	6.600,00
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE	69.700,00	190,00	69.890,00
Acquisti libri, riviste, giornali	3.000,00	-	3.000,00
Competenze per formazione commissione esami OSS	-	-	-
Aca. mat consumo e noleggio mat. Tecnico	500,00	-	500,00
Consulenza informatica	2.000,00	-	2.000,00
Consulenza fiscale, legale, profess.le	25.000,00	10.294,52	35.294,52
Competenze Comrn.ne esami extracomunitari/comunitari	600,00	-	600,00
Prestazioni occasionali	1.500,00	-	1.500,00
Spese varie documentate	1.500,00	-	1.500,00
Manutenzioni e riparazioni	1.500,00	-	1.500,00
Compensi per la riscossione	5.600,00	-	5.600,00
Servizi amministrativi	50.000,00	3.957,67	53.957,67
USCITE PER ACQUISTO BENI CONSUMO-SERVIZI	91.200,00	14.252,19	105.452,19
Affitto e Spese condominiali altri locali	1.000,00	-	1.000,00
Servizi di pulizia	3.000,00	199,65	3.199,65
Servizi telefonici	5.000,00	134,66	5.134,66
Servizi fornitura energia, riscaldamento	2.600,00	142,59	2.742,59
Servizi postali	5.000,00	-	5.000,00
Cancelleria e stampati	2.500,00	-	2.500,00
Spese varie documentate per ufficio	500,00	-	500,00
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI	19.600,00	476,90	20.076,90
Quote spettanti alla Fed. Nazionale	49.548,52	-	49.548,52
Rivista "Infermieri informati"	20.000,00	-	20.000,00
Spese di coord. Coll. Veneto	2.000,00	-	2.000,00
Spese progetti per eventi culturali, formazione iscritti Collegio	20.000,00	2.665,65	22.665,65
Spese per formazione Consulgenti (corsi codice deont., cassa)	5.000,00	-	5.000,00
Spese per progetti di premiazione Tesi e ricerca	5.000,00	-	5.000,00
Spese per progetti obiettivo residuali	4.000,00	-	4.000,00
Spese per manutenzione e gestione sito Internet	10.000,00	-	10.000,00
Uscite di rappresentanza	3.500,00	-	3.500,00
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI	117.048,52	2.665,65	119.714,17
Spese e commissioni bancarie/postali	1.500,00	-	1.500,00
Interessi passivi bancari	-	-	-
ONERI FINANZIARI	1.500,00	-	1.500,00
Imposte e tasse	1.500,00	-	1.500,00
Trap collaboratori e occasionali	8.000,00	-	8.000,00
ONERI TRIBUTARI	9.500,00	-	9.500,00
Storno residui attivi su crediti per quote da sgravare	800,00	-	800,00
Rimborsi vari	200,00	-	200,00
POSTE CORR.VE E COMP.VE ENTRATE CORRENTI	1.000,00	-	1.000,00
Fondo spese impreviste	9.000,00	-	9.000,00
Fondo solidarietà	5.000,00	-	5.000,00
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	14.000,00	-	14.000,00
TITOLO I - USCITE CORRENTI	323.548,52	17.584,74	341.133,26
Descrizione	Previsioni di competenza	Residui	Previsioni di cassa
Acquisto immobili/ ristrutturazione	2.000,00	-	2.000,00
Acquisto mobili	2.000,00	-	2.000,00
ACQUIS.BENI USO DUREVOLE ED OPERE IMMOB.	4.000,00	-	4.000,00
Acquisto programmi informatici	3.000,00	-	3.000,00
Acquisto macchine ufficio	6.000,00	-	6.000,00
ACQUISIZIONE IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE	9.000,00	-	9.000,00
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE	13.000,00	-	13.000,00
Ritenute Erariali	18.000,00	364,12	18.364,12
Ritenute Previdenziali e Assistenziali	8.000,00	-	8.000,00
Altre partite di giro	8.000,00	312,00	8.312,00
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	34.000,00	676,12	34.676,12
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	34.000,00	676,12	34.676,12
<i>Riepilogo Complessivo dei Titoli</i>			
TITOLO I - USCITE CORRENTI	323.548,52	17.584,74	341.133,26
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE	13.000,00	-	13.000,00
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	34.000,00	676,12	34.676,12
Totale	370.548,52	18.260,86	388.809,38
TOTALE GENERALE	370.548,52	18.260,86	388.809,38

zione o prestazioni di lavoro autonomo). Dette somme, pertanto, sono riferite, quasi esclusivamente, a contributi previdenziali (INPS, INAIL, ecc..) ed imposte erariali (IRE).

Le somme di cui trattasi, dato lo specifico funzionamento delle poste finanziarie iscritte nelle partite di giro, sono state contemporaneamente stanziolate, per pari importo, come debiti verso l'Erario e gli Istituti Previdenziali, nel corrispondente titolo delle uscite. Le operazioni rilevate nel titolo III non hanno rilievo economico ma soltanto finanziario e contabile.

Utilizzo presunto dell'avanzo di amministrazione iniziale

Poiché lo stanziamento dei capitoli di spesa inclusi nel bilancio di previsione dell'anno 2012 sono superiori ai capitoli d'entrata del medesimo bilancio, si prevede di utilizzare, in parte, l'avanzo di amministrazione accumulato negli anni precedenti per finanziare attività dell'anno in corso. Tutto ciò, ovviamente, nel rispetto delle norme legislative vigenti e delle disposizioni contenute nel regolamento di contabilità del Collegio IPASVI.

USCITE

I valori riferiti ai macroaggregati delle uscite del bilancio di previsione risultano essere riportati nella tabella della pagina successiva.

1. TITOLO I USCITE CORRENTI

a) Uscite per gli organi dell'ente

Per l'anno 2012 sono state stanziolate spese per gli organi dell'ente pari a Euro 69.700,00. Nel merito, si segnala che le previsioni di spesa relative ai compensi lordi del Consiglio direttivo sono rimaste invariati rispetto agli anni precedenti (Euro 35.000,00) e contestualmente sono invariati anche gli stanziamenti per i compensi dovuti allo stesso Consiglio direttivo per l'effettuazione di progetti operativi (Euro 20.000,00).

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

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

Lo stanziamento ammonta ad Euro 91.200,00 ed è rappresentato per circa il 55% (Euro 50.000,00) dalle spese riferite ai "servizi amministrativi" e circa il 27% (Euro 25.000,00) dalle spese riferite alle "consulenze fiscali, legali e professionali". Tali importi sono stati previsti in considerazione dei compensi che dovranno essere corrisposti per la tenuta della contabilità dell'ente e delle consulenze fiscali, legali e professionali che si otterranno nel corso dell'esercizio, determinanti per consentire al Consiglio Direttivo di prendere delle decisioni e fare delle scelte ben ponderate tenendo conto di aspetti che per competenza sono di altre figure professionali.

Per quanto concerne il capitolo di spesa riferito alle "competenze delle commissioni esami per gli infermieri stranieri" sono stati preventivati Euro 600,00 (circa 7 candidati).

Le previsioni di cassa sono state aumentate dei corrispondenti residui passivi (Euro 14.252,19).

c) Uscite per funzionamento uffici

Lo stanziamento di previsione per questo macroaggregato è pari ad Euro 19.600,00. Tutte le previsioni di spesa sono state mantenute in linea con quelle dell'anno precedente. Le previsioni di cassa sono state aumentate dei corrispondenti residui passivi (Euro 476,90).

d) Uscite per prestazioni istituzionali

Questa categoria rappresenta le spese istituzionali dell'Ente. Le previsioni di spesa ammontano complessivamente ad Euro 119.714,17, incluse Euro 2.665,65 di residui. In tale contesto spiccano, per entità, gli stanziamenti dei seguenti capitoli di spesa.

❖ Quote spettanti alla Federazione nazionale:	.
Euro	49.548,52
❖ Rivista Infermieri informati	.
Euro	20.000,00;
❖ Spese per eventi culturali e formazione iscritti	.
Euro	20.000,00:
❖ Spese per manutenzione e gestione Sito Internet	.
Euro	10.000,00:
❖ Spese formazione consiglieri	.
Euro	5.000,00;
❖ Spese per progetti premiazioni Tesi e ricerca	.
Euro	5.000,00.

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

Nel merito, occorre sottolineare che il Consiglio direttivo del Collegio prosegue nell'intento di promuovere attività volte al miglioramento della professionalità della categoria degli II.PP. e dei loro rappresentanti.

e) Oneri finanziari

Tale stanziamento di bilancio è in linea con quello de: è stato attivato nel corso dell'esercizio precedente il servizio di Tesoreria per il Collegio gestito da un istituto bancario, attraverso cui regolare gli importi di entrata e uscita della gestione amministrativa dell'Ente.

f) Oneri tributari

La previsione di spesa per gli oneri tributari ammonta ad Euro 9.500,00: tale voce di spesa si riferisce, quasi esclusivamente, all'Irap (imposta regionale sulle attività produttive - Euro 8.000,00) calcolata sui compensi dei consiglieri del Collegio ed alle imposte e tasse (Euro 1.500,00) che dovranno essere versate

ENTRATE	PREVISIONI DI COMPETENZA	RESIDUI	PREVISIONI DI CASSA
Titolo 1 [^] - Entrate correnti	253.768,00	11.246,76	265.014,76
Titolo 2 [^] - Entrate in c/ capitale	0	0	0
Titolo 3 [^] - Entrate per partite di giro	34.000,00	0	34.000,00
Totale entrate di competenza e di cassa	287.768,00	11.246,76	299.014,76
Utilizzo presunto dell'avanzo d'amministrazione	82.780,52		
Utilizzo presunto del Fondo di Cassa iniziale			89.794,62
Totale generale entrate	370.548,52	11.246,76	388.809,38

USCITE	PREVISIONI DI COMPETENZA	RESIDUI	PREVISIONI DI CASSA
Titolo 1 [^] - Uscite correnti	323.548,52	17.584,74	341.133,26
Titolo 2 [^] - Uscite in c/ capitale	13.000,00	0	13.000,00
Titolo 3 [^] - Uscite per partite di giro	34.000,00	676,12	34.676,12
Totale generale uscite	370.548,52	18.260,86	388.809,38



allo Stato a fronte della presentazione della dichiarazione dei redditi del Collegio e degli adempimenti connessi.

g) Poste correttive e compensative di entrate correnti

Lo stanziamento di bilancio si attesta ad Euro 1.000,00.

h) Uscite non classificabili in altre voci

Detto macroaggregato contiene due fondi:

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

2. TITOLO II USCITE IN CONTO CAPITALE

Per quanto concerne le spese in conto capitale (totale Euro 13.000,00) sono stati creati i seguenti stanziamenti di bilancio:

- ❖ Acquisto/ristrutturazioni immobili:
Euro 2.000,00;
- ❖ Acquisti mobili ed impianti:
Euro 2.000,00;
- ❖ Acquisto macchine d'ufficio:
Euro 6.000,00;
- ❖ Spese acquisto programmi informatici:
Euro 3.000,00.

Con tali fondi saranno acquisiti i beni strumentali, di durata pluriennale, che serviranno a completare la ristrutturazione della sede di proprietà del Collegio effettuata nel corso del precedente esercizio.

3. TITOLO III USCITE PER PARTITE DI GIRO

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

TABELLA DIMOSTRATIVA DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO

La tabella dimostrativa dell'avanzo di amministrazione presunto illustra il risultato dell'esercizio 2011, ed include le variazioni apportate al bilancio preventivo approvato dal Consiglio direttivo, derivanti appunto dallo sfasamento temporale tra l'approvazione da parte del Consiglio Direttivo del bilancio preventivo e l'approvazione da parte dell'Assemblea del rendiconto generale.

Fresco di ...lettura

«L'uomo costruisce case perché è vivo ma scrive libri perché si sa mortale. Vive in gruppo perché è gregario, ma legge perché si sa solo. La lettura è per lui una compagnia che non prende il posto di nessun'altra, ma che nessun'altra potrebbe sostituire.»

Daniel Pennac

Il gruppo ricerca del Direttivo IPASVI torna a voi colleghi con un angolo dedicato ai libri, disponibili a tutti gli iscritti, nella biblioteca della rinnovata sede del Collegio.

Per questa occasione abbiamo letto ed analizzato un libro appena arrivato negli scaffali direttamente dal XVI Congresso Federazione Nazionale Collegi IPASVI che si è svolto da Bologna a fine marzo.

Il libro scelto è "Infermieristica preventiva e di comunità" di Sandra Scalorbi.



McGraw-Hill, Febbraio 2012

L'autrice Sandra Scalorbi attualmente è coordinatore didattico, professore a contratto di Infermieristica Preventiva e di Comunità e Infermieristica ostetrico-ginecologica presso il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Bologna.

Il volume si presenta suddiviso in quattro capitoli, i primi due offrono delle basi concettuali con approcci storico-legislativi e modelli teorici di promozione della salute e Self-Management individuale e familiare. Gli ultimi due capitoli invece offrono un approccio basato più sulla pratica e attuazione di interventi infermieristici educativi rivolti alla persona assistita, alla famiglia e alla comunità.

L'autrice ha presentato i concetti e i modelli riportati attraverso il contributo di più infermieri che descrivono la materia con un linguaggio comprensibile e adatto a chi poi trasformerà tali contenuti nella pratica clinico-assistenziale. I contenuti del testo inoltre sono adatti a tutti i livelli formativi dalla Laurea in Infermieristica, al Master, alla Laurea Magistrale.

Il testo scorre in modo completo ed esauriente tra teorie, metodi e classificazioni proprie dell'Infermieristica, inserendo anche qualche eccezione non proprio dell'ambito infermieristico (come l'Health Belief Model) ma che sono comunque alla base dell'Infermieristica preventiva e di comunità.

La parte dedicata agli ultimi due capitoli che trattano il tema dell'educazione, vogliono presentare tale pratica come un tutt'uno del professionista dell'area sanitaria evidenziando l'importanza del contributo specifico di ogni infermiere nell'educazione terapeutica e alla salute sia dell'assistito stesso ma anche della famiglia e della comunità in cui vive. È importante, infatti, che il malato e/o i suoi familiari possano apprendere come gestire i problemi e le situazioni che influenzano la salute e il benessere, nelle condizioni di malattia o nelle diverse fasi della vita come gravidanza, diabete ecc.

Un libro pertanto ricco di contenuti selezionati che possono essere un grande aiuto per la propria crescita professionale continua.



Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza

MODULO DI ISCRIZIONE AI CORSI

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



Visita il nuovo sito
www.vicenzaipasvi.it

Modalità di iscrizione: (i punti 3 e 4 non sono da effettuare in caso di corsi gratuiti)

- 1 **Telefonare al N. 0444-514311** a partire da 30 giorni prima del corso per richiesta disponibilità e conferma **immediata** dell'iscrizione al corso (martedì e giovedì ore 10.00-12.30)
- 2 Dopo aver ricevuto conferma telefonica, **inviare tutti i dati** via mail a ecm.ammin@vicenzaipasvi.it o fax al n. 0444-514311 (come da modulo sul giornalino o sul sito del Collegio)
- 3 **Pagare** la quota di partecipazione al corso sul c/c/p n. 53229126 intestato al Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza entro 7 giorni dalla conferma telefonica (pena annullamento dell'iscrizione stessa)
- 4 **Inviare copia del bollettino** pagamento effettuato via mail o fax n. 0444-514311

Attenzione:

- ▼ Verranno accettate iscrizioni fino ad esaurimento dei posti disponibili. Le iscrizioni che perverranno prima della data definita non saranno prese in considerazione.
- ▼ L'accettazione dell'iscrizione al corso è subordinata al pagamento della quota annuale di iscrizione al collegio.
- ▼ Non verranno rimborsate le quote di iscrizione per nessun motivo. Per non perdere la quota di iscrizione sarà possibile effettuare una variazione del nominativo del partecipante, anche in sede congressuale.

Dati corso* **Iscrizione al Corso gratuito**

GRATUITO

**12 MAGGIO "GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE": CRESCERE CON GLI INFERMIERI
"Lo sviluppo della cultura infermieristica per il miglioramento dell'assistenza"**

Crediti ECM: 3 crediti per Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitarie

Docenti: Renato Moresco, Infermiere Case Manager Medicina Interna Azienda ULSS 6 Vicenza; Antonella Mosele, Inf. Responsabile Coordinamento Assistenziale Residenzialità Territoriale Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa; Lorenzo Musella, Infermiere Pronto Soccorso Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino; Federico Pegoraro, Infermiere Presidente Collegio IPASVI Vicenza; Maria Cristina Polita, Inf. Referente Area Qualità e Ricerca Servizio Professioni Sanitarie Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa; Luisa Anna Rigon, Infermiere Presidente Scuola Formazione in Agorà; Elio Sartori, Infermiere Cardiologia Azienda ULSS 4 Alto Vicentino; Erika Storti, Infermiere Emodinamica Azienda ULSS 6 Vicenza

Sede: Hotel Alfa Fiera Centro Congressi - Via dell'Oreficeria - Vicenza

Sabato 12 maggio 2012 - 8,30 / 13,30

Apertura iscrizioni: a partire dal 12 aprile 2012

Dati corso* **Iscrizione al corso gratuito (dedicato ai coordinatori che hanno partecipato alle tre edizioni di primo livello del 2011 del corso "Essere" o "Fare" i coordinatori? Un percorso formativo/esperienziale per lo sviluppo delle competenze del coordinatore infermieristico.**

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO: UN PROFESSIONISTA IN CONTINUA EVOLUZIONE

Crediti ECM: in accreditamento per Coordinatori / Caposala Infermieristici

Costo: gratuito (gli interessati verranno contattati personalmente)

Docenti: Dott.ssa Marta Boaretto (Psicologa-Psicoterapeuta)

Dott. Alessandro Copes (Psicologo - Psicoterapeuta)

Sede: Aula Polifunzionale della Scuola per Operatori Sanitari - Area Chiostro - Vicenza

Destinatari: Coordinatori/ Caposala Infermieristici che hanno già frequentato il corso di primo livello nel 2011

Sabato 16 giugno 2012 (8.30-13.00)

GRATUITO

Modulo di iscrizione

Dati partecipante

Codice Fiscale

Cognome e nome

Via con numero civico

CAP

Comune

Provincia

Telefono/Cellulare

E-mail

Professione

Albo di appartenenza

Provincia Albo

Scelta corso

Data e sede

Provincia in cui opera prevalentemente

Profilo lavorativo attuale

Dipendente del SSN

Convenzionato del SSN

Libero professionista in ambito sanitario

Altro (specificare) _____

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

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

Data

Firma